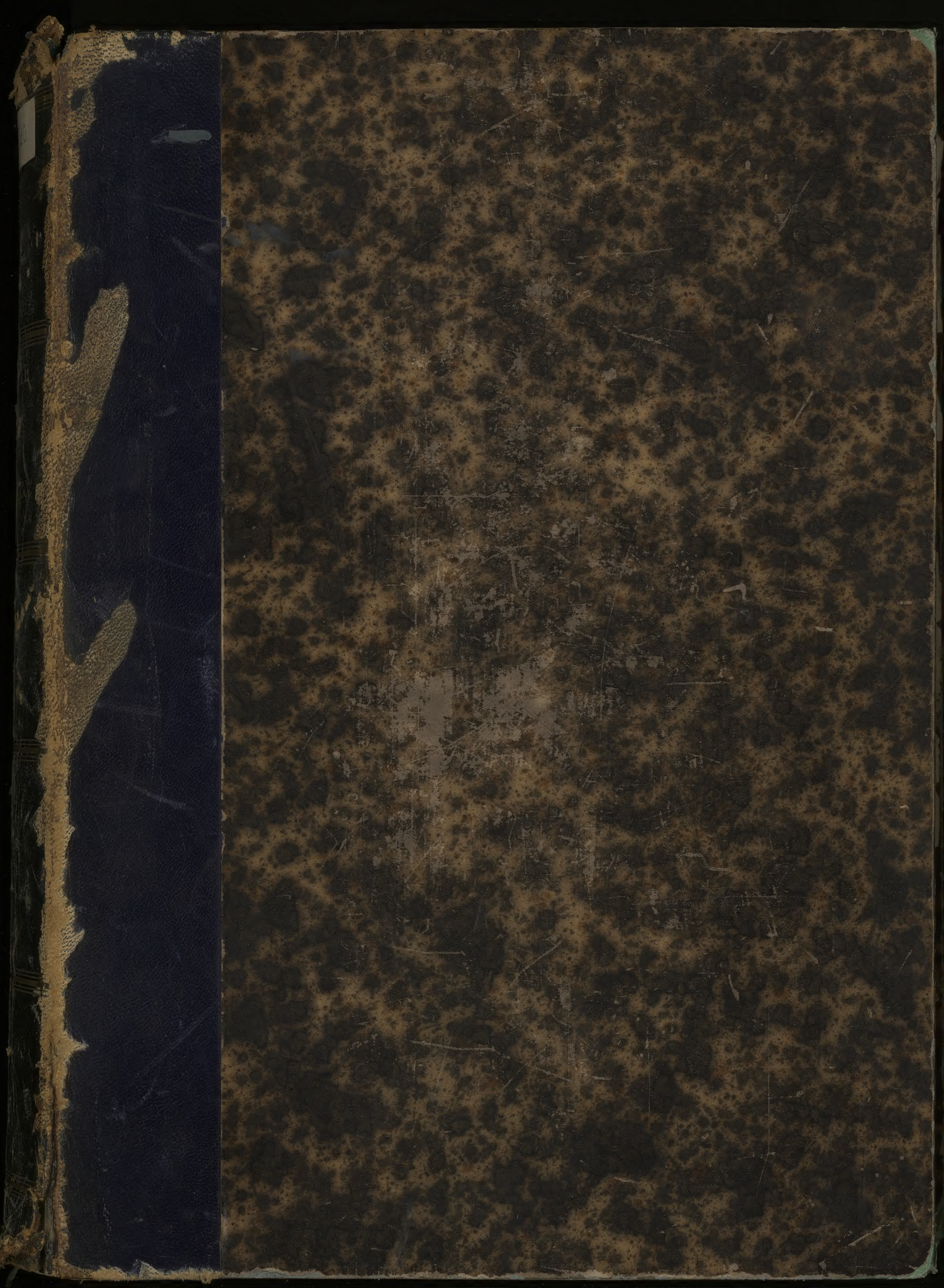
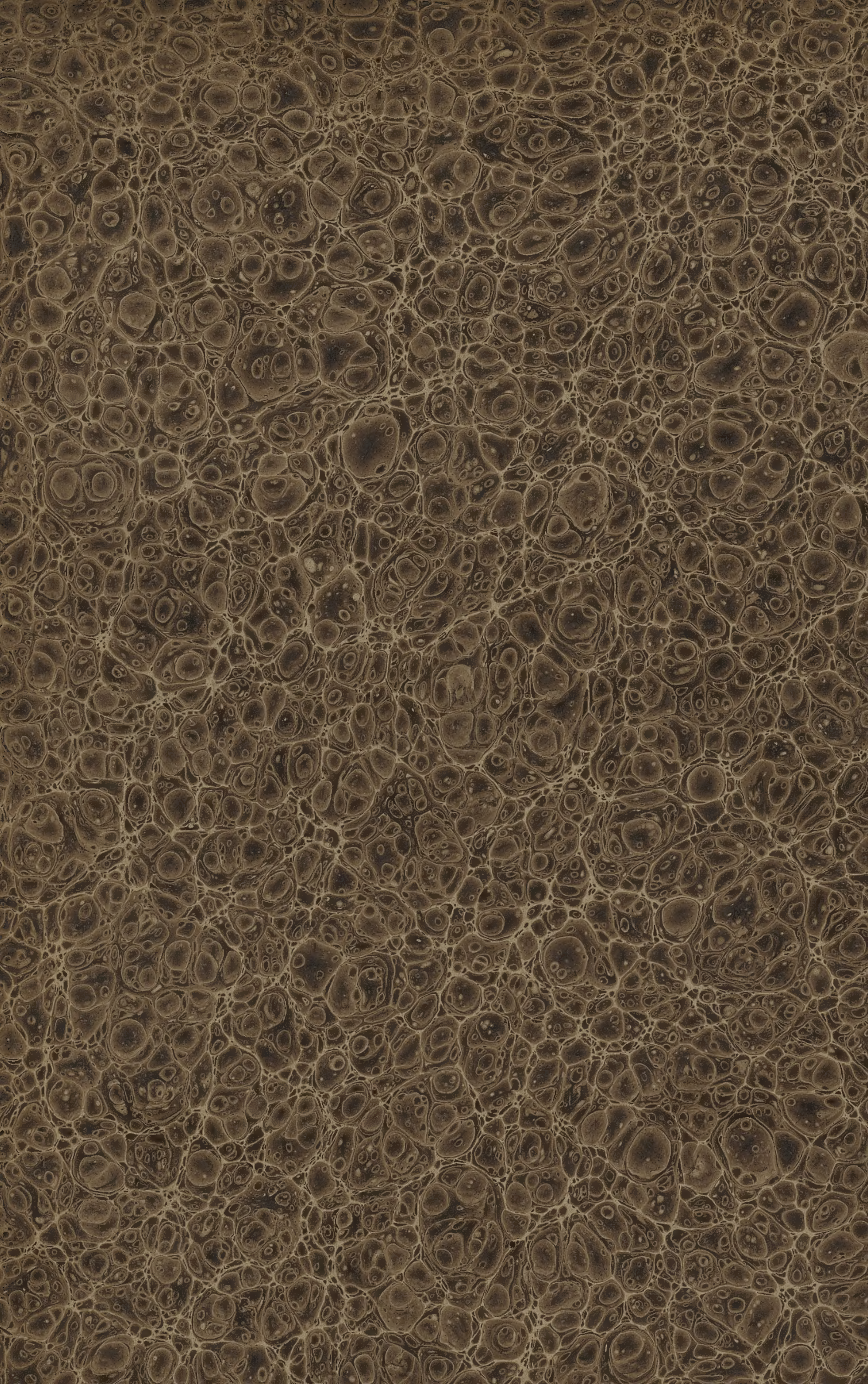
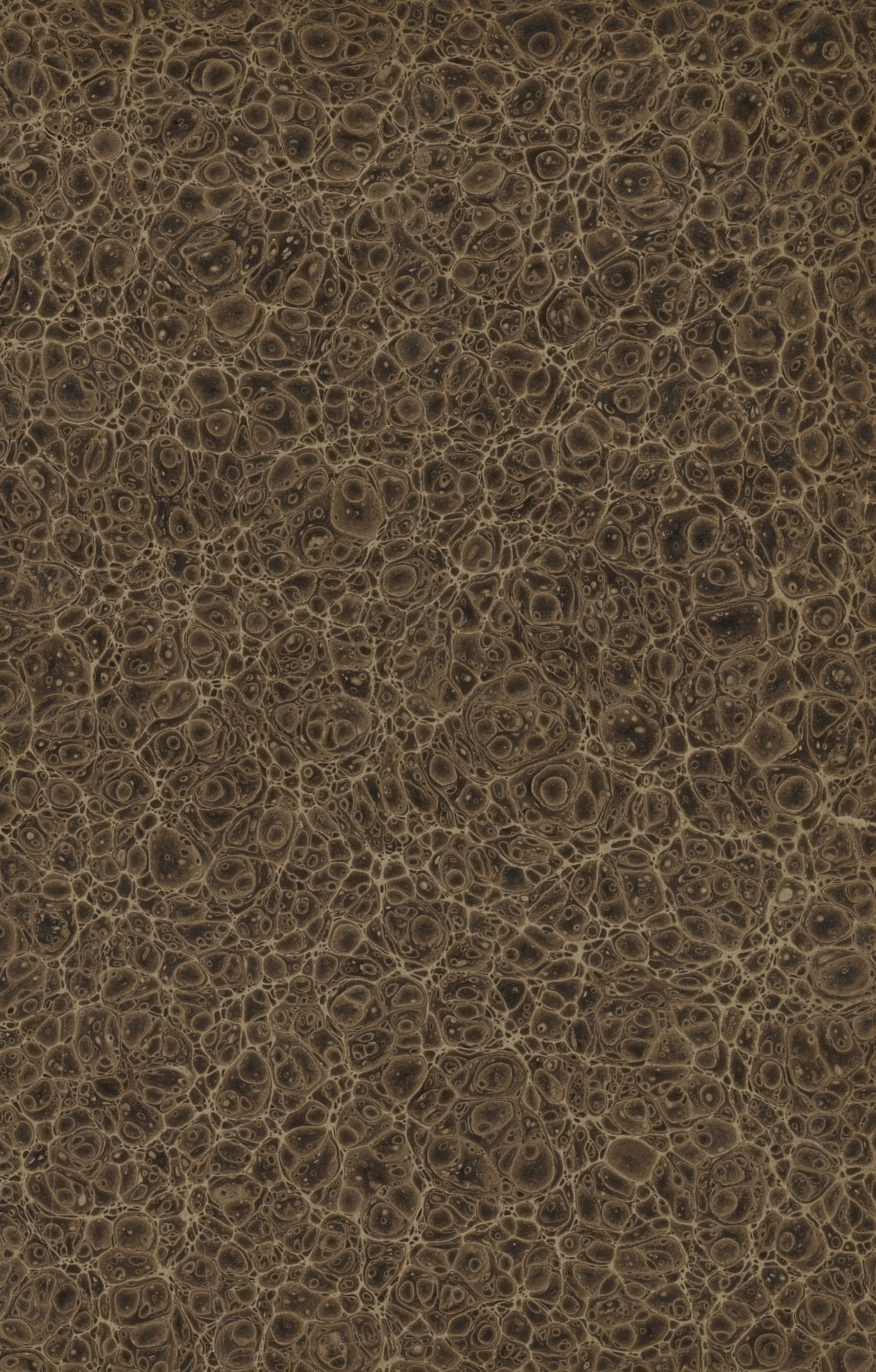
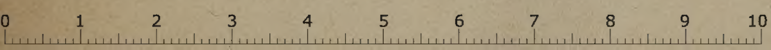








LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS
TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT
19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CINQUANTE-HUITIÈME ANNÉE

1885



PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DE L'ODÉON, 4

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1885

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'année se termine sur une bonne nouvelle. M. Dujardin-Beaumetz affirmait hier, d'après les données officielles que, depuis plus d'une semaine, il n'y a plus eu aucun cas de choléra, soit à Paris, soit dans le ressort de la préfecture de police.

Une seule communication a pu se glisser entre les rapports. M. Delens est venu rendre compte des résultats qu'il a obtenus chez huit malades par le lavage à l'eau phéniquée, d'articulations atteintes d'hydarthrose. Sept fois le succès a été complet. Une autre fois, l'articulation a suppuré; mais comme il s'agit d'un individu que M. Delens n'a pas suivi, il ne sait à quoi attribuer cet accident exceptionnel.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Tuberculose généralisée à la suite du traumatisme opératoire.

Nous avons perdu, sept jours à peine après son entrée dans nos salles, un jeune garçon qui a succombé à une localisation effroyable de la diathèse tuberculeuse.

Si pareils faits sont connus, si l'on sait que des tuberculeux peuvent être atteints d'accidents méningitiques, cependant on connaît moins bien les conditions dans lesquelles les méninges peuvent se prendre chez certains tuberculeux. Lorsque l'on voit, dans les hôpitaux d'enfants, de jeunes sujets arrivés au dernier degré de la cachexie, on comprend très bien que les centres nerveux puissent se prendre à leur tour, puisque l'on trouve chez eux des foyers tuberculeux dans tout leur organisme. Mais ce qui est plus curieux, c'est la très grande fréquence des manifestations tuberculeuses méningitiques se développant chez des individus présentant toutes les apparences d'une santé générale assez bien conservée et n'ayant pour toute lésion qu'une tuberculisation localisée dans telle ou telle portion d'un membre, tandis que les viscères ont conservé leur intégrité à peu près parfaite.

Ainsi voilà un tuberculeux qui n'a, en réalité, qu'un petit abcès froid sur l'un quelconque de ses membres supérieurs ou inférieurs, les poumons sont sains ou du moins présentent tous les signes de poumons sains; vous opérez le membre malade et tout à coup, dans la huitaine qui suit, vous voyez apparaître des phénomènes méningitiques se terminant par une mort rapide. Ainsi, — autre exemple récent qui s'est passé dans le service, — un jeune garçon avait, pour une coxalgie suppurée, passé plusieurs mois dans nos salles ; le traitement médical auquel nous l'avions soumis, non seulement l'avait amélioré, mais avait amené chez lui un état général excellent. Pendant ce temps l'abcès résultant de sa coxalgie avait évolué, il était sur le point de s'ouvrir, ce que voyant, et en présence de cet état général, M. Kirmisson, qui me remplaçait en ce moment, l'incise, gratte et racle le foyer comme il convenait en pareille circonstance. Sept ou huit jours ne s'étaient pas écoulés que des phénomènes cérébraux se déclaraient, et, dans l'espace de trois jours, ce jeune garçon succombait à une méningite tuberculeuse des plus nettes.

L'autopsie, ayant pu être faite, nous a montré des poumons parfaitement sains, sans la moindre trace de tubercule. L'opéré de M. Kirmisson avait été foudroyé en quelques jours par le développement de granulations tuberculeuses sur les méninges.

Quand, à la Société de chirurgie, j'ai annoncé une série de faits analogues, et que j'ai soutenu que ces faits étaient beaucoup plus communs, beaucoup plus fréquents qu'on ne le croyait généralement, mon opinion a été assez mal accueillie, et je fus considéré comme un pessimiste assombrissant à plaisir le tableau de la tuberculose osseuse. Cependant, puisque je rencontre ces faits à chaque instant, pourquoi donc serais-je seul à les observer?

Sur ces entrefaites, je me rencontrai avec un chirurgien étranger qui me demanda si j'avais remarqué le plus ou moins de fréquence d'accidents méningitiques survenant à la suite des opérations pratiquées pour des coxalgies. Je lui répondis par l'affirmative. Lui-même, à son tour, me fit connaître un certain nombre d'observations. Ainsi, par des faits nouveaux, mon dossier s'est augmenté et s'augmente chaque jour.

Le malade dont aujourd'hui j'ai pris texte pour vous entretenir de cette question n'a pas été opéré, et son cas pourrait prêter une arme à mes contradicteurs, soutenant qu'il y a dans ces faits une relation de cause à effet, une coïncidence. Ils pourraient dire : « Mais vos malades étaient déjà sous le coup d'une méningite; au moment où vous

alliez les opérer, celle-ci était sur le point de se déclarer, et ce n'est point l'opération qui détermine pareils accidents. » Assurément, une blessure ne donne pas une affection diathésique; mais ce que je leur répondrai, c'est que, lorsque des malades meurent dans ces conditions, le traumatisme opératoire est certainement venu accélérer l'évolution de la maladie.

Ce que nous observons dans les cas que je viens de vous citer, comme se produisant du côté des centres nerveux, peut également se passer, et se passe aussi, du côté de la poitrine. C'est ainsi qu'à la suite d'opérations qu'on peut appeler partielles, telles que grattage du foyer osseux tuberculeux, évidement, rugination, etc., l'on voit se développer dans l'appareil pulmonaire des granulations miliaires qui donnent lieu à des accidents de la plus haute gravité et rapidement mortels. Que vous fassiez alors l'autopsie et vous découvrez dans les poumons des tubercules jeunes en quantité plus ou moins considérable; et si, par hasard, il existe quelque caverne, celle-ci est encore toute petite et telle qu'elle aurait permis au malade de vivre certainement encore un temps plus ou moins long.

Je pourrais vous citer tel chirurgien qui poursuit ses recherches sur cette même question, et dont le dossier renferme déjà seize observations de malades analogues, pris tout à coup, à la suite d'un traumatisme opératoire, de tuberculose suraiguë.

Vous voyez donc, non seulement par les faits qui me sont personnels, mais encore par ceux qui depuis quelque temps sont venus se surajouter aux miens, grossissant ainsi le dossier de la tuberculose généralisée à la suite d'une opération; vous voyez donc, dis-je, que l'intervention chirurgicale dans une affection de nature tuberculeuse, est chose périlleuse.

On dirait que les malades, dont le sang ou les tissus envahis par la tuberculose sont si peu aptes à la septicémie, comme on le sait généralement, et qui supportent très bien l'opération chirurgicale à laquelle on les soumet, doivent mourir tout à coup dans les quelques jours qui suivent cette intervention à des accidents suraigus de la tuberculose.

En résumé, il arrive, sans que l'on sache réellement pourquoi, un moment où des tuberculeux que l'on vient d'opérer sont menacés d'être emportés par le développement de tubercules dans les poumons ou dans les méninges. Mais pourquoi ces accidents surviennent-ils surtout si souvent lorsqu'il s'agit, comme maladie primitive, de tubercules osseux, d'une ostéo-arthrite tuberculeuse? J'avoue que je n'en sais rien. Ce que je sais malheureusement, c'est que, dans ces derniers mois, nous avons eu à observer ici deux cas pareils.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

La période préataxique du tabes d'origine syphilitique (1).

V

Après avoir étudié successivement, parmi les troubles cérébraux de la période préataxique du tabes d'origine syphilitique, les vertiges d'abord, puis les ictus de types divers, congestifs ou apoplectiformes, épileptiformes et aphasiques, puis encore les troubles moteurs, nous en sommes arrivés aux troubles psychiques.

Chez un certain nombre de malades, — j'en puis compter seize au moins dans la statistique que je vous ai fait connaître dès notre première leçon, — on observe, dans le cours de la période préataxique du tabes, des troubles intellectuels. Ce sont d'abord une dépression intellectuelle, c'est-à-dire une sorte d'asthénie de l'intelligence, puis de l'hébétude, enfin de la démence; ce sont aussi des modifications qui surviennent dans le caractère des individus, et un véritable affaiblissement de la mémoire. C'est même là surtout un des premiers symptômes cérébraux du tabes, comme on l'observe aussi dans la syphilis cérébrale.

La dépression intellectuelle se fait par une marche lente, généralement progressive, ou bien quelquefois par saccades et survenant subitement à propos d'un de ces ictus dont nous avons parlé dans les précédentes leçons. Quelquefois elle débute par un ictus amnésique qui dure plus ou moins longtemps, un quart d'heure, une demi-heure.

J'ai dit que les troubles psychiques pouvaient être aussi caractérisés par des modifications dans le caractère des malades, dans leurs habitudes journalières. En effet, c'est ainsi qu'on les voit devenir sombres, tristes, concentrés; qu'ils n'ont aucun entrain dans la vie, qu'ils se détachent peu à peu de tout ce qu'ils avaient autrefois à cœur; qu'ils tournent à l'indifférence, à la passivité. Ils ne s'occupent bientôt plus de leur famille ni d'eux-mêmes, en un mot de quoi que ce soit qui les entoure ou qui doive les intéresser. Leur volonté peu à peu faiblit également, elle s'engourdit, et lorsque parfois elle se réveille, elle se manifeste alors par des mouvements d'impatience, par des accès de colère et par des emportements. En même temps on constate de l'asthénie intellectuelle, une lenteur de l'esprit, une diminution sensible dans ses conceptions, de moindres aptitudes aux travaux de l'intelligence. Puis, au bout de quelques mois, ces phénomènes s'accentuent progressivement, cette inaptitude de l'esprit, cet abaissement intellectuel, finissent par faire place à une incapacité véritable de plus en plus absolue, enfin à de l'incohérence dans les idées. Ainsi, peu à peu les sujets, atteints de ces troubles psychiques inhérents à la période préataxique du tabes syphilitique, deviennent de plus en plus débiles, débilité intellectuelle à laquelle succèdent l'égarement de l'esprit, la déraison, une déraison calme et tranquille, une sorte de vésanie, de l'incohérence; et l'individu en arrive à ne plus pouvoir diriger ses affaires comme autrefois. Enfin survient la démence qui termine la scène au point de vue intellectuel.

A côté de ces phénomènes, on peut voir quelquefois les troubles psychiques revêtir la forme de la folie initiale ou du délire initial. Je me borne à les citer pour mémoire.

De tous ces faits, quelle conclusion avons-nous à tirer? Celle-ci : que les symptômes cérébraux tels que les vertiges, les ictus de types divers, les troubles moteurs, les troubles psychiques ou intellectuels se rencontrent souvent sur un même sujet. J'en excepte quelques vertiges particuliers qui, permettez-moi le mot, font bande à part. C'est ainsi que souvent on voit les accidents d'hémiplégie précédés de vertiges, d'ictus, de phénomènes épileptiformes, que souvent aussi on peut les observer associés à l'aphasie; souvent aussi on voit les troubles psychiques associés aux autres phénomènes cérébraux. C'est ainsi que, au lieu de prendre la physionomie d'une affection médullaire, le tabes peut, dans la période préataxique, revêtir l'aspect d'une affec-

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 décembre 1884.

tion cérébrale et donner lieu à de véritables erreurs de diagnostic. Il est facile de s'y tromper, et nombre de médecins s'y sont mépris, ne devinant pas la présence du tabes derrière les accidents cérébraux que nous venons d'énumérer.

En somme, il ne s'agit plus du tabes d'autrefois, mais d'un complexus morbide, le vieux tabes avec ses symptômes médullaires, et le néo-tabes avec ses symptômes cérébraux, que les uns et les autres se trouvent associés à dose égale ou que ces derniers prédominent. A ce complexus il convient de donner le nom de tabes cérébro-spinal des syphilitiques, et j'ajoute que ce type complexe est fréquemment réalisé par la syphilis, beaucoup plus fréquemment même qu'on ne le croit généralement.

Après les troubles cérébraux viennent sur le tableau que nous avons fait dresser dans notre première séance, les troubles auditifs. Ces troubles ne sauraient être niés, ils sont incontestables, et je crois même qu'ils sont plus fréquents dans la période préataxique du tabes que plus tard. Dans certains cas même, ils sont initiaux et peuvent être les seuls signes révélateurs de la maladie, alors que rien autre encore ne permettrait de supposer l'existence du tabes. Nous avons dans nos salles un malade qui, à son arrivée à l'hôpital, ne présentait aucun signe apparent de cette affection. Le seul phénomène dont il se plaignait consistait dans des troubles de l'ouïe s'accompagnant de bourdonnements d'oreille. C'est même exclusivement pour cela qu'il est entré ici. Eh bien, cet homme, sourd seulement en apparence, est tellement tabétique que si, dans la station debout, on lui fait fermer les yeux, il tombe aussitôt ; que, de plus, il a perdu les réflexes rotuliens ; qu'il est affecté de troubles urinaires auxquels il n'avait pas encore jusque-là pris garde, il n'en parlait pas, n'y attachant aucune importance.

Je vous citerai un autre exemple également typique dont je suis absolument certain, — il s'agit d'un de mes amis, devenu tabétique sous mes yeux sans que je m'en sois aperçu.— Cet ami est un homme du monde, très intelligent, nullement indifférent à lui-même, loin de là ; car, presque hypocondriaque, il s'inquiète constamment du moindre phénomène qui ne lui paraît pas normal, et cependant lui-même ne s'était pas aperçu qu'il entrait dans le tabes. Du reste, il en est généralement ainsi; au moins dix-neuf fois sur vingt. Il est encore aujourd'hui bien portant ; ses mouvements sont intègres ; il marche très bien ; rien dans ses allures ni dans ses habitudes ne trahissait le tabes ; et, pendant trois ou quatre ans, il a passé inaperçu à mes yeux. Ce n'est que par hasard que je l'ai découvert ; le fait est assez intéressant pour que je vous le rapporte en détail.

Un jour qu'il venait me voir à titre d'ami, il me raconta, après avoir causé pendant quelque temps de choses et d'autres, qu'il était très ennuyé d'une sorte de dureté de l'ouïe. Il entendait, disait-il, beaucoup moins bien qu'autrefois de l'oreille droite; il lui semblait qu'il allait devenir sourd de cette oreille comme il l'était déjà devenu peu à peu de l'oreille gauche. Or j'ignorais encore à ce moment-là cette surdité du côté gauche dont il ne m'avait jamais parlé. Je l'examinai aussitôt et l'interrogeai à fond. Le fait d'un homme jeune encore, bien portant, jouissant de toutes ses facultés et devenant peu à peu sourd successivement de ses deux oreilles, bien qu'assez extraordinaire au premier abord, éveilla immédiatement mon attention du côté du tabes. Je dirigeai donc mon interrogatoire de ce côté et je découvris toute la série des phénomènes suivants, qui ne devaient bientôt plus me laisser le moindre doute sur la nature du mal dont mon ami était atteint. En effet il existait chez lui des troubles urinaires, une diminution de la puissance génésique, enfin ce signe d'une haute importance sur lequel j'appelle toujours vivement l'attention, je veux parler du cloche-pied.

Ainsi, chez un sujet que j'avais pu suivre comme ami pendant des années, et qui s'observait lui-même avec la plus grande attention, un tabes des plus évidents avait passé inaperçu jusqu'au jour où les troubles auditifs l'avaient assez inquiété pour qu'il se décidât à s'en plaindre, et encore par hasard tout d'abord, dans une conversation toute d'amitié et non comme celle d'un malade avec son médecin. Ces troubles de l'audition avaient été le signe révélateur de l'affection tabétique, signe éventuel qui aurait pu rester longtemps encore lui-même méconnu, du moins au point de vue du tabes, cet homme ne se considérant nullement comme malade. C'est ainsi que les troubles urinaires qu'il éprouvait, il les attribuait à une ancienne blennorrhagie, et ses troubles génésiques, il les mettait sur le compte d'un travail exagéré.

Voilà un exemple typique que j'ai tenu, en raison de son intérêt, à vous conter dans tous ses détails, et dont l'importance ne saurait vous échapper.

MÉTALLOTHÉRAPIE

Pied bot varus par contracture, guéri par l'application d'une armature de cuivre pendant une heure. — Hystérie datant de deux années; disparition des crises par l'argent extra et l'or intus.

Par le docteur Moricourt,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les deux malades dont il est ici question sont deux sœurs juives que j'ai eu l'occasion de soigner avec mon regretté maître et ami, M. le docteur Burq, peu de temps avant sa mort, à la clinique que nous avions fondée ensemble.

Leurs observations me paraissent propres, en raison de la netteté du résultat obtenu, à mettre en évidence l'utilité de la métalloscopie et l'efficacité de la métallothérapie dans les affections hystériques, alors que les autres médications ont échoué.

Observation I. — Célestine Al..., douze ans, vient nous consulter pour un pied bot varus à droite.

Début, il y a huit ans, par des douleurs dans tout le membre inférieur droit, survenues sans cause, durant généralement cinq à six semaines, avec des intervalles quelquefois de plusieurs mois.

Il y a neuf mois, ces douleurs se sont accompagnées de contracture des muscles adducteurs du pied, qui ont déterminé un pied bot varus. Cette contracture, qui durait ordinairement quinze jours à trois semaines, puis disparaissait pendant cinq ou six semaines, est allée en augmentant d'intensité à chaque crise. Très intelligente et très éveillée, Célestine Al... a toujours été délicate. Elle a peu d'appétit et n'est pas encore formée. Chaleur et sueurs habituelles des pieds et des mains.

Elle a été soignée à l'hôpital Rothschild, où on l'a électrisée pendant deux mois. L'interne de service aurait vainement essayé de la magnétiser.

L'électricité ayant augmenté la contracture, le docteur Marc Sée, après l'avoir chloroformée, lui redressa son pied et le maintint dans un appareil plâtré pendant six semaines.

Au mois d'avril, on l'envoya passer un mois à Berck, où elle ne

prit pas de bains de mer, la saison ne le permettant pas. Pendant tout ce temps, son pied resta droit.

Le 7 juin, trois jours après son retour à Paris, la contracture redevint plus forte qu'auparavant, au point que la jeune malade ne put plus mettre sa bottine. Il y avait un mois qu'elle était dans le même état quand elle vint nous consulter, ne portant qu'une pantoufle, avec laquelle elle marchait péniblement sur le bord externe du pied.

6 juillet. Célestine Al... est amyosthénique. Elle donne seulement 13 kil. de pression à droite et à 11 à gauche.

Les deux pointes de l'esthésiomètre sont senties, sur la face externe de l'avant-bras, à 3 centimètres d'écartement à gauche, mais à 6 centimètres seulement à droite. Anesthésie légère aux bras et aux jambes; hyperesthésie, au contraire, des pieds et des mains.

Une application d'acier ne produit aucun effet.

9 juillet. Application de cuivre rouge sur l'avant-bras et sur la jambe droite. Bientôt picotements et douleurs vives jusqu'à la racine du membre. Les deux pointes sont senties à 1 centimètre, l'analgésie est remplacée par de l'hyperesthésie et la force musculaire monte de 5 kil.

Au bout d'une heure, le métal étant retiré, il ne se passe pas cinq minutes qu'elle redresse son pied, se met à marcher et rentre en courant, au grand ébahissement de ses parents et de ses voisins.

11 juillet. Elle vient nous voir avec une bottine au pied, ce qu'elle n'aurait pas pu faire depuis un mois.

13 juillet. La contracture ne s'est pas reproduite. Mais, pour plus de sûreté, nous prescrivons à la malade, matin et soir, une pilule de bioxyde de cuivre d'un demi-centigramme, et l'application, alternativement sur les bras et sur les jambes, d'armatures de cuivre rouge.

16 juillet. Sensibilité de douleur vive partout. Encore quelques douleurs dans les jambes.

28 juillet. Un médecin qui suivait notre clinique et que ce fait avait beaucoup frappé, étant allé la voir pour s'assurer de la guérison, nous écrivait : « J'ai rencontré Célestine Al..., que je vis chez vous, il y a quinze jours à peine, marchant si péniblement sur le côté du pied..., elle faisait avec une enfant de son âge une gymnastique effrénée dans les escaliers, franchissant trois ou quatre marches à la fois avec une rapidité vertigineuse. Je n'exagère rien... »

3 août. La contracture a parfois de la tendance à revenir. Mais l'application des plaques de cuivre la fait aussitôt disparaître.

12 octobre. Un jour qu'elle rentrait en retard, sa mère l'ayant souffletée, elle eut, paraît-il, une véritable attaque d'hystérie, et la pointe du pied se redressa. Comme toujours, l'application du cuivre fit tout rentrer dans l'ordre.

Ainsi, depuis trois mois, la guérison s'est maintenue. Jamais la contracture n'était restée aussi longtemps sans se reproduire.

Je ne puis m'empêcher de faire remarquer combien, en pareil cas, le traitement par les métaux est plus simple et plus rapide que celui qui consiste, au moyen d'un aimant, à faire passer alternativement d'un côté à l'autre, 70 ou 80 fois de suite, sa contracture, avant de la faire disparaître.

Obs. II. — Julie Al..., juive, sœur de Célestine, vient à notre clinique, le 9 juillet 1884. Réglée depuis l'âge de douze ans et demi, elle a eu seulement trois mois de retard.

Il y a deux ans, à la suite d'une peur, elle a été atteinte pendant deux mois de boulimie et d'une gastralgie, dont elle a été débarrassée, à l'hôpital Rothschild, par le lavage de l'estomac. Alors sont survenues dans le côté gauche du ventre des douleurs qui l'ont obligée à s'aliter et qui ont persisté depuis à un certain degré. On constate, en effet, actuellement de la sensibilité dans la région de l'ovaire gauche. A partir de ce moment, elle est restée faible et a commencé à avoir, tous les huit jours ou tous les quinze jours, des attaques d'hystérie qui revenaient, en outre, sous l'influence des émotions ou des contrariétés. Ces attaques ont augmenté de fréquence et sont maintenant presque quotidiennes.

Elle sent une boule qui lui remonte à la gorge et elle se débat pendant dix minutes.

Elle n'a jamais été somnambule; mais elle a tantôt un sommeil agité par des rêves, d'autres fois un sommeil de plomb.

Il existe de l'analgésie et de l'amyosthénie (27 kil. à droite et 26 kil. à gauche). On lui a donné inutilement des pilules de Valette et des douches.

A l'exploration métalloscopique, Julie Al... se montre sensible à l'or en première ligne, et en seconde ligne à l'argent. Après l'application de disques d'or sur l'avant-bras droit, pendant une demi-heure à midi, elle avait ressenti comme une brûlure et des picotements qui persistèrent jusqu'à l'heure du dîner, où, à la suite d'une dispute avec sa mère, elle eut une crise. La pression était montée de 27 kil. à 32 kil. du côté de l'application du métal. Les effets de l'argent, presque aussi marqués comme intensité, avaient été moins durables.

En conséquence, nous lui prescrivîmes : une solution de chlorure d'or et de sodium à 1/200, 5 gouttes avant de manger deux fois par jour; augmenter d'une goutte tous les huit jours jusqu'à dix gouttes deux fois par jour, et des applications d'argent, la nuit, sur les membres et en ceinture.

Dès l'application de ce traitement, les crises ont cessé pendant vingt jours. Mais, soit par l'indocilité de la malade, soit par raison d'économie, le traitement n'ayant pas été continué, il est revenu des crises, mais à des intervalles éloignés et seulement lorsqu'on la contrarie.

Il y a tout lieu de croire que si le traitement n'avait pas été interrompu, les crises ne se seraient pas reproduites.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 décembre 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une *étude sur l'opium*, par M. Aubergier, doyen honoraire de la Faculté des sciences de Clermont;

2° Une note sur un *pied bot varus*, guéri par l'application du cuivre, et un cas d'hystérie datant de deux années, guéri par l'or *intus* et l'argent *extra*, par M. le docteur Moricourt. (Voir plus haut, p. 3.)

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection d'un associé national.

La commission présente :

En première ligne, M. Parise (de Lille);

En deuxième ligne, M. Tourdes (de Nancy);

En troisième ligne, M. Desgranges (de Lyon).

Le nombre des votants étant de 56, majorité 29,

M. Parise obtient. . . . . 45 voix.
M. Tourdes. . . . . 10 —

En conséquence, M. Parise, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé associé national.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un correspondant étranger dans la section de *pathologie chirurgicale et de médecine opératoire*.

La commission présente :

En première ligne, M. De Roubaix (de Bruxelles);

En deuxième ligne, M. Krasowski (de Saint-Pétersbourg);

En troisième ligne, M. Sayre (de New-York).

Le nombre des votants étant de 55, majorité 28,

M. De Roubaix obtient. . . . . . 48 voix.
M. Krasowski . . . . 7 —

En conséquence, M. De Roubaix, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé correspondant étranger de l'Académie.

L'Académie procède au renouvellement partiel des commissions permanentes pour 1885.

Sont élus :

Épidémies. — MM. Goubaux, Lancereaux.

Eaux minérales. — MM. C. Paul, Planchon.

Remèdes secrets. — MM. Lunier, Jungfleisch.

Vaccine. — MM. Blot, Charpentier.

Hygiène de l'enfance. — MM. Roger, de Villiers.

RAPPORTS

M. BLOT lit, au nom de la commission de vaccine, le rapport annuel pour l'année 1880. M. le rapporteur insiste sur l'efficacité des vaccinations pratiquées en masse pour pouvoir en arrêter les épidémies de variole, et il rappelle que l'Académie, depuis quatre ans, a adopté le principe des revaccinations obligatoires.

M. JULES GUÉRIN voudrait qu'on rappelât en même temps qu'une imposante minorité de 19 voix s'était prononcée contre ce principe.

M. BOULEY dit qu'en présence de l'immunité assurée aux soldats par la revaccination obligatoire et pratiquée à toute menace de variole, cette minorité serait actuellement bien diminuée, si on avait à aller aux voix de nouveau.

M. CHARCOT lit un rapport sur le prix Civrieux.

LECTURE

M. DELENS. (Voir le premier-Paris.)

L'Académie se forme en comité secret pour discuter les conclusions relatives aux récompenses à décerner en vertu des rapports de la commission de vaccine et de celle du prix Civrieux.

VARIÉTÉS

Notice sur Bône.

Par M. le docteur Badour, médecin principal.

I

Quarante kilomètres de mer séparent le cap de Garde du cap Rosa et constituent l'entrée du golfe de Bône, lequel regarde directement l'orient : ce qui explique la placidité habituelle de sa vague azurée, les vents dominants étant ceux qui viennent de l'occident. De ce côté même, le littoral se fait remarquer par la brusque élévation des contreforts de l'Edough, dont la crête atteint 1,000 mètres d'altitude et abrite complètement la plaine de Bône contre l'influence du large.

Aussi le bateau qui vient du nord, piquant droit sur la côte abrupte, se heurterait à la Voile Noire, amoncellement de roches qui émergent de la mer par masses adjacentes et superposées, et qui, vues de flanc et dans l'ombre, ressemblent à un immense déploiement de toile, si, s'inclinant sur bâbord, il ne mettait le cap à l'est et ne doublait bientôt le phare pour entrer dans le golfe émaillé de balancelles.

Le coup d'œil est alors féerique; car il est rare que le soleil ne soit radieux ou le ciel plein d'étoiles.

A droite, c'est la chaîne de l'Edough et son Bou-Zizi (le père aux deux tétons : style arabe), qui domine de 1,100 mètres le grandiose panorama. A gauche, et à une profondeur de 14 kilomètres, le flot meurt sur une plage aux dunes de sable velouté. En face, le massif des Karézas semble accroupi au pied de la grande montagne et divise en deux parts inégales la vaste plaine, au delà de laquelle, bien loin, s'estompe l'horizon élevé des Beni-Salah et des Khroumirs.

Et quand on approche, c'est la Casbah surplombant directement la mer, c'est le verdoyant mamelon d'Hippone illustrée par saint Augustin, c'est la Seybouse prenant des apparences de fleuve au moment de franchir la barre.

Enfin c'est le rocher du Lion au majestueux profil, c'est l'hôpital militaire dont le minaret tire l'œil, c'est le port avec ses digues à jour et c'est la gracieuse ville nonchalamment assise sous les Santons.

Il n'est pas jusqu'aux cimetières juif et musulman qui, par leur sépulcrale blancheur, ne jettent en quelque sorte une note gaie sur ce ravissant paysage.

Là, tout est verdure et tout est fleurs en dehors des mois torrides. Sur les monts, les diverses essences de chêne, et surtout le chêne-liège, y entretiennent au temps chaud une fraîcheur relative. Il est fréquent alors de voir le soir les vapeurs atmosphériques se condenser sous l'influence d'un vent marin et couvrir les crêtes de masses cotonneuses qui tombent en se fondant dans les profonds ravins. Ce phénomène est surtout remarquable au col des Chacals, dépression située à mi-hauteur et servant de passage entre le territoire bônois et la zone maritime.

Pendant l'hiver, les nuages s'amoncèlent sur les forêts à de fréquents intervalles et, tandis que tout luit dans la plaine, s'y déversent presque entiers pour y alimenter les sources d'eau vive, sans lesquelles Bône ne vivrait pas.

Au printemps, le cytise embaumé orne ces hauts parages. A l'automne, c'est l'arbousier, ce charmant arbrisseau dont la baie rouge et la blanche corolle tranchent si heureusement sur ses fraîches feuilles.

Dans les terrains incultes, la bruyère arborescente porte à 2 mètres de terre sa luxuriante inflorescence. Ailleurs c'est le diss aux touffes pressées; et, dans tout ce fouillis de vie exubérante, mille plantes diverses naissent, grandissent et passent, se succèdant sans relâche.

Dans la plaine, où la culture prend une vive extension, ce ne sont que vignobles ou jardins qui, près de la ville, sont traversés en tous sens par des routes ombragées. Le néflier du Japon, l'oranger, le citronnier, le grenadier y poussent à loisir. Le cactus y enchevêtre ses rameaux épineux et le palmier même y étale ses superbes panaches. On y voit le conique araucaria aux verticilles horizontaux, dont les extrémités se relèvent vers le ciel. Le chamérops y développe son élégante spire, et le yucca sa longue panicule. L'aloès, le laurier noble, le figuier élastique, le ricin ligneux, les bambous, les daturas, et *tutti quanti*, croissent à l'envi sur cette splendide terre.

C'est le pays aux fruits d'or et à l'aube vermeille, où les basses températures n'ont jamais rien d'inclément, où la glace jamais n'est qu'un produit de l'art et où, si quelquefois on aperçoit la neige, c'est au loin sur les cimes.

Et Bône, la coquette, anime ce tableau avec ses quais où touchent annuellement seize cents gros vapeurs, avec sa tête de ligne ferrée qui dessert toute la vieille Numidie, et avec sa prodigieuse activité de petite grande ville.

Il y a là 30,000 habitants environ dont l'élément européen fournit un peu plus des deux tiers : 10,000 Français, 10,000 Maltais. Quelques milliers de musulmans et un millier de juifs comptent à l'élément indigène. Et le chiffre se comble par une population flottante aussi variée que changeante.

La ville, d'ailleurs, a l'aspect tout moderne que la civilisation actuelle imprime aux centres récents. Dans les quartiers neufs, ce ne sont que boulevards et larges rues s'entre-croisant correctement. A la place des vieux remparts, de magnifiques allées bordées de hautes et somptueuses maisons font immédiatement l'admiration du voyageur qui débarque. Dans les quartiers anciens, qui se redressent sur un coteau dominant la mer, des bâtisses confortables sont également alignées et cachent les agglomérations arabes, qu'on ne retrouve plus que dans quelques ruelles aux portes basses et aux anguleux corridors. C'est là que sont les terrasses au cachet oriental, presque le seul persistant dans cette ville où les fils de Mahomet, complètement humanisés, coulent indolemment leur monotone existence.

Des marabouts épars dans les environs sentent encore l'Islam. Mais cette odeur d'étrange sainteté se dilue dans l'atmosphère de libre pensée qui distingue la colonie algérienne; et, dans la campagne de Bône plus qu'ailleurs, rencontrer un dôme lourd et blanc qui recouvre des os plus ou moins vénérés n'est plus qu'un acci-

dent pittoresque au milieu des nombreuses villas qui, depuis quelque temps, s'y élèvent comme par enchantement et que desservent des voies délicieusement accidentées, telles que celles du vallon Sidi-Aïssa, des plages septentrionales et de la Corniche; car là aussi il y a une corniche, comme à Marseille.

Voilà l'apparence; voyons le fond, et à ce propos, vous souvient-il, amis confrères, qui avez pu, comme moi, passer par l'hôpital Saint-Louis et qui daignez me lire, de la salle de consultation où l'on allait par le trottoir extérieur, comme si l'atmosphère dermatopathique du dedans ne devait admettre qu'à coup sûr les gales du dehors? Il n'était pas rare, n'est-ce pas, au milieu de toutes les misères cutanées et autres, d'y voir apparaître une belle fille aux formes plantureuses, à l'œil vif, au verbe leste, à qui de riches parures donnaient de faux airs de marquise. Sur un mot du maître, elle mettait habits bas et elle montrait son corps nu que des macules léopardaient de la tête aux pieds. Nous restions stupéfaits, nous les naïfs, c'est-à-dire les jeunes, et notre philosophie naissante y éprouvait une singulière impression. C'était pourtant vrai : il y avait là, sous des dehors attrayants, une hideuse lèpre, et nous étions navrés.

Vous allez juger si ce souvenir d'études, au temps des Bazin et des Gibert, ne vient pas à propos dans cette courte notice, et s'il n'est pas indiqué de l'y glisser en soulevant des voiles trompeurs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 décembre 1884, sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand officier : M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris.

Au grade de commandeur : M. le docteur Tholozan, médecin principal de première classe en mission en Perse.

— Par décret, en date du 30 décembre 1884, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les docteurs Guéniot, chirurgien des hôpitaux de Paris; Martellière, médecin du bureau de bienfaisance du IIe arrondissement de Paris; Filleau, médecin à Paris; Simon, maire de Ribérac; Gadaud, maire de Périgueux; Prieur, médecin de l'hôpital et de la prison de Gimont; Négrié, médecin des hôpitaux de Bordeaux; Halma Grand, membre du conseil municipal d'Orléans; Bontemps, maire de Jussey; Taberlet, inspecteur d'Évian.

— Le concours pour la nomination à trois places de médecins des hôpitaux et hospices civils de Paris vient de se terminer par la nomination, par ordre de mérite, de MM. les docteurs Talamon, Ballet et Brault.

— Par décret, en date du 30 décembre 1884, ont été promus et ont reçu les affectations ci-après, les médecins militaires dont les noms suivent, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — (Choix.) M. Lortat-Jacob, désigné pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital de Lille.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — (Choix.) M. Gavoy, maintenu à l'hôpital de Versailles.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Duchêne, désigné pour le 91e d'infanterie.

(Choix.) M. Charvot, désigné pour les hôpitaux de Tunisie.

M. Gils, désigné pour le 123e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Godet, maintenu dans son emploi de médecin du service de la place de Paris (bataillon du 62e d'infanterie);

(Choix.) M. Follenfant, maintenu à l'ambulance du corps expéditionnaire du Tonkin;

M. Debierre, maintenu au bataillon du 139e d'infanterie à Lyon;

M. Martin, maintenu au 92e d'infanterie;

(Choix.) M. Audiguier, maintenu au Tonkin;

M. Ferry, désigné pour le dépôt du 69e d'infanterie;

M. Torthe, maintenu aux hôpitaux de Tunisie;

(Choix.) M. Lejeune, maintenu à l'ambulance du Tonkin;

M. Vack, maintenu au dépôt du 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique;

M. Morer, maintenu au 27e d'infanterie;

M. Favier, maintenu au Tonkin;

M. Colignon, maintenu aux hôpitaux de Tunisie;

M. Rodet, maintenu aux hôpitaux de la division d'Oran;

M. Roblot, maintenu au bataillon du 83e d'infanterie détaché en Tunisie.

— Par décision ministérielle, en date du 30 décembre 1884, ont été désignés, savoir :

M. Chabert, médecin principal de première classe, pour l'emploi de médecin chef de l'hôpital de Marseille.

M. Berger, médecin-major de première classe, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Reims.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Robert, pour le 8e bataillon d'artillerie de forteresse; Barthé, pour le 10e hussards; Baudin, pour le dépôt du 111e d'infanterie; Pommay, pour les hôpitaux de la division d'Oran.

MM. les médecins aides-majors de première classe Darré, pour le 7e cuirassiers; Séquin, pour le dépôt du 1er cuirassiers; Couénon, pour le 1er zouaves.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 décembre 1884, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine de Caen s'ouvrira le 15 juillet 1885 à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs E. Ferré (de Saint-Médard-en-Jalle); Boymier (de Saint-Jean-la-Grande) et Mobèche (de Dauville).

— M. le docteur Georges Martin est nommé inspecteur adjoint des écoles de la ville de Bordeaux.

— M. le docteur Courrèges vient d'être élu conseiller général du Cher.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Grynfieldt, agrégé, est rappelé à l'exercice.

— *École de médecine de Caen.* — M. de Forcrand, docteur ès sciences, est délégué dans les fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Housay est nommé préparateur adjoint de zoologie (emploi nouveau).

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Martin est nommé préparateur de chimie générale.

M. Balland est nommé préparateur adjoint de chimie générale.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Ruttinger est nommé préparateur de chimie organique (emploi nouveau).

— La Société française de tempérance (reconnue d'utilité publique) a formé son bureau comme il suit pour l'année 1885 :

Président, M. le professeur Duverger; vice-présidents, MM. Bouchardat, Théophile Roussel, Claude (des Vosges) et Levasseur; secrétaire général, Dr L. Lunier; secrétaires généraux adjoints, MM. les docteurs Decaisne et Vidal; secrétaires des séances, MM. Guignard et Dr Audigé; bibliothécaire-archiviste, Dr A. Motet; trésorier, M. Jules Robyns.

— M. le professeur Hardy reprendra ses leçons de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, le mardi 6 janvier 1885, à dix heures du matin et les continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Trélat reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité, le mercredi 7 janvier 1885, à dix heures du matin et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

— Le vendredi 9 janvier 1885, à une heure et demie, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle de la Faculté des sciences, M. Em.

Bourquelot soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « Recherches sur les phénomènes de la digestion chez les mollusques céphalopodes. »

Choléra, moyen d'en arrêter la propagation et d'en préserver les cités et les individus sans apporter aucune entrave aux relations internationales, par Girard de Caudemberg, avec une préface par le docteur Charles de Caudemberg. In-8° de 38 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17206.

N° 2. — MARDI 6 JANVIER 1885. 58e ANNÉE. MARDI 6 JANVIER 1885. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 10 fr. ».	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy.

Épilepsie hémiplégique.

La malade qui va faire l'objet de cette conférence clinique est un sujet très intéressant, chez lequel le diagnostic a été d'une difficulté excessive.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-neuf ans, couturière, entrée dans le service il y a six jours. Elle est arrivée seule, à pied, se plaignant de quelques souffrances, de quelques malaises, enfin d'être sujette depuis plusieurs mois à des convulsions, et, en effet, tandis qu'elle nous parlait, la tête prenait subitement une certaine fixité, les doigts se crispaient dans l'extension forcée, des convulsions cloniques agitaient le membre supérieur gauche d'abord, puis une partie de la face, notamment les yeux qui éprouvaient bientôt une déviation conjuguée à gauche; elles gagnaient enfin le membre inférieur du même côté.

Ces mouvements convulsifs étaient absolument ceux de l'épilepsie jacksonnienne, moins la généralisation de l'attaque et la perte de connaissance. La malade se souvenait très bien de l'attaque à laquelle elle assistait; la moitié droite du corps restait tout à fait indemne, le côté gauche seul était le siège des convulsions.

Le soir même de son entrée, à la visite, nous constations, la malade étant au lit, un certain degré d'hémiparésie gauche. En même temps nous assistions à une nouvelle attaque semblable à celle que nous avions observée le matin, semblable comme phénomènes, semblable aussi au point de vue de son processus par le membre supérieur, la face, puis le membre inférieur gauche, avec déviation conjuguée des yeux à gauche et rotation de la tête du même côté, attaque caractéristique d'une épilepsie hémiplégique.

L'examen des téguments et des muqueuses ne nous révéla rien de particulier, nulle cicatrice, la peau et les muqueuses étaient parfaitement saines. L'auscultation des organes thoraciques dénotait : 1° pour les poumons un peu d'obscurité du son en bas et en arrière, mais rien d'autre; 2° pour le cœur un léger trille au niveau du quatrième espace intercostal, ainsi qu'un bruit présystolique un peu rude, en somme un cœur petit, un rétrécissement mitral sans insuffisance.

Comme antécédents, cette femme n'a jamais été malade, sauf une fièvre typhoïde dans son jeune âge; elle est bien réglée, elle n'a jamais eu d'enfants, mais dès l'âge de dix-huit à vingt ans elle a embrassé la carrière d'hétaïre. Du côté de sa famille, le seul renseignement que nous possédions est relatif à son frère qui, depuis de longs mois, aurait eu, lui aussi, des attaques convulsives.

Ceci dit, à quelle maladie avions-nous affaire? Ici les hypothèses sont nombreuses : syphilis cérébrale? tuberculose latente avec foyer méningo-encéphalique? hémorragie cérébrale? ramollissement cérébral? etc.

Au point de vue de la tuberculose, la chose était possible, d'autant plus que cette femme avait l'habitus vénitien, qu'elle était rousse de poils, et que, d'autre part, il y avait une certaine obscurité du son dans la poitrine. Cependant je n'osais pas me prononcer.

D'autre part, notre malade était dans l'âge de la syphilis; elle avait vingt-neuf ans, et sa carrière d'hétaïre avait commencé vers dix-huit ou vingt ans, de sorte que si elle avait contracté quelque affection vénérienne, un temps suffisant s'était écoulé entre les premiers accidents et l'apparition des phénomènes secondaires et même tertiaires. De plus, elle était allée pendant plusieurs mois à la clinique des Quinze-Vingts pour une affection oculaire, laquelle a guéri depuis lors sans laisser aucune trace, c'est-à-dire, selon toutes probabilités, quelque iritis. Mais tout cela ne nous permettait encore qu'un diagnostic hypothétique.

Quant à une hémorragie cérébrale, je n'ai pas cru devoir m'y arrêter, cette jeune femme n'en avait pas l'âge, et rien chez elle ne nous autorisait à prononcer le mot avec quelque chance d'être dans le vrai. L'état des artères n'était pas non plus une indication de cette affection.

Ainsi, après élimination successive de ces diverses hypothèses, nous avions toujours le rétrécissement mitral qui aurait pu être le point de départ de quelque concrétion fibrineuse déterminant un chémosis cérébral, un foyer méningo-encéphalique. Mais nous devions repousser toute idée d'un ramollissement par thrombose, en raison même du processus des accidents, l'alternance des attaques et l'intégrité des fonctions du cerveau.

Quoi qu'il en soit, le pronostic nous paraît immédiatement des plus graves, en raison même de l'intensité des crises, de la parésie qui leur était consécutive, de la cyanose qui lui succédait et de l'épuisement de l'innervation. En effet, la malade a succombé avant-hier et l'autopsie a été faite hier. En voici les résultats :

Sauf un certain degré de congestion de la deuxième et

de la première frontale et du pied de la pariétale ascendante, nous n'avons rien trouvé comme lésion macroscopique dans l'hémisphère droit du cerveau. A gauche, il n'y avait rien non plus; du reste, je n'ai cherché de ce côté que dans le cas où il y aurait eu inversion. En somme, toutes les coupes que nous avons pratiquées dans le cerveau ne nous ont rien montré comme lésion, rien appris qui nous explique les accidents convulsifs auxquels cette femme était en proie et auxquels elle a succombé, rien qu'une légère congestion de la première et de la deuxième frontale et du pied de la pariétale ascendante. Ainsi pas la moindre trace de ramollissement, pas le moindre tubercule, aucune lésion appréciable.

Quant aux viscères, nous avons trouvé des adhérences épaisses de la plèvre, surtout du côté droit; le poumon droit est tellement sclérosé que je me demande comment cette femme a pu ne jamais présenter de phénomènes morbides bien nets du côté de la poitrine. Mais nous n'avons découvert ici encore aucun foyer caséeux, aucune granulation.

Par contre, les reins sont un peu granuleux; ils indiquent un état général, comme si déjà la malade avait eu de la néphrite interstitielle. En tous cas, le diagnostic d'éclampsie que j'avais entendu émettre derrière moi, dès le lendemain de l'entrée de la malade à l'hôpital, ne s'est nullement vérifié; l'examen des urines, la température centrale s'y opposaient, ainsi que l'état de l'utérus vierge de toute grossesse, et surtout parce que le syndrome clinique était celui d'une affection cérébrale et non pas de l'éclampsie. Enfin il n'y avait pas lieu de songer à des accidents urémiques, les phénomènes étaient beaucoup trop circonscrits, et d'ailleurs la plus violente attaque d'urémie ne détermine point d'accidents congestifs hémiplégiques.

J'ajoute que le cœur était petit, que le rétrécissement mitral, diagnostiqué pendant la vie, n'était pas énorme, et qu'il n'a donné lieu à aucune embolie.

En résumé, nous n'avons découvert aucune lésion macroscopique capable d'expliquer les phénomènes observés pendant la vie. Il y a donc ici une inconnue que nous ne pouvons pas encore dégager et dont le microscope nous donnera peut-être la clef. En tous cas, il se pourrait, en raison des lésions pleuro-pulmonaires constatées à l'autopsie, que cette femme fût en puissance du début d'une phymatose, commençant à évoluer au travers de la pulpe cérébrale; il se pourrait que l'on découvrît quelque part un travail tuberculeux microscopique, non encore arrivé à maturité, mais resté jusqu'à présent à l'état embryonnaire. Je n'affirme rien, je ne suis pas en droit de le faire, mais je suis forcé d'en rester jusqu'à nouvel ordre à cette dernière hypothèse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 décembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Vaginisme et chlorhydrate de cocaïne. — **M. CAZIN** (de Berck-sur-Mer) adresse une note sur un cas de vaginisme traité avec succès par l'application locale d'une solution à 2 p. 100 de chlorhydrate de cocaïne. Il s'agissait d'une femme mariée qui ne pouvait pas avoir de rapports avec son mari. Après une injection de cette solution, l'anesthésie locale obtenue permit un rapprochement jusque-là impossible. Cette anesthésie ne fut que momentanée; mais comme la malade est devenue enceinte par le fait de ce rapprochement, il y a tout lieu de penser que, comme cela a lieu habituellement, la grossesse fera disparaître tous les accidents dus au vaginisme.

Taille hypogastrique. — **M. MONOD**, à l'occasion de l'observation faite dans la dernière séance par M. Tillaux sur les difficultés relatives de cette opération chez les enfants, a pu réunir quarante-cinq observations de taille hypogastrique pratiquée chez des enfants. Toutes ont été suivies de succès. Les auteurs ne mentionnent pas de difficultés spéciales. Quelques-uns signalent seulement l'épaisseur extrême du tissu cellulaire adipeux et l'étroitesse de la plaie. Dans un cas, il y eut une blessure du péritoine qui du reste ne fut suivie d'aucun accident. La vessie chez l'enfant dépassant la symphyse, il en résulte que, sous ce rapport, la taille hypogastrique serait plus facile chez lui que chez l'adulte. Enfin la taille périnéale, chez l'enfant, expose à la blessure des conduits éjaculateurs.

M. TILLAUX n'a pas dit que la taille hypogastrique fût tellement difficile chez l'enfant qu'on dût y renoncer; il a simplement fait observer qu'elle paraissait moins facile que chez l'adulte et comme la taille périnéale ne présente pas de difficultés, il y a lieu de suspendre l'opinion. Les avantages considérables qu'on retire chez l'adulte de l'emploi du ballon de Petersen et de la dilatation de la vessie pour la pratique de cette opération n'existent pas chez l'enfant, parce que le ballon glisse et fait saillie au-dessus de la vessie.

M. MONOD fait observer qu'il semble que, chez l'enfant, l'emploi du ballon de Petersen et la dilatation de la vessie ne soient pas nécessaires.

Plaie de la verge. — **M. THÉOPHILE ANGER** fait un rapport sur une observation de M. Turgis dont voici le résumé : Une femme aliénée profite du sommeil de son mari pour lui sectionner la verge avec un rasoir; il s'ensuivit une hémorragie considérable. M. Turgis, aussitôt appelé, constate que l'urètre est intact. Il fait la suture de la plaie à l'aide de huit longues épingles dont quatre profondes et quatre superficielles; il fait appliquer un cataplasme froid avec de l'alcool camphré. L'hémorragie, après avoir été très intense, est arrêtée; les épingles sont enlevées, les unes le troisième jour, les autres le cinquième jour. La cicatrisation de la plaie dura cinq semaines. La guérison fut parfaite. Cette verge fonctionne aujourd'hui très bien.

Bec-de-lièvre. — **M. ANGER** fait un rapport sur une autre observation du même auteur; il s'agit d'une opération de bec-de-lièvre suivie de succès, que M. Turgis avait refusé de faire au moment de la naissance malgré les sollicitations des parents. Il attendit neuf mois et l'opération a bien réussi.

M. Anger approuve complètement M. Turgis d'avoir temporisé. Il a lui-même, en 1873, sur les instances des parents, opéré dans les mêmes conditions un enfant nouveau-né qui a succombé. Aussi près de la naissance, les enfants ne peuvent pas réparer la perte de sang. Il y a donc lieu d'attendre pour pratiquer ces opérations, même les plus simples.

M. MONOD rappelle que son maître, Broca, distinguait, au point de vue de l'indication opératoire, les cas de bec-de-lièvre simples et les cas de bec-de-lièvre compliqués. Il était d'avis qu'on opérât les premiers aussi près que possible de la naissance, afin de permettre à l'enfant de pouvoir téter. Cependant, dans les cas compliqués, la perte de sang peut être évitée si l'on fait les débridements avec le thermo-cautère. Mais, malgré cela, M. Monod n'est pas d'avis de les opérer de bonne heure et il croit qu'il n'y a à cet égard qu'une seule règle à suivre, celle qui a été si bien posée par Broca.

M. MARCHAND pense qu'en général il vaut mieux retarder l'opération de quelques mois. Il a récemment opéré un enfant atteint de bec-de-lièvre simple. Il y eut quelques débridements à

faire ; malgré l'extrême simplicité de l'opération, l'enfant est mort d'infection purulente trois semaines après.

M. **BERGER** a eu à déplorer un cas analogue. Aussi condamne-t-il absolument l'emploi du thermo-cautère ou du galvano-cautère pour cette opération. Il pense qu'il n'y a pas grand inconvénient à opérer dans les premiers jours les becs-de-lièvre simples et unilatéraux. Quant aux becs-de-lièvre compliqués, il ne faut jamais les opérer près de la naissance. En somme, la pratique de cette opération n'a pas varié depuis trente ans et les règles sont encore les mêmes que celles qui ont été posées à cette époque.

M. LE DENTU n'est pas partisan des opérations hâtives, à moins qu'il ne s'agisse de cas très simples. Il condamne également l'emploi du thermo-cautère, mais non celui du galvano-cautère qui n'a pas les mêmes inconvénients et dont la réaction inflammatoire se réduit à rien. Avec le thermo-cautère, il y a parfois une telle réaction inflammatoire qu'on risque de déterminer des accidents de septicémie. C'est ce qui est arrivé, dans un cas, à M. Le Dentu. En résumé, les becs-de-lièvre très simples peuvent être opérés de bonne heure, mais il vaut mieux encore attendre six mois. Mais quand il faut faire des débridements considérables, des dissections étendues, il faut reculer de beaucoup l'opération et porter la limite minima à dix-huit mois ou deux ans.

M. Le Dentu ajoute qu'on a singulièrement exagéré l'influence de la suture des parties molles sur le rapprochement des parties osseuses.

M. TRÉLAT fait remarquer que tous les membres de la Société sont à peu près d'accord sur les avantages qu'il y a à opérer de bonne heure les becs-de-lièvre simples, c'est-à-dire portant uniquement sur la lèvre et exigeant seulement un avivement et une suture. Chaque fois qu'il se présente une difficulté quelconque, il est préférable de reculer l'époque de l'opération.

Contrairement à l'affirmation de M. Berger, M. Trélat trouve que l'opération du bec-de-lièvre a, depuis trente ans, subi d'heureuses modifications, et qu'elle se fait bien mieux aujourd'hui qu'alors. On a d'abord des moyens hémostatiques qu'on n'avait pas à cette époque, les pinces qui rendent de très grands services. L'avivement se fait beaucoup mieux. M. Trélat se sert du thermo-cautère auquel il ne reconnaît pas les inconvénients signalés par MM. Le Dentu et Berger. Cela tient sans doute à ce qu'il procède par sections courtes et rapides et qu'il ne laisse pas longtemps le couteau dans les tissus. C'est ainsi qu'on peut obtenir des réunions par première intention.

Enfin M. Trélat ne partage pas l'opinion de M. Le Dentu relativement à l'inefficacité qu'il attribue à la suture des parties molles sur le rapprochement des parties osseuses. L'expérience a depuis longtemps démontré le contraire.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE croit que la mortalité des enfants opérés du bec-de-lièvre, même simple, près de la naissance, est beaucoup plus considérable qu'on ne le dit. Il croit qu'il y aurait de grands avantages à attendre après la première dentition. Mais on se heurte trop souvent contre la volonté des parents.

ÉLECTION

La Société procède au renouvellement du bureau pour l'année 1885. (Voir aux Nouvelles.)

La séance est levée.

HOPITAUX CIVILS DE PARIS

Le classement et la répartition des chefs de service et des élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils de Paris ont été arrêtés de la manière suivante pour l'année 1885 :

HÔTEL-DIEU. — Médecin : M. le professeur Germain Sée ; chef de clinique : M. Mathieu ; interne : M. Durand-Fardel ; externes : MM. Durand (Camille), Lasne, Roche, Toussaint, Bouquet (Albert), Thibault, Hullion, Vialet et Henriquez.

Médecin : M. Vulpian ; interne : M. Morin ; externes : Mlle Klumpke, MM. Nivière, De Cressac, Guérard et Cohen (Eugène).

Médecin : M. Moutard-Martin ; interne : M. Raymond ; externes : MM. Macaigne, Potel, Dimitropolu et Œttlinger.

Médecin : M. Empis ; interne : M. Renault ; externes : MM. Macry, Tuilant, Gaillard et Mallet.

Médecin : M. Gallard ; interne : M. Dalché ; externes : MM. Deschamps, Viard, Cocu et Defaucamberge.

Médecin : M. Bucquoy ; interne : M. Frémont ; externes : MM. Maurel, Marcel, Michaud et Delattre.

Chirurgien : M. le professeur Richet ; chef de clinique : M. Picqué ; internes : MM. Villar, Delbet et Lesage ; externes : MM. Pétrescou, Michel (Denis), Chevalet, Devillers, Thiéralin, Barbier, Chevalier (Paul), Puig et Bonnecaze.

Chirurgien : M. le professeur Panas ; chef de clinique : M. de la Personne ; internes : MM. Blanc, Beltremieux et Monprofit ; externes : MM. Bataille (Charles), Thoumas, Rivière, Delerse, Delplanque et Vothronto.

Chirurgien : M. Tillaux ; internes : MM. Marciguey et Phocas ; externes : MM. Wassilieff, Hudelot, Stœber et Malherbe.

HÔTEL-DIEU ANNEXE. — Médecin : M. Cornil ; externe : M. Parmentier.

Médecin : M. Moizard ; externe : M. Grandhomme.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — Médecin : M. le professeur Hardy ; chef de clinique : M. X... ; interne : M. Vallin ; externes : MM. Champeil, Pfender, Dautigny et Vignerot.

Médecin : M. Peter ; interne : M. Richardière ; externes : MM. Muller, Leroy de Langevinière, Charrier et Sérieux.

Médecin : M. Laboulbène ; interne : M. Poupon ; externes : MM. Mordaet, Humblot, Chamorro et Frey.

Médecin : M. Desnos ; interne : M. Ballue ; externes : MM. Rouillon, Malaingre, Garnier et Lasnier.

Médecin : M. Féréol ; interne : M. Berbez ; MM. Renault, Rieder, Tostivuit et Civel.

Médecin : M. Luys ; interne : M. Semelaigne ; externes : MM. Lauri, Racoviceano, Pritzman et Piedpremier.

Chirurgien : M. le professeur Trélat ; chef de clinique : M. X..., internes : MM. Hamonic, Boiffin et Albarran ; externes : MM. Dupré (Edmond), Perchaux, Dussand, Caubet et Lanselle.

Chirurgien : M. Desprès ; internes : MM. de Tornery et Derville ; externes : MM. Broussain, Cedié et Seigneur.

Accoucheur : M. Budin ; interne : M. Ayrolles ; externes : MM. Desforges et Matringhem.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — Médecin : M. le professeur Jaccoud ; chef de clinique : M. X... ; interne : M. Duflocq ; externes : MM. Schoofs, Daguillon, Mauny, Fauvel, Gand et Méloir.

Médecin : M. Dumontpallier ; interne : M. Belin ; externes : MM. Cabaret, de Campos-Salles, Provendier, Resseguet, Urlatianu, et Leymarie.

Médecin : M. Brouardel ; interne : M. Gilles de la Tourette ; externes : MM. Bataillard, Perrin de la Touche, Clinchand, Blin et Mosny.

Médecin : M. Audhoui ; interne : MM. Toupet et Blocq ; externes : MM. Lamarque, Lefebvre (Albert), Amiel, Boulland, Araujo.

Médecin : M. Lancereaux ; interne : M. Doyen ; externes : MM. Lefèvre (Achille), Thiroloix, Copin, Laffitte, Janet et Fauvelle.

Médecin : M. Cornil ; interne : M. Jardet ; externes : MM. Gilbert, Homolle, Lamothe, Dudley-Tait et Adler.

Chirurgien : M. le professeur Verneuil ; chef de clinique : M. X... ; internes : MM. Monnier, Broca et Denucé ; externes : MM. Passant, Ygouf, Ausaloni, Legros, Haralambie et Werbel.

Chirurgien : M. Polaillon ; internes : MM. Chrétien, Duchon-Doris et Demoulin ; externes : MM. de Senneville, Audiat, Coutenot, Simon (Henri), Ménard et Petit.

HÔPITAL NECKER. — Médecin : M. le professeur Potain ; chef de clinique : M. Petit ; interne : M. Regnault ; externes : MM. Sollier, Alcindor, Cousin, Bourdillon et Javorowski.

Médecin : M. Rendu; interne : M. Deschamps; externes : MM. Moreau (Émile), De Grandmaison, Cuvillier et Dufournier.

Médecin : M. Grancher; interne : M. Bidault; externes : MM. Potier, Bellanger, Meyville et Mme Willouschewitch.

Médecin : M. Rigal; interne : M. Ladroitte; externes : MM. Richer, Mariage, Mathieu-Sicaud et Poulalion.

Chirurgien : M. le professeur Le Fort; chef de clinique : M. Routier; internes : MM. Jocqs, Broussolle et Foubert; externes : MM. Vivant, Chibrac, Zepfel, Vigneron, Zaldivar et Aubert (Maurice).

Chirurgien : M. Guyon; internes : MM. Hallé, Hartmann et Boursier; externes : MM. Bureau (Maurice), Dupré (Ernest), Cœur, Macon, Robelin et Baudouin (Marcel).

Hôpital Saint-Antoine. — Médecin : M. Mesnet; interne : M. Cayla; externes : MM. Melik, Apard, Encausse et De Fleury.

Médecin : M. Tenneson; interne : M. Planchard; externes : MM. Bègue, Duval, Hervot et Pessez.

Médecin : M. Landrieux; interne : M. Lejars; externes : Isch Wall, Valdivisco-Morquecho, Loriot, Dufour et Gaignard.

Médecin : M. Hayem; interne : M. Carlier; externes : MM. Mauclaire, Marchou, Salmeron et Guyard.

Médecin : M. Raymond; interne : M. Dubief; externes : MM. Courbet, Delaunay, Oustaniol, Meunier et Thierry (Paul).

Médecin : M. Gouraud; interne : M. Polguère; externes : MM. Fournier (Prosper), Fortuniades, Ritzo et Kaplan.

Médecin : M. Dieulafoy; interne : M. Ribail; externes : MM. Basset (Honoré), Bouel, Vauthrin, Poivet et Legrand.

Chirurgien : M. Périer; internes : MM. Dayot, Girode et Villemin; externes : MM. Laumet, Chaumont, Couder, Mlle Chopin, et M. Cayet.

Chirurgien : M. Delens; internes : MM. Jaille, Baudouin et Rieffel; externes : MM. Santoni, Rochefort, Nemier, Lantier, De Lostalot-Buchan et Brisard.

Service de varioleux. — Interne : M. Luzet, interne provisoire.

Hôpital Cochin. — Médecin : M. Blachez; interne : M. Martin de Gimard; externes : MM. Mary, Eirain, Roussan et d'Aurelle de Paladines.

Médecin : M. Dujardin-Beaumetz; internes : MM. Courtade (Antoine) et Brossard; externes : MM. Clare Saint-Alais, Boucher, Jeannot-Bozérian; Nivet, Morisse, Barthe, Marx et Caussade.

Chirurgien : M. Anger (Théophile); internes : MM. Wins, Léonardin et Roulland; externes : MM. Favardin, Cantilli, Joubert, Maret, Dusser et Rousseau (Léon).

Chirurgien : M. Marchand; interne : M. Jouliard; externe : M. Marty.

Hôpital Beaujon. — Médecin : M. Millard; interne : M. Lermoyez; externes : MM. Boulay (Maurice), Lion (Gustave), Defrance et Faure-Miller (Rolland).

Médecin : M. Guyot; interne : M. Jeanselme; externes : MM. Archambault, Sallard, de Lambert et Randoux.

Médecin : M. Gombault; interne : M. Gomet; externes : MM. Lecomte (Paul), Legrix, Gourret et Leclerc (Joseph).

Médecin : M. Fernet; interne : M. Grattery; externes : MM. Létienne, Coutray de Pradel, De la Valle et Bordes.

Chirurgien : M. Cruveilhier; internes : MM. Demars, Récamier et Dumoret; externes : MM. Breda, Bussat, Archambault (André), Fréal et Blanc.

Chirurgien : M. Labbé (Léon); internes : MM. Mérigot de Tréigny, Leflaive et Godet; externes : MM. Blond, Lelièvre, Maufrais, Schrœder, Brossard, Laurent-Préfontaine et Arnould.

Accoucheur : M. Ribemont; interne : M. Leriche; externes : MM. Lavergne (Louis), Da Costa Leite.

Hôpital Lariboisière. — Médecin : M. Siredey; interne : M. Morel-Lavallée; externes : MM. Delagenière, Bruhl, Thomas, Willemin et Rojas.

Médecin : M. Proust; internes : MM. Florand et Hischmam; externes : MM. Ménard, Bouchut, Mouls, Pigelet, Cacarié et Armirail.

Médecin : M. Constantin (Paul); interne : M. Bourdel; externes : MM. Bosviel, Parelle, Geoffroy Le Camus (Georges) et Benoît (Auguste).

Médecin : M. Bouchard; interne : M. Chantemesse; externes : MM. Le Noir, Gaudin, Gilis et Gauthier.

Médecin : M. Duguet; interne : M. Feulard; externes : MM. Lyon, Chopard, Besnard et Bouisson.

Médecin : M. Gérin-Roze; interne : M. Chartier; externes : MM. Dutreuillay, Grassin, Maron, Noze et Mercier.

Chirurgien : M. Duplay; internes : MM. Beurnier, Festal, Clade et Potocki; externes : MM. Bernheim, Gauly, Maréchal (Albert), Bouffe, de Saint-Quentin, Gresset, Colin (René) et Bourges.

Chirurgien : M. Anger (Benjamin); internes : MM. Graverry, Laffitte et Martha; externes : MM. Guérard, Lemeignen, Zaguelmann, Ristich, Andoque et Grenet.

Accoucheur : M. Pinard; interne : M. Varnier; externes : MM. Delahaye et Para.

Hôpital Tenon. — Médecin : M. Landouzy; interne : M. Queyrard; externes : MM. Laskine, Estrada, Pagnon, Mangin et Riocreux.

Médecin : M. Straus; interne : M. Dubreuilh; externes : MM. Bruant, Lacoste, Chauveau et Sebillon.

Médecin : M. Lacombe; interne : M. Engelbach; externes : MM. Besson, de Buriné, Pilliet et Arnaud (Justin).

Médecin : Danlos; interne : M. Didier; externes : MM. Villard (Nicolas), Louis, Masson et Gordon-Martins.

Médecin : M. Troisier; interne : M. Budor : externes : MM. Arnaud (Léon), Abrial, Dagron et Schrœder (Louis).

Médecin : M. Dreyfus-Brisac; interne : M. Nourric; externes : MM. Schram, Denotovich, Sainte-Marie, Thominet et Mayor.

Médecin : M. Hanot; interne : M. Schachmann; externes : MM. Piole, Legry, Thibault et Dumont.

Médecin : M. Moutard-Martin (Robert); interne : M. Hontaug; externes : MM. Kœnig, Dufestel, Franc (Eugène) et Moreau (Henri).

Chirurgien : M. Lucas-Championnière; internes : MM. Lancry, Démelin et Lavie; externes : MM. Thirion, Bresson, Laurent, Maison, Bourdon et Basset (Léon).

Chirurgien : M. Gillette; internes : MM. Gillet, Potherat et Valette; externes : MM. Aubert (Henri-Irénée), Paterne, Leconte (Marcel), Debrigade, Belin et Pottier.

Accoucheur : M. Maygrier; interne : M. Lauth; externes : MM. Delalande et Courcenet.

Hôpital Laennec. — Médecin : M. Ball; interne : M. Roger; externes : MM. Boix, Thérèze, Pottiez et Reynal.

Médecin : M. Ferrand; interne : M. Léonard; externes : MM. Gommier, Lefèvre (Pierre), Piot et Tournier.

Médecin : M. Damaschino; interne : M. Moussous; externes : MM. de la Nièce, Siotis, Rendon, Chautard, Bertez et Mlle Iraclidy.

Médecin : M. Legroux; interne : M. Lubet-Barbon; externes : MM. Sauvineau, Perez, Sainton et Delagenière.

Chirurgien : M. Nicaise; internes : MM. Giroux et Leroy; interne provisoire : M. Jacquinot; externes : MM. Vilpelle, Fernandez, Robineau-Duclos, Rogues de Farsac, Longo et Colin (Henri).

Hôpital des Tournelles. — Médecin : M. Debove; internes : MM. Despréaux et Plicque; externes : MM. Peschero, Aldibert, Pailhas, Lamiot, Courtois-Suffet et Vignard.

Hôpital Saint-Louis. — Médecin : M. le professeur Fournier; chef de clinique : M. X...; interne : M. Ménétrier; externes : MM. Baudier, Raoult, Sardou et Pactet.

Médecin : M. Lailler; interne : M. Gilly; externes : MM. Gelez, Melchior-Robert, Boutarel et Dumont.

Médecin : M. Guibout ; interne : M. Jeanton ; externes : MM. Desseaux, Pascal, Teulière et Brée.

Médecin : M. Vidal ; interne : M. Marfan ; externes : MM. Secrétan, Souplet, Lajugée et Hugues.

Médecin : M. Besnier ; interne : M. Perrin ; externes : MM. Reblaud, Lavernhe, Lamarre et Gilles.

Médecin : M. Hallopeau ; interne : M. Bouttier ; externes : MM. Heitz, Hennocque, Imbert et Noël.

Chirurgien : M. Péan ; internes : MM. Brodeur, Brunon et Barral ; externes : MM. Aubry (Paul), Fournier (Frédéric), Bonifas, De Vernejoul, Arrivot et Duriez.

Chirurgien : M. Le Dentu ; internes : MM. Berthod, Sechiron et Perairé ; externes : MM. Fargin, Legrand (Louis), Ribet, Testaz, Barthomeuf et Joanny.

Accoucheur : M. Porak ; interne : M. Charles ; externes : MM. Doublet et Claude.

Hôpital du Midi. — Médecin : M. Mauriac ; interne : M. Pignol ; externes : MM. Frétin, Arnaud (Charles-Lucien) et Esprit.

Médecin : M. du Castel ; interne : M. Crivelli ; externes : MM. Aubert (Théophile), Moran et Montellier.

Chirurgien : M. Humbert ; interne : M. Leudet ; externes : MM. Desmoulins, Dauriac et de Eichstorff.

Hôpital Lourcine. — Médecin : M. Martineau ; interne : M. Klippel ; externes : MM. Guertin, Morlat, Bertrand, Dunac et Lefauve.

Médecin : M. Hutinel ; interne : Chatellier ; externes : MM. Baret, Auclert, Berger, Dupont (Alexandre) et Godet.

Chirurgien : M. Pozzi ; interne : M. Wurtz ; interne provisoire : M. Mullot ; externes : MM. Muller (Paul), Leseur, Lecas, Rodier et Pijals.

Hôpital des Enfants-Malades. — Médecin : M. le professeur X... ; interne : M. Gilbert ; externes : Mlle Mathieu-Dubois, MM. Laurent (Paul), Wilbien et Depax.

Médecin : M. Ollivier ; interne : M. Chaslin ; externes : MM. Chevallier (Arthur), Gérard, Casabianca et Vaugant.

Médecin : M. Labric ; interne : M. Barbillion ; externes : MM. Dutard, Rigault, Thomas (Louis) et Hamon (Louis).

Médecin : M. Jules Simon ; interne : M. Carron ; externes : MM. Laguesse, Lepage, Breitmann et Amiard.

Médecin : M. Descroizilles ; interne : M. Barbier ; externes : Mlle Bieloussoff, Vinçon, Bonieux et Vinan.

Chirurgien : M. de Saint-Germain ; internes : MM. Barraud et Chochon-Latouche ; externes : MM. Rouffinet, Thomas (Ernest), Delobel, Gauthier (Charles), de Saint-Germain, Dulac et Baulouys.

Hôpital Trousseau. — Médecin : M. Triboulet ; interne : M. Widal ; externes : MM. Taurin, Magé, Dupont (Jules) et Javillard.

Médecin : M. Cadet de Gassicourt ; interne : M. Revilliod ; externes : MM. Collin (Eugène), Rebillard, Duron et Hyvernaud.

Médecin : M. D'Heilly ; interne : M. Thoinot ; externes : MM. Bosselut, Béal, Tissier et Duplaix.

Chirurgien : M. Lannelongue ; internes : MM. Weber et Achard ; externes : MM. Guyot, Dufresnoy, Canniot, Sarran, Gumpert et Cator.

Hôpital de la clinique d'accouchements. — Chirurgien : M. le professeur Pajot ; chef de clinique : M. Doléris ; externes : MM. Boisleux, Laserre, Ribbe, Soto et Cognet.

Maison municipale de Santé. — Médecin : M. Labbé (Edmond) ; interne : M. Courtade ; externes : MM. Pernel, Audain et Cezilly.

Médecin : M. Lecorché ; interne : M. Braine ; externes : MM. Greiner, Hamon (Émile) et Robert.

Chirurgien : M. Sée (Marc) ; internes : MM. Pichevin et Vilcocq ; externes : MM. Leriche et Winscouroff.

Chirurgien : M. Horteloup ; internes : MM. Bouygues et Delaine ; externes : MM. Frissard et Arguerolles.

Hôpital de la Maternité. — Médecin : M. Labadie-Lagrave ; interne : M. Guillet.

Chirurgien : M. Tarnier ; interne : M. Crespin.

Hospice de la Vieillesse (femmes). — Médecin : M. le professeur Charcot ; chef de clinique : M. X... ; interne : M. Guinion (Georges) ; externes : MM. Leonardi, Villard (Maurice), Mlle Edwards, MM. Souza-Leite, Lafosse, Reimbold, Marot et Bayard.

Médecin : M. Joffroy ; interne : M. Condoléon ; externes : MM. Petrovich et Gaston.

Médecin : M. Auguste Voisin ; interne : M. Bureau ; externes : MM. Lancelin et Bardin.

Médecin : M. Legrand du Saulle ; interne : M. Huet ; externes : MM. Artault et Buffon.

Médecin : M. Falret ; interne : M. Pozzi ; externes : MM. Alphandéry et Gay-Lussac.

Chirurgien : M. Terrillon ; interne : M. Sebileau ; externes : MM. Gaudichier, Blaise, Dubar et Bonvalet.

Hospice de la Vieillesse (hommes). — Médecin : M. Cuffer ; interne : M. Guinion (Louis) ; interne provisoire : M. Springer.

Médecin : M. Jules Voisin ; interne : M. Besançon (Jules) : interne provisoire : M. Calot.

Médecin : M. Bourneville ; interne : M. Courbarien ; interne provisoire : M. Jonnesco.

Médecin : M. Charpentier ; interne : M. Roland ; interne provisoire : M. Prioleau.

Chirurgien : M. Berger ; internes : MM. Dubarry et Moulonguet ; interne provisoire : M. Maubel.

Hôpital des Enfants-Assistés. — Médecin : M. Sevestre ; internes : MM. Jacquet et Malibran ; externes : MM. Collin (Henri-Joseph), Cozmovici et Benoît.

Chirurgien : M. Guéniot ; interne : M. Butruille ; externes : MM. Bertozzi et Christoyannakis.

Hôpital des Mariniers. — Médecin : M. Muselier ; interne provisoire : M. Gautier.

Hôpital Bichat. — Médecin : M. Huchard ; interne : M. Legendre ; externes : MM. Decamps, Dupont (Désiré), Thierry (Frédéric) et Sabatier.

Médecin : MM. Gouguenheim ; interne : M. Cahn ; externes : MM. Minant, Bouton, Chuquet et Moralès.

Chirurgien : M. Terrier ; internes : MM. Poupinel et Lepage ; externes : MM. Gavilan, Delaborde, Vimont, Clarot, Lambert et Nadot.

Hospice des Incurables. — Médecin : M. Quinquaud ; interne : M. Méry ; interne provisoire : M. Hautecœur ; externe : M. Loppé.

Chirurgien : M. Monod ; interne : M. Lavaux ; interne provisoire : M. Nicolle ; externe : M. Morin.

Hospice des Ménages. — Médecin : M. Robin ; interne : M. Régnier ; interne provisoire : M. Conzette.

Maison de Sainte-Périne. — Médecin : M. Gingeot ; interne : M. Hillemand ; interne provisoire : M. Gibotteau.

Baraquement des convalescents (1). — Médecin : M. Gombault ; interne provisoire : M. Dusseaud.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

1. M. Genet. De la gangrène des extrémités au cours de la néphrite. — 2. M. Pissot. Du traitement méthodique du tétanos par la fève de Calabar ou son principe actif, l'ésérine. — 3. M. Fournier. Des variations de l'urée dans quelques maladies fébri-

(1) Sis aux fortifications, non loin de la porte d'Aubervilliers.

les. — 4. M. Sénac. Du lipôme congénital. — 5. M. Bernard. De l'aphasie et de ses diverses formes. — 6. M. Tagle. Contribution à l'étude du non-restraint. — 7. M. Girard. Luxations en arrière du premier métacarpien sur le trapèze. — 8. M. Veilleau. Crises viscérales de l'ataxie locomotrice progressive. — 9. M. Coursier. Traitement des fistules salivaires du canal de Sténon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 décembre 1884, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand officier. — M. Milne-Edwards (Henri), membre de l'Institut, doyen de la Faculté des sciences de Paris.

Au grade d'officier. — M. le docteur Reliquet, médecin à Paris.

Au grade de chevalier. — M. Planchon, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— Le ministre de la guerre a adressé des lettres de satisfaction à MM. les élèves du service de santé militaire Rioblanc, de l'hôpital du Gros-Caillou, et Colle, de l'hôpital Saint-Martin, pour leur zèle et leur dévouement pendant la dernière épidémie de choléra.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 décembre 1884, M. le docteur Gilson, chef de la clinique de pathologie mentale, médecin adjoint à l'asile Sainte-Anne, est compris dans la deuxième classe du cadre. — Conformément aux dispositions de l'article 5 de l'arrêté ministériel du 8 octobre 1879, M. le docteur Gilson remplira, sous sa responsabilité, dans la section de l'asile Sainte-Anne affecté à la clinique, toutes les obligations imposées aux médecins en chef des asiles publics par la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839.

— M. le docteur Marcel Briand, médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne, est nommé médecin de l'asile des aliénés de Villejuif (Seine).

— M. le docteur Dubuisson est nommé médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne, en remplacement de M. le docteur Marcel Briand.

— M. le docteur Albert Josias, ancien interne des hôpitaux, est nommé médecin en chef de l'infirmerie centrale des prisons de la Seine, à la Santé, en remplacement de M. le docteur de Beurmann, dont les fonctions sont expirées. — M. A. Josias est nommé pour deux ans.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Wallich, Jacques, David, Delmas et Cotte.

— *École de médecine d'Amiens.* — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1883-1884 :

Élèves en médecine. — Troisième année : médaille, M. Lavoine. — Deuxième année : médaille, M. Helle ; première mention, M. Mercier ; deuxième mention, M. Gaubet. — Première année : médaille, M. Lenté ; mention, M. Sarrazin.

Élèves en pharmacie. — Deuxième année : médaille, M. Crapier ; mention, M. Lesenne. — Première année : médaille, M. Melin ; première mention, M. Farcy ; deuxième mention, M. Rouillard.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rodet, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, fondateur et président de la Société protectrice de l'enfance. Ses obsèques ont eu lieu à Lyon le 31 décembre au milieu d'un très grand concours de confrères et d'amis.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Henri Lormand, interne des hôpitaux de Paris, décédé à Pau le 29 décembre dernier, à l'âge de vingt-six ans. M. Lormand, qui avait été successivement attaché aux services de M. Legrand du Saulle, à la Salpêtrière, de M. Martineau, à Lourcine, et de M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, était extrêmement estimé et aimé. C'était un travailleur et chacun lui avait prédit le plus bel avenir. Sa fin si prématurée inspire les plus vifs regrets.

— Dans notre numéro du 18 décembre 1884, nous avons annoncé qu'une enquête sur la transmission de la tuberculose était ouverte par la Société médicale des hôpitaux de Paris. Les médecins qui auraient quelques documents à communiquer sur cette question sont invités à les adresser, avant le 1er avril prochain, à M. le docteur Vallin, rue de l'Abbaye, 3, à Paris.

— Le bureau de la Société de chirurgie est ainsi constitué pour l'année 1885 :

Président, M. Duplay ; vice-président, M. Horteloup ; secrétaire général (pour cinq ans), M. Chauvel ; secrétaires annuels, MM. Gillette et Delens ; trésorier, M. Berger, archiviste, M. Terrier.

— *Faculté de médecine de Paris.* — A. *Inscriptions.* — Le registre des inscriptions du deuxième trimestre de l'année scolaire 1884-1885 sera ouvert le mercredi 7 janvier. — Il sera clos le samedi 24 janvier, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9, samedi 10, mercredi 14, jeudi 15, vendredi 16 janvier.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les samedi 17, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23 et samedi 24 janvier.

La quatorzième inscription ne sera point délivrée aux étudiants (nouveau régime), qui n'auraient pas subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen (physiologie).

MM. les étudiants de quatrième année, qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'anatomie pathologique, devront présenter leur carte d'admission à ces travaux en prenant leur inscription trimestrielle. — Même obligation est imposée aux étudiants de deuxième année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'histologie et à ceux de première année qui n'ont pas pris part aux travaux pratiques de physique.

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du vendredi 16 janvier.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le premier trimestre 1884-85. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur, les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

B. *Consignations.* — 1° Les bulletins de versement pour les consignations continueront à être délivrés les lundis et mardis, de midi à trois heures.

2° Les étudiants inscrits pour subir les examens sont placés d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. — Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes, désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser, par écrit, la demande à M. le doyen. (Décision de la commission scolaire en date du 27 juin 1882 et du 24 décembre 1883.)

3° La mise en série des candidats aux examens a lieu quinze jours au moins ou trois semaines au plus après le jour de leur inscription à la Faculté, à moins que le nombre des candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la commission

scolaire, la faire tirer et distribuer, et enfin pour expédier les convocations.

Seront annulés les bulletins de versement dont le montant n'aura pas été versé deux jours après la date qu'ils portent. — Un délai de huit jours est accordé pour les versements à faire en province. — Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit en être faite au registre sur lequel l'étudiant s'inscrit.

Les bulletins de versement annulés ne seront renouvelés que sur demande écrite et après autorisation du doyen.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide du médecin et du pharmacien de réserve de l'armée territoriale et du médecin auxiliaire, par le docteur A. Petit, médecin aide-major de première classe, attaché à la division du service de santé du 16e corps d'armée. Un joli vol. in-18 cartonné diamant de 300 pages avec figures dans le texte et planche en chromo-lithographie hors texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches dynamométriques sur l'état des forces chez les hémiplégiques, par le docteur Paul Dignat. In-8° de 125 pages avec tableaux dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Des applications nouvelles à la thérapeutique pendant l'année 1883, par le docteur Duchesne, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17206.

79

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude. è.	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, **pures** ou coupées avec du vin. Un excès d'acide **car**bonique et la proportion heureuse des bicarbo**nates** calciques magnésiens en font, malgré la plus **riche** minéralisation qui soit connue en France, des **eaux** *légères, douces,* essentiellement *digestives.* **Dose** ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.............. 1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer; — de chaux.. ; Chlorure de sodium... ; Matières organiques... } 0.44

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

68

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

6

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales ph[ies].

106

PHTISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**. — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris, 1878.* Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1[re] cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boite, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

90

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : **0f 50** à **3f**. Envoi cont. timbres. — Ph. **BERTRAND** aîné, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AÎNÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

40

MÉDICAMENTS EXPÉRIMENTÉS

DANS LES HOPITAUX

ET PRÉSENTÉS A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

VIN KINO-PHOSPHATÉ A LA COCA

de A. Grujard.

titré à 0,25 de phosphate de chaux par cuillerée.

Le meilleur tonique, reconstituant et dépuratif. Employé avec succès dans les *tuberculoses*, et en général dans toutes les affections diathésiques.

Remplace avantageusement l'huile de foie de morue.

DOSE : un demi-verre à bordeaux aux principaux repas.

BAUME ANTI-RHUMATISMAL

ET ANTI-GOUTTEUX

de A. Grujard,

à la flore des Alpes (essence juniperus et labiées).

Employé *chaud* en frictions contre *goutte, rhumatisme, arthritisme, ataxie locomotrice.*

TEINTURE RÉVULSIVE

de A. Grujard

(*Balsamum ammoniacale*).

Employée en frictions contre les *bronchites, laryngites, toux, asthmes,* et en général toutes les affections thoraciques et abdominales exigeant une dérivation énergique.

Notice explicative pour chaque produit.

Pharmacie du Centaure, 31, r. St-Denis, Paris.

31

CAPSULES & SACCHARURE

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical ;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

103

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1[re] classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

51

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

ADH. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, à Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

10

AFFECTIONS CARDIAQUES

« PALPITATIONS, INSUFFISANCES ET RÉTRÉCISSEMENTS, ALBUMINURIES, ŒDÈME. »

Soulagement immédiat et guérison par le **Sirop et les Pilules de LANGLEBERT**

au convallaria Maïalis (muguet de mai)

Préconisés par les meilleurs praticiens.

Phie LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et ttes ph.

111

Bronchites, Phtisie, Scrofule, Rachitisme.

GRAINS CRÉOSOTÉS SABOURDY

3 à 5 grains avant chaque repas.

Administration facile. Ni caustiques ni irritants.

Dépôt à Paris, 3, rue de Choiseul, et ph[ies]. Exiger la signature.

A. Sabourdy

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

169

AFFECTIONS UTÉRNIES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

66

DRAGÉES MEYNET

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

73

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à **Paris** : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande à la maison de gros, recevront une bouteille de *vin de Bugeaud* à titre d'échantillon.

87

ERGOTININE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

L'auteur prépare avec cet *alcaloïde* une solution dosée à 1 milligr. le cent. cube (dose de 3 à 10 gouttes) et un sirop à 1 milligr. la grande cuillerée (dose de 1 à 8 cuillerées à café par jour). S'emploie dans les mêmes cas que l'ergot.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du Rempart.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Un médecin russe, envoyé à Naples en mission spéciale pendant le choléra, M. Poznanski, a fait, à propos de cette maladie, et de l'air le plus convaincu, une communication étonnante.

Suivant lui, le choléra, sous toutes ses formes et dans toutes ses périodes, serait simplement le résultat d'un ralentissement du pouls.

En temps d'épidémie, le pouls se ralentirait d'abord chez ceux qui devraient être atteints. Ce ralentissement, parfois considérable, amènerait tôt ou tard, plus tôt chez les gens faibles, mal nourris, plus tard chez ceux dont l'organisme présenterait plus de résistance et qui feraient usage de toniques, une stase sanguine dans certains organes, particulièrement dans ceux dont le sang perd de sa force d'impulsion par son passage à travers le système de la veine porte : de là, les symptômes intestinaux, la cholérine, etc. Mais le sang, stagnant dans certains organes, s'accumulerait dans certains autres, où il formerait des congestions : de là, le vertige, etc. Avec un peu d'imagination, il est facile de reconstruire, sans que nous entrions dans les détails, le tableau complet d'un choléra basé, d'induction en induction et de conséquence en conséquence, sur cette seule cause initiale : le ralentissement du pouls.

Ce serait très bien, si jamais le ralentissement du pouls ne s'observait sans qu'il en résultât aucun symptôme cholériforme : ni diarrhée, ni vomissement, ni crampes, ni algidité. Or nous avons déjà cité, dans la *Gazette des hôpitaux*, un certain nombre de faits cliniques dans lesquels le pouls s'est montré d'une lenteur vraiment invraisemblable pendant des semaines et des mois, sans qu'il se produisît aucun trouble notable dans les fonctions.

Arrivons-en au traitement. M. Poznanski préconise l'acide prussique, la poudre de vératrum employée comme sternutatoire et l'ammoniaque soit en vapeur, soit appliqué extérieurement étendu d'eau.

Suivant lui, les éternuements, par les secousses qui en résultent, seraient spécialement efficaces pour faire disparaître les stases.

En temps d'épidémie, chacun devrait se munir de vératrum, et selon la facilité plus ou moins grande des éternuements, on pourrait juger de l'imminence du péril.

L'acide prussique, destiné à rendre au pouls sa fréquence et que les médecins de Naples n'ont jamais voulu essayer, par des raisons faciles à comprendre, pourrait d'ailleurs ranimer encore la faculté d'éternuer aisément.

Les villes devraient être divisées de telle sorte qu'un médecin nommé par le gouvernement pût tâter journellement le pouls de tous les habitants d'un quartier et prescrire les sternutatoires.

La nécessité d'être un grand clerc pour rendre ce genre de service ne nous paraît pas bien évidente ; si le principe était admis, il suffirait qu'en s'abordant on se tâtât le pouls les uns aux autres, et qu'on remplaçât la formule banale « Comment vous portez-vous? » par cette autre, bien plus topique, « Comment éternuez-vous ? » L'habitude une fois prise, il pourrait arriver qu'on conservât cette phrase de politesse dans l'intervalle des épidémies. Mais les Chinois de nos jours ne s'abordent-ils pas encore en disant : « Avez-vous des serpents chez vous ? » alors que depuis longtemps les races de serpents ont été complètement exterminées en Chine? La réponse proverbiale : « A vos souhaits ! » n'est-elle pas l'écho d'une superstition, aujourd'hui perdue, sur les bons présages à tirer des éternuements ? M. Poznanski pourrait invoquer cette tradition respectable.

Quant aux observations recueillies dans la garde de l'Empereur et dans les prisons de Saint-Pétersbourg, elles nous paraissent témoigner, à la fois, de la rigueur de la discipline et des effets incontestables de la suggestion, soit en mal, soit en bien.

Dans une population civile prise effectivement du fléau, le traitement à l'acide prussique pourrait être un jeu dangereux. On se rappelle 1832 et la chasse aux empoisonneurs prétendus. C'est ce qu'auront pensé les médecins de Naples et ce qui explique leur abstention, si fort blâmée par M. Poznanski.

HOTEL-DIEU. — M. Humbert.

Épithélioma des lèvres et de la joue ; autoplastie.

Je ne reviendrai pas sur l'état pathologique du malade dont je vous ai parlé dans une précédente leçon et chez lequel le diagnostic a été des plus difficiles (1).

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux*, année 1884, p. 1083.

Vous connaissez le malade, il séjourne déjà depuis quelque temps dans les salles, et vous savez que nous avons hésité beaucoup entre un épithélioma et une scrofulide de la lèvre supérieure. Après avoir tour à tour repoussé l'un pour l'autre ces deux diagnostics, nous avons fini par nous incliner d'une part devant le microscope de M. Malassez, déclarant qu'il s'agissait positivement d'un épithélioma; d'autre part, devant le diagnostic clinique de M. le docteur Besnier dont j'avais d'autant plus désiré prendre l'avis que je penchais bien plus pour quelque lupus, quelque scrofulide, que pour une tumeur néoplasique, non seulement en raison du siège assez anomal qu'elle occupait, mais encore de la lenteur de son évolution et de l'état stationnaire dans lequel cette tumeur est restée pendant cinq mois.

Il s'agit donc, en deux mots, d'un épithélioma de la lèvre supérieure, débutant, il y a dix-huit mois environ, par une sorte de petit bouton, chez un homme de quarante-quatre ans, qui avait joui jusque-là d'une bonne santé et ne présentait aucun antécédent héréditaire ou personnel. Ce petit bouton donnant lieu à d'assez vives démangeaisons, le malade se grattait continuellement, excoriait ledit bouton, si bien qu'au bout de quelque temps on constatait à sa surface une ulcération. Celle-ci, gagnant peu à peu en étendue, a envahi toute la lèvre supérieure, voire même un peu la joue du côté de la commissure gauche des lèvres; enfin elle a atteint légèrement la lèvre inférieure.

Bref, nous sommes en présence d'une assez grande perte de substance et d'une surface largement ulcérée, à bords taillés à pic, qui va nécessiter une opération assez considérable sur laquelle je veux exclusivement aujourd'hui appeler votre attention.

Cette opération va consister à enlever non seulement toute la portion malade de la lèvre supérieure, mais encore une partie de la lèvre inférieure et de la joue du côté gauche.

Voici d'ailleurs comment j'ai l'intention de procéder : une première incision — incision verticale — s'étendra depuis la commissure droite des lèvres jusqu'à l'aile du nez du même côté; de ce point j'inciserai également les tissus de l'une à l'autre aile du nez; puis, arrivé à gauche, je descendrai derrière la commissure gauche des lèvres, que je dépasserai pour gagner la partie inférieure jusqu'au niveau des parties saines. Une pareille incision va donner lieu forcément à une vaste perte de substance qu'il s'agira de combler le mieux possible par une véritable autoplastie.

Ici, à quel procédé aurons-nous recours? Lorsqu'il s'agit, dans une semblable région, d'une petite destruction des tissus, plusieurs méthodes d'autoplastie peuvent être discutées. Mais quand on est en présence d'une aussi vaste encoche, il n'y a pas, à proprement parler, de méthode ou procédé. Il faut agir selon la perte de substance que l'on aura à combler.

Ainsi, si vous avez affaire à une petite perte de substance située, par exemple, dans la région médiane de la lèvre supérieure, vous empruntez un lambeau de chaque côté des ailes du nez au moyen d'une incision courbe, et, grâce à l'élasticité des tissus cutanés de la joue, vous rabattez ces deux lambeaux et parvenez à reconstituer convenablement la partie détruite de la lèvre supérieure.

Mais devant une perte de substance considérable, un pareil procédé serait absolument insuffisant. Il faut aller chercher ces lambeaux directement sur les joues elles-mêmes. On pratique une incision latérale le long de chacune des deux commissures labiales, on détache ces lambeaux et, les faisant pivoter, on les rapproche vers la ligne médiane pour les y suturer.

Chez notre malade, ce mode opératoire peut, à la rigueur, être tenté du côté droit avec chances de succès; mais à gauche il échouerait assurément, en raison même de l'étendue et surtout des formes irrégulières que présente la lésion. Pour réussir par ce procédé, il faudrait non plus tailler de ce côté, — je parle bien entendu du côté gauche, puisque à droite la chose est praticable, — un lambeau droit, mais bien un lambeau oblique que je devrai prendre sur la joue gauche, depuis l'aile du nez jusqu'en un point assez éloigné pour avoir une surface suffisante, puis renverser et affronter avec le lambeau pris à droite.

Cependant je ne puis pas dire absolument ce que je ferai avant d'avoir pratiqué l'ablation des tissus malades. Ce n'est qu'après cette première phase de l'opération et d'après l'état des parties que je pourrai me prononcer.

D'ailleurs il ne s'agit pas seulement, dans le cas présent, d'obtenir un beau résultat plastique, car nous n'avons pas seulement à opérer sur la lèvre supérieure; nous avons encore la lèvre inférieure dont nous devons amputer une portion, et par notre autoplastie lui refaire une lèvre utile. Ce n'est pas seulement en effet un vaste hiatus, une difformité plus ou moins repoussante à masquer que nous devons avoir en vue dans notre opération, il faut redonner à la lèvre inférieure une hauteur voulue, une hauteur suffisante pour éviter tout écoulement involontaire de la salive hors de la cavité buccale.

Un autre point encore : devrons-nous chercher à donner à la lèvre un bourrelet muqueux? Dans certains cas, la chose est possible. Ici je ne puis pas y songer en raison de l'étendue de la lésion, de la vaste surface à combler, et des points où je dois aller chercher mes lambeaux; en un mot, la lésion est beaucoup trop considérable pour que je puisse chercher à obtenir autre chose qu'une bonne cicatrice.

L'opération, en somme, est de longue durée. Elle comprend deux phases : 1° une phase de destruction ou ablation des parties malades; 2° une phase de restauration ou d'autoplastie; phases pendant lesquelles nous devrons recourir à la forcipressure, sous peine d'être, à maintes reprises, aveuglés par le sang.

Telle est l'opération que nous devions pratiquer déjà dans une précédente séance et que nous avons été forcés de remettre à aujourd'hui. D'ailleurs il n'y avait point péril en la demeure.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

La période préataxique du tabes d'origine syphilitique (1).

VI.

Après vous avoir exposé précédemment que des troubles du côté de l'audition peuvent non seulement survenir dans la période préataxique du tabes, mais encore en être quelquefois l'un des accidents initiaux; après vous avoir raconté une importante et curieuse observation à ce sujet, j'en étais resté à vous faire connaître en quoi les troubles auditifs peuvent consister. C'est ce que nous allons examiner.

Les troubles auditifs du tabes sont : 1° une altération de

(1) Fin. — Voir le numéro des 1er-3 janvier 1885.

l'ouïe ; 2° des bruits auriculaires; 3° des vertiges analogues à ce que l'on a appelé le vertige *ab aure læsâ*.

Les altérations que présente le sens de l'ouïe peuvent revêtir deux formes principales : 1° un simple affaiblissement, insidieux comme début, léger comme degré et longtemps stationnaire, lent enfin dans sa progression. C'est, en un mot, ce que l'on désigne communément par l'expression : « avoir l'oreille dure. » Mais ce n'est pas encore la surdité véritable. Cette forme est bénigne; malheureusement, elle n'est pas la plus commune. 2° La surdité vraie, complète, absolue jusqu'à extinction complète des facultés auditives. Son début est ou insidieux et progressif ou soudain et d'emblée; à la suite d'un vertige ou d'un ictus, il existe une diminution notable de l'ouïe. Mais, quel que soit ce début, la surdité s'accentue assez vite par quatre attributs : 1° par des progrès rapides : ainsi la surdité est chaque jour accrue de telle sorte qu'en six ou huit mois l'audition est perdue d'un côté; parfois même il se fait un accroissement véritablement foudroyant en quelques jours; 2° par une intensité extrême, c'est-à-dire par l'extinction complète, radicale, de l'ouïe; et les personnes ne parviennent plus à entendre aucun bruit, quelque attention qu'ils prêtent, pas même celui du tambour, pas même celui de la détonation d'une arme à feu; 3° par une incurabilité absolue, quel que soit le traitement interne ou externe; tout ce que l'on peut obtenir c'est peut-être d'en modérer les progrès, mais en tous cas elle ne peut être guérie; 4° enfin par l'absence de lésions apparentes ou accessibles à notre investigation; le tympan reste sain, la trompe libre, de telle sorte que la surdité ne peut être attribuée qu'à une lésion du nerf auditif ou des centres nerveux. De là un pronostic lamentable, parce que le progrès du mal est fatal, et aussi parce que la surdité ne reste pas bornée à une seule oreille, mais qu'elle atteint successivement les deux côtés.

Mais à l'altération de l'ouïe ne se bornent pas les troubles auditifs et l'on peut encore observer, comme nous l'avons dit en commençant, deux autres symptômes, c'est-à-dire les bruits auriculaires et des vertiges. Ces bruits auriculaires peuvent se rencontrer même chez les individus sourds ; ce sont un ronflement, un bruissement, un sifflement, des bourdonnements et surtout des bruits musicaux, le bruit d'un orchestre, le chant d'un oiseau. Ces bruits sont absolument énervants et plus pénibles pour les malades que la surdité elle-même.

Quant aux vertiges, ils sont caractérisés chez un certain nombre de malades, comme tous les autres vertiges, par un ébranlement instantané de l'équilibre avec sensation d'une chute imminente.

Ces trois symptômes des troubles auriculaires : surdité, bruits et vertiges, constituent le syndrome de la maladie de Ménière ; mais il faut y ajouter ce correctif que cette dernière est tout autre chose qu'une affection tabétique, et qu'elle présente encore d'autres symptômes. En somme, les troubles auditifs du tabes seraient une maladie de Ménière mitigée, et nous pouvons conclure par les deux propositions suivantes : 1° des troubles auditifs plus ou moins sérieux peuvent exister dans le tabes, et consistent soit dans la dureté de l'ouïe, soit dans une surdité complète; 2° à ces troubles essentiels peuvent s'ajouter deux autres symptômes : des bruits auriculaires et des vertiges. L'ensemble constitue la maladie de Ménière adoucie.

Ceci dit sur les troubles de l'audition, arrivons aux phénomènes de paralysie qu'on peut observer dans le tabes.

Des accidents de parésie ou de paralysie musculaire des membres inférieurs peuvent survenir dans la période préataxique du tabes. Le fait est encore peu connu dans les ouvrages classiques où l'on se borne à parler d'une diminution de force, d'une incoordination musculaire. Oui, le tabes est remarquable parce qu'il affecte les muscles d'une certaine façon, par l'incoordination qu'il détermine, mais il n'y a pas que cela dans ce que l'on peut observer, on voit encore la puissance musculaire affectée de façon à créer de la parésie, de la paralysie.

J'ai déjà parlé, dans une de mes précédentes leçons, d'hémiplégie faciale et de grandes hémiplégies; eh bien, la paralysie des membres inférieurs peut également s'observer dans le tabes et revêtir deux formes : 1° celle des parésies transitoires, et 2° celle des paralysies durables.

Les premières sont les plus communes, elles ne sont même pas rares dans la période préataxique; elles sont caractérisées par une sensation de lourdeur dans les jambes, par la faiblesse des membres inférieurs, par la sensation d'un épuisement rapide après de faibles exercices; en un mot, par un affaiblissement musculaire beaucoup plus que par une paralysie véritable, par une sorte de raideur dans les jointures, par de la lassitude au moindre exercice. Les observations de malades se plaignant d'avoir éprouvé, au début de leur tabes, une sorte de paralysie des membres inférieurs sont nombreuses.

Ces troubles parétiques sont transitoires, ils ne durent généralement pas plus de quelques mois et se dissipent. Il en est d'eux comme des troubles oculaires de ces paralysies également transitoires du nerf de la troisième paire, dont les phénomènes tiennent aussi à une faiblesse, à une débilité musculaire, à une parésie. Il y a aussi de ces paralysies transitoires qui servent de prélude au tabes. J'en ai recueilli cinq observations parfaitement exactes. Exemples : Un homme syphilitique, en 1868, suit un traitement très court; en 1873, il éprouve une rachialgie violente qui dure plusieurs semaines, pour se terminer par une paralysie; celle-ci guérit par l'iodure de potassium; l'année d'après il éprouve des vertiges, il a des ictus, de l'amblyopie, puis survient l'incoordination motrice et le tabes est accompli.

Autre fait qui s'est passé l'année dernière : Une belle jeune femme prend la syphilis à seize ans; elle est mal soignée. En 1877, elle a un premier accès de paraplégie, pour lequel on lui donne l'iodure de potassium, et elle guérit. En 1878, second accès, plus fort que le premier : traitement ordinaire, iodure de potassium, etc. Elle sort de l'hôpital malgré nous, presque guérie. Personne encore ne songeait, à son sujet, au tabes; moi-même non plus, je l'avoue. Et l'an dernier, en 1883, elle nous revient, marchant encore, il est vrai, mais marchant comme une ataxique, et nous constatons chez elle l'abolition des réflexes rotuliens, le signe de Romberg, les troubles génitaux, les troubles de la sensibilité et le cloche-pied. Voilà donc ici un cas d'ataxie succédant à deux accès de paraplégie. Des cas semblables, du reste, ne sont pas rares dans la science.

Bien des théories ont été émises à leur sujet : d'abord celle de Gower qui dit que dans ces cas il s'agit d'une myélite transverse originaire, laquelle s'apaise sur les cordons latéraux pour aller se cantonner sur les cordons postérieurs; Buzzard accepte cette interprétation, mais il dit qu'il existe une méningite spinale postérieure, générale d'abord, puis localisée seulement sur les cordons postérieurs.

Quoi qu'il en soit du processus de la lésion invoquée, —

en tous cas, des autopsies manquent absolument à ce propos, — toujours est-il que le tabes peut succéder à la paraplégie.

Mais ce n'est pas tout; il y a des cas encore où les phénomènes tabétiques et paraplégiques sont contemporains, concomitants. Ainsi M. Troisier a rapporté l'observation intéressante d'un ataxique qui présentait une hémiparaplégie. Une autre observation nous est commune à M. Potain et à moi : c'est celle d'un malade tout à la fois paraplégique et tabétique, c'est-à-dire présentant en même temps des troubles oculaires, des troubles urinaires, des crises gastriques, de l'incoordination motrice, le signe de Romberg, etc., ainsi qu'une paraplégie; les membres inférieurs étaient faibles, débiles, si bien que M. Potain me disait : Voilà un fait extraordinaire, car cet homme n'est ni exclusivement tabétique ni exclusivement paraplégique, mais il est les deux à la fois, c'est-à-dire qu'il présente l'ataxo-paraplégie des sujets syphilitiques.

Je vous citerai encore une observation de Buzzard, l'observation d'une femme syphilitique, atteinte de paralysie des membres inférieurs, en même temps qu'elle présentait une véritable ataxie des membres supérieurs, une véritable incoordination de ces derniers. Cette femme succomba, et à l'autopsie on trouva la lésion du tabes, une dégénérescence grise des cordons postérieurs.

De ce qui précède il résulte cette conclusion : 1° qu'il se produit parfois, à la période préataxique du tabes, des parésies ébauchées sous la forme d'un simple affaiblissement, d'une débilité des membres inférieurs, lesquels affectent des caractères transitoires; 2° que des paraplégies vraies peuvent préluder au tabes, qu'elles sont plus stables. Alors deux cas peuvent se présenter : *a*) ou bien ces paraplégies guérissent et le tabes éclate plus tard; *b*) ou bien, ce qui est plus fréquent, la paraplégie ne guérit pas complètement, elle persiste et, le tabes apparaissant dans le cours de cette paraplégie, on se trouve en présence d'une ataxo-paraplégie.

Donc, et c'est par là que je termine, de même qu'il existe un tabes à début oculaire, à début vésical, à début cérébral ou auditif, etc., de même le tabes peut débuter par la parésie ou la paralysie des membres inférieurs, c'est-à-dire qu'il peut avoir un début médullaire ou paralytique des membres inférieurs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 janvier 1885. — Présidence de MM. A. Guérin et Bergeron.

INSTALLATION DU BUREAU

M. ALPH. GUÉRIN, président sortant, avant de céder le fauteuil à M. Bergeron, élu président pour 1885, rappelle, dans une allocution fort applaudie, les discussions qui ont eu lieu l'année dernière, les noms et les mérites des membres que l'Académie a perdus, et les élections qui ont comblé les vides.

M. BERGERON, se faisant l'interprète de l'Académie, adresse ses remerciements à M. A. Guérin et au bureau. Puis il invite M. Trélat à prendre place en qualité de vice-président.

RAPPORT

M. BESNIER lit un rapport sur les résultats du concours pour le prix Vernois.

COMMUNICATION

Sur un nouveau mode de pansement permanent. — **M. MARC SÉE** dit que l'idéal en chirurgie serait de pouvoir ne panser les plaies qu'une seule fois et de les trouver réunies au moment où l'on en viendrait à enlever cet unique pansement. M. Alphonse Guérin, par son pansement ouaté, M. Neuber, par l'emploi de sutures résorbables, ont déjà permis de se rapprocher de plus en plus de cet idéal.

M. Marc Sée croit l'avoir atteint ou à peu près, non par l'introduction de procédés tout à fait nouveaux, mais par une nouvelle application de moyens connus.

Voici comment il procède :

Une fois le pansement terminé et pendant le temps nécessaire pour l'application des ligatures de catgut, il a l'habitude de maintenir sur toute la surface de la plaie une éponge imbibée d'eau phéniquée. Puis, au moment où il retire cette éponge, soufflant sur un morceau de carton qu'il a recouvert de sous-nitrate de bismuth, il répand ainsi une couche mince de cette poudre sur toute la surface saignante. Le sous-nitrate de bismuth ainsi étalé arrête aussitôt le suintement sanguin et il ne met nullement obstacle à la réunion par première intention des surfaces qu'il recouvre. L'écoulement sanguin arrêté, M. Sée réunit la plaie par une double suture. La suture profonde est enchevillée, à chevilles formées par de petits rouleaux de gaze iodoformée. La suture superficielle est entrecoupée, à points très rapprochés pour réunir très exactement les deux lèvres de la plaie dans toute leur longueur.

Un drainage est pratiqué, au moyen de drains volumineux mais courts, en nombre suffisant pour prévenir toute rétention de liquide. Ces drains, en caoutchouc rouge, ne vont pas jusqu'au fond de la plaie. Taillés obliquement à leur extrémité profonde, ils sont coupés au ras des téguments et maintenus par une épingle de nourrice à laquelle aboutit un fil. Ce fil permet de les retirer bientôt sans enlever le pansement.

Ce pansement consiste surtout en un petit sachet formé de cellulose au sublimé, c'est-à-dire de poudre de bois de sapin imbibée de sublimé. Cette poudre est enfermée dans de la gaze phéniquée.

Par-dessus le sachet, M. Sée place d'abord des bandelettes multiples de gaze phéniquée, puis une large couche de coton maintenue en place par des tours nombreux de tarlatane. Enfin une bande de caoutchouc, assez lâchement appliquée, mais dépassant les bords de toutes les pièces sous-jacentes, sert d'enveloppe protectrice extérieure.

M. Marc Sée trouve à ce pansement le double avantage d'économiser le temps du chirurgien, puisqu'il n'a besoin d'être changé que très rarement, et d'économiser l'argent de l'administration de l'Assistance publique, car la cellulose au sublimé, qui en est l'élément le plus important, ne coûte que 1 fr. 50 le kilogramme. Il cite plusieurs observations qui tendent à montrer l'efficacité de ce genre de pansement très simple. A la suite de plusieurs amputations du sein, il a obtenu en quelques jours, et sans avoir changé le premier pansement, une réunion complète de la plaie.

LECTURE

M. POZNANSKI lit un mémoire intitulé : *Ralentissement du pouls, signe prémonitoire du choléra et moyens inusités préventifs et curatifs.* (Voir le premier-Paris.)

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 décembre 1884. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Cocaïne. — **M. D'ARSONVAL** présente un travail de M. Charpentier relatif à l'action du chlorhydrate de cocaïne sur les fonctions cérébrales. Ce travail, basé sur un certain nombre d'expé-

riences positives, tend à confirmer l'idée d'abolition des fonctions sensitives du cerveau sous l'influence de la cocaïne.

M. LABORDE rappelle, à ce sujet, les expériences négatives de M. Franck.

Il présente ensuite, de la part de M. Duquesnel, une étude chimique sur la cocaïne. La cocaïne cristallisée n'est pas pure : elle contient des acides. La cocaïne neutre ou liquide est l'homologue de la caféine. Cependant le point de fusion est différent.

Bubons chancreux. — M. GIBIER invoque de nouveaux arguments et de nouveaux faits à l'appui de la thèse qu'il a soutenue dans l'avant-dernière séance sur la virulence des bubons chancreux. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 1155.)

Spectroscopie. — M. ALBERT ROBIN déclare avoir employé scrupuleusement le procédé de M. Hénocque et avoir constaté encore de grandes erreurs. Il maintient donc les objections qu'il lui a faites dans la dernière séance.

M. HÉNOCQUE propose, comme moyen de contrôle de l'appréciation de la durée de réduction de l'oxyhémoglobine à la surface sous-unguéale du pouce, l'examen simultané des deux pouces.

Dans 18 observations faites sur les deux pouces il a constaté :

Dans 5 cas, une durée égale;

Dans 7 cas, une différence de 2 à 5 secondes;

Dans 5 cas, une différence de 10 secondes;

Et dans un seul cas, une différence de 20 secondes.

La durée de la réduction a été ordinairement plus longue dans le pouce droit, mais la différence de durée de la réduction varie suivant qu'on a lié en premier lieu d'un côté ou d'un autre.

M. Hénocque conclut que si l'examen simultané donne des différences de 0 à 5 secondes, on peut être certain qu'il n'y a pas eu d'erreur; que la différence de 10 secondes peut rendre utile un second examen dans les cas où la notation indique des chiffres extrêmes, par exemple au-dessous de 30 secondes et au delà de 80 secondes. Enfin, si la différence est de 20 secondes, il existe une cause d'erreur ou un état pathologique nécessitant une nouvelle observation qui doit être pratiquée dix minutes après la précédente pour éviter l'augmentation de la durée de réduction qui se produit lorsque l'on réitère l'application de la ligature.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Notice sur Bône (1).

Par M. le docteur BADOUR, médecin principal.

II

Le climat de Bône est chaud, très chaud, extrêmement chaud. Dans la saison hibernale, ainsi nommée parce qu'il pleut de temps en temps, la plus basse température prise sur des observations journalières et précises dans un appartement situé au troisième et orienté au nord (sans feu, bien entendu) n'est jamais descendue au-dessous de 10 degrés; et encore ces 10 degrés ne sont-ils notés que dans deux hivers sur cinq consécutifs et quatre fois seulement pour chacun. Le chiffre 11 degrés est relevé une fois pour l'un (1879-1880), quatre fois pour l'autre (1882-1883). Ordinairement elle a oscillé entre 12 et 15 degrés par les temps réputés froids, c'est-à-dire pluvieux et plus ou moins sombres. Très souvent le thermomètre marque 20 degrés et pendant des semaines entières, même en janvier, les journées sont si belles que c'est à croire que l'on rêve.

Mais les variations (et c'est là qu'est le danger) sont brusques et fréquentes. Ainsi, survienne des hauteurs de l'Edough un nuage épais qui cache momentanément le soleil, et de 25 degrés, par exemple, lus au dehors de la fenêtre, au nord et à l'ombre, on descend subitement à 15 degrés et ces variations quelquefois se renouvellent à chaque heure dans la même journée.

Après l'hiver, c'est toujours l'été; car, à proprement parler, il n'y a ni printemps ni automne dans ce pays si richement ensoleillé; c'est l'été avec des nuances qui, dès le mois d'avril, n'ont déjà rien de réjouissant pour les fibres sensibles et les épidermes non écailleux. On commence alors à atteindre 25 degrés, toujours à l'ombre et au nord, à 10 mètres du sol et à l'abri de toute réverbération; et les variations extérieures précédemment signalées sont plus fortes que jamais.

A la fin du mois de mai, les promenades à pied par la campagne sont devenues impossibles. En juin, les beaux jours sont finis, tout brille désormais au ciel et, le jour et la nuit, pour trois à quatre mois entiers, la terre se dessèche et se fissure, les cigognes émigrent à défaut du moindre vermisseau et les tourments commencent sans trêve ni repos.

La colonne mercurielle ne démarre plus de 28 degrés dans les appartements abrités contre toute lumière; elle va de 30 à 35 degrés malgré toutes les précautions. Les murailles brûlent; une sueur permanente et visqueuse colle le linge au corps parce que l'état hygrométrique qui, chose remarquable, n'enlève rien à l'atmosphère de son étonnante transparence, est toujours tellement élevé qu'il frise souvent la saturation. On ne dort plus ou l'on dort mal, et l'indispensable moustiquaire met le comble à l'horripilation et à l'écœurement.

Alors, et toujours dans les mêmes conditions d'abri, le thermomètre extérieur dit 36, 38, 40, jusqu'à 45 et 46 degrés. Ces jours-là, c'est du feu qu'on respire; il semble qu'on est à la bouche d'un four; et l'humeur la plus facile ne connaît plus le rire.

Alors aussi les oscillations brusques ont cessé. Mais tandis qu'aux heures étoilées le calme le plus profond règne par toute la nature, et que l'on peut impunément laisser béantes portes et fenêtres, dans le jour et surtout dans l'après-midi, la brise de mer, qui apporte dans cet enfer quelque salutaire fraîcheur, y crée des dangers de funestes réfrigérations sur la sueur profuse qui vous inonde sans cesse. En sorte que, soit l'hiver, soit l'été, l'organisme est exposé aux influences les plus diverses et les plus fréquentes au point de vue météorologique.

Et ainsi s'expliquent les cas faciles de pneumonie et autres maladies analogues. Les phénomènes ictériques déterminés par le catarrhe inflammatoire des voies biliaires ne reconnaissent pas d'autre cause occasionnelle aux époques fréquentes où le foie exagère ses fonctions. Ainsi s'explique surtout la marche rapidement fatale de la phtisie confirmée, et s'impose la nécessité de faire connaître expressément que le climat de Bône est meurtrier pour les phtisiques.

Allez ailleurs, intéressants malades, où la température, même froide, soit constante; mais n'allez pas à Bône, où les alternatives de chaleur intense et de fraîcheur relative sont de tous les instants, où la peau est toujours humide, où jamais la sueur ne s'évapore; ou c'est à bref délai que vous irez vous inscrire à l'obituaire de l'état civil!

Une autre affection, celle-là bénigne quoique cruellement insupportable, tient spécialement aux mois torrides. C'est la gale bédouine ou bourbouille, c'est-à-dire un érythème papuleux exsudatif qui, souvent limité aux régions les plus accessibles à la lumière et aux plis ou rainures naturelles, envahit quelquefois le corps tout entier (surtout des nouveaux venus, comme nous pourrions nous citer en exemple). On est alors tout barbouillé de rouge et l'inévitable grattage, qui devient bientôt cuisant, mouille les doigts, même aux places qui paraissent sèches. Cet érythème disparaît avec les grandes chaleurs par desquamation et ne laisse aucune trace. De l'eau ordinaire pour de fréquents lavages et de la fécule pour saupoudrer les parties atteintes, tel en est le seul bon traitement.

Les accidents cutanés causés par la chaleur et la sueur se traduisent quelquefois par des pustules ressemblant à celles de l'acné et

(1) Fin. — Voir le numéro des 1er-3 janvier 1885.

laissant après elles les cicatrices caractéristiques, parfois aussi par de petits phlegmons très douloureux et très tenaces.

Si maintenant on considère le climat de Bône au point de vue du sol, on éprouve une surprise encore plus grande à découvrir immédiatement que, sous de magnifiques dehors, la campagne et la ville même recèlent tous les éléments de la maremme la mieux comprise.

Les quartiers neufs et surtout le faubourg sont littéralement bâtis dans la boue, à tel point que les caves y sont impossibles ou que, s'il y en a, elles sont toujours plus ou moins inondées. Il y a encore du marais dans les murailles et sous les murs; il y en a tant et plus à revendre. La Boudjima, le Ruisseau d'or (appellation dérisoire !), et le canal Sainte-Anne, qui drainent la petite plaine avoisinante, écoulent lentement vers la mer leurs eaux verdâtres. Des rigoles plus ou moins pleines de liquides impurs et croupissants servent de limites aux propriétés, voire aux jardins garnis de fleurs. Et la terre partout n'est que de l'humus noir et extrêmement épais.

Le moindre inconvénient de cet état marécageux est le féroce moustique dont l'agaçant bourdonnement trouble le repos et gâte toutes les nuits, si l'on ne sait s'en défendre. Malheur aux épidermes délicats qu'atteint la piqûre venimeuse de ce diabolique insecte ! Des élevures congestives, inflammatoires et même ecchymotiques, qu'accompagne un prurit urticant, en sont pour plusieurs jours la pénible conséquence. Il y a partout et toujours des moustiques, et l'admirable situation de l'hôpital militaire, sur une haute falaise, n'en défend pas les malades dont il est fréquent de voir le facies et les bras tout couverts de boutons.

Mais le véritable mal du pays, la pestilence fatale que l'humidité et la chaleur constante dégagent de cette terre essentiellement putrescible, c'est l'effluve qui se suspend dans l'air et se dissémine au gré du vent : en un mot, c'est la *mal'aria* dont la cause est permanente et dont les effets sont pour ainsi dire inévitables, même dans les meilleures conditions sociales.

Entre temps, à Bône, l'accès pernicieux déroule encore son stade foudroyant, la cachexie palustre y traîne sa profonde et irrémédiable misère. Et, quant aux accidents ordinaires du protéiforme tellurisme, c'est la monnaie courante.

Autrefois c'était par hécatombes que se payait le tribut à ce Minotaure renouvelé des Grecs. L'histoire lamentable des premiers temps de la conquête en fait foi, et ce n'est pas sans quelque frémissement qu'aujourd'hui encore on aborde à ce rivage, tant les souvenirs désolants y ont laissé une vive empreinte.

Le génie médical incarné dans Maillot fournit à l'illustre et vénérable maître le fil qui le guida dans l'inextricable labyrinthe et si, par une fatalité inéluctable, le monstre existe toujours, on le tient en arrêt et ses coups redoutables sont prévus et parés. Mais que de soins vigilants pour soutenir la lutte qui, à Bône, est de toutes les saisons, de tous les mois, de tous les jours ! Soyez inattentif et vous êtes attaqué. Aussi l'arme doit-elle être toujours prête; il faut l'avoir sous la main, dans la main, et tenir pour certain qu'elle est précieuse, même dans les feintes. Jamais autre fit-elle plus brillante conquête.

Et voilà le pays aux fruits d'or et à l'aube vermeille, où il ne faut vivre qu'à bon escient pour ne pas y mourir.

Ce n'est pas tout : le miasme putride d'origine humaine et animale trouve dans l'agglomération bônoise un lieu d'élection tout indiqué. En d'autres termes, des causes toutes locales y entretiennent l'influence typhoïgène.

Tout va à l'égout dans cette ville et rien n'est plus simple. Mais les bouches multiples de la canalisation souterraine s'ouvrent dans la rue par des soupiraux et des regards plus ou moins obturés et dans les maisons par les éviers et principalement par les latrines, dont l'installation est tellement défectueuse en certaines places, que les cours et les escaliers sont imprégnés des exhalaisons nauséabondes qui s'en dégagent. Et comme les bas quartiers sont à peine au-dessus du niveau de la mer, leurs égouts qui collectent tous les autres n'ont qu'un écoulement très lent. Aux temps chauds, l'eau manquant absolument, on peut même affirmer qu'il est presque nul et que du putrilage résultant de tous les détritus de la vie animale y stagne en permanence. En même temps, sur le sol qui aussi n'est jamais lavé que par l'eau du ciel, s'amasse une poussière essentiellement fermentescible puisqu'elle contient tous les fins débris organiques que n'enlève pas un simple balayage.

Dans ces conditions, vienne un orage toujours insuffisant pour tout entraîner, et une rapide décomposition emplit l'air d'émanations malsaines dont les effets ne tardent pas à se produire. C'est si vrai qu'alors seulement apparaissent les premières atteintes de fièvre typhoïde, que la maladie s'accentue parallèlement aux causes qui lui donnent naissance, et qu'elle s'atténue et disparaît à mesure que les pluies deviennent plus fréquentes et complètent le lavage.

D'où il suit qu'une machine élévatoire qui prendrait des masses d'eau à la Méditerranée et les porterait au haut de la ville d'où elles se répandraient par toutes les rues et par tous les égouts, détruirait la cause principale d'un mal annuellement épidémique dont l'origine infectieuse n'est plus à démontrer. C'est à faire.

Et qui sait si du même coup on ne remédierait pas à d'autres accidents méphitiques ?

A cette époque de microbes pullulants, il est plus que jamais permis de croire qu'ils ne sont pas étrangers à la production et à la propagation de la diphtérie. Une vaste mesure d'assainissement par l'irrigation de la voie publique et du sous-sol ne mettrait-elle pas un frein à la fureur de ce mal terrible qui, à Bône, étrangle indistinctement tant de jolis enfants ?

Et l'ophtalmie granuleuse, que causent et entretiennent l'éblouissante lumière et la poussière immonde et qui aveugle les pauvres gens aux ménages compacts, ne serait-elle pas considérablement atténuée si une eau abondante passait par les carrefours et les ruelles, si les grandes voies étaient non seulement arrosées mais lavées, et si, dans les égouts, la chasse était permanente et réelle ?

En résumé, une constitution saisonnière remarquable en tout temps par les oscillations brusques et fréquentes de la température et par l'extrême facilité des refroidissements, l'endémie tellurique inhérente au climat et les ferments zymotiques élaborés par l'homme, tel est le triste lot de ces lieux pleins de fleurs, de soleil et d'étoiles.

E se non è vero, gettatemi la pietra.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 20 décembre 1884, M. le docteur Taule, inspecteur du service des Enfants-Assistés de la Seine, est nommé directeur de l'asile Sainte-Anne, en remplacement de M. Llanta.

M. Abel Barroux est nommé directeur de l'asile-hospice d'aliénés de Villejuif (poste créé).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Victor Dessaignes (de Vendôme), membre correspondant de l'Académie des sciences, section de chimie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les consignations pour les examens seront reçues jusqu'aux dates ci-après :

A. Doctorat, ancien régime d'études. — Pour le premier examen, jusqu'au mardi 31 mars inclusivement. — Pour le deuxième examen, jusqu'au mardi 21 avril inclusivement. — Pour le troisième examen, jusqu'au mardi 26 mai inclusivement. — Pour le quatrième examen, jusqu'au mardi 9 juin inclusivement. — Pour le cinquième examen, jusqu'au 23 juin inclusivement.

B. Doctorat, nouveau régime d'études. — Pour le deuxième examen : première partie, jusqu'au mardi 31 mars inclusivement; deuxième partie, jusqu'au mardi 21 avril inclusivement. — Pour le troisième examen : première partie, jusqu'au mardi 21 avril inclusivement; deuxième partie, jusqu'au mardi 26 mai inclusivement. — Pour le quatrième examen, jusqu'au mardi 9 juin inclu-

sivement. — Pour le cinquième examen, jusqu'au mardi 23 juin inclusivement.

C. Pour les thèses, jusqu'au lundi 13 juillet inclusivement.

D. Pour les examens de sages-femmes, jusqu'au mardi 23 juin inclusivement.

E. Officiat. — Pour le premier examen, jusqu'au mardi 23 juin inclusivement. — Pour le deuxième examen, jusqu'au mardi 30 juin inclusivement. — Pour le troisième examen, jusqu'au lundi 13 juillet inclusivement.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées. Les élèves ajournés après le 8 juin à un examen quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances. Passé le 13 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

Le doyen croit devoir rappeler que l'ancien régime d'études prendra fin avant l'année scolaire 1884-1885.

Enfin les étudiants inscrits pour subir leurs examens seront placés en séries d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux qui, pour des motifs légitimes, désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser par écrit la demande à M. le doyen.

— M. le docteur Doléris, chef de clinique d'accouchements de la Faculté, commencera un cours théorique et pratique d'accouchements, le lundi 12 janvier à quatre heures. Le cours est complet en deux mois. — On s'inscrit à la clinique, 89, rue d'Assas.

— M. le docteur H. Picard reprendra son cours sur les maladies des voies urinaires, le vendredi 9 janvier, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le tome XXX de la première série (*Diurétiques* à *Dynamogénie*), le tome XX, fascicule II de la deuxième série (*Paon* à *Paralysie*), le tome XIV de la troisième série (*Sympathique* [grand] à *Sysomiens*), viennent de paraître.—Prix de chaque demi-volume : 6 francs. — Paris, Asselin et Cie et G. Masson.

Traité complet d'ophtalmologie, par les docteurs de Wecker et Landolt. Tome III. Deuxième fascicule : *Réfraction et accommodation* (*partie clinique*), par E. Landolt. 1 vol. in-8° avec figures intercalées dans le texte. *Gratis pour les souscripteurs.*

Ce volume sera publié en trois fascicules. — Prix du tome III complet : 17 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Éléments de pathologie chirurgicale générale, par F. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Ier fascicule : *Lésions traumatiques et leurs complications.* 1 fort vol. gr. in-8°. — Prix : 7 francs. — Le deuxième fascicule complétant l'ouvrage paraîtra au mois de mars 1885. — Paris, Félix Alcan.

Étude sur le choléra, d'après un rapport présenté à M. le ministre de l'intérieur sur l'épidémie de 1884 dans l'arrondissement de Brignoles (Var). — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17233.

N° 4. — SAMEDI 10 JANVIER 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 10 JANVIER 1885. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La pneumonie et les pneumonies

Pneumonie franche, lobaire à « frigore ».

Un malade est entré, dans les premiers jours de décembre, dans le service de la clinique de M. le professeur Hardy à la Charité, présentant les symptômes d'une pneumonie, partie au premier, partie au deuxième degré. Il se plaignait d'un point de côté, toussait; il avait, au moment de son admission, 39°,7 de température et 108 pulsations. On constatait à la percussion de la matité dans tout le côté; à l'auscultation, des râles crépitants abondants et du souffle par places. Aucun signe de pleurésie d'ailleurs, nulle autre complication. Les urines étaient fébriles, rares, foncées et troubles.

Questionné sur ses antécédents et sur les circonstances qui avaient précédé immédiatement la manifestation de la maladie, il donne avec une netteté et une précision parfaites les renseignements suivants : d'abord, comme antécédent morbide, il accusait une pneumonie qu'il avait eue en 1848. Depuis cette époque, il s'était toujours bien porté. Il était dans ces bonnes conditions de santé habituelle lorsque, un dimanche matin, étant allé au marché des Ternes, il ressentit, sur la place même de ce marché, un froid très vif. Il quitta la place pour regagner son domicile, au Marais. Il fit ce trajet, par le froid vif et piquant de cette journée, sur l'impériale de l'omnibus, traversant ainsi une grande partie de Paris, souffrant et grelottant. Arrivé chez lui, il eut beaucoup de peine à se réchauffer. Il dîna néanmoins, mais il ne tarda pas à vomir son dîner. Dans la soirée, il fut pris d'un frisson intense et dès la nuit suivante il éprouvait, en même temps qu'un grand malaise, un violent point de côté; il se mit à tousser. La persistance de ces symptômes le décida, deux jours après, à se faire admettre à la Charité.

Ce malade a été soumis immédiatement au traitement suivant : ipécacuanha au début; cinq ventouses scarifiées sur le côté; légère purgation; potion pectorale au quinquina; bouillon et repos au lit.

Le cinquième jour de l'invasion, troisième de l'entrée à l'hôpital, la pneumonie était en pleine défervescence. Le neuvième jour la guérison était complète.

Vu la marche régulière, typique de cette affection, l'absence de toute complication, la rapidité de la guérison, pouvait-on voir là autre chose qu'une pneumonie simple, franche, une vraie phlegmasie pulmonaire *à frigore?* Ici l'action immédiate du froid ne pouvait un instant être mise en doute. Aussi M. Hardy n'hésita-t-il pas à qualifier ainsi la maladie de cet homme. Pour mieux justifier son diagnostic, il a, dans une de ses leçons, rapproché ce fait de ceux dans lesquels on ne veut voir aujourd'hui qu'une maladie infectieuse parasitaire, profitant de ce rapprochement pour présenter quelques objections à cette nouvelle doctrine. Nous résumerons plus loin son argumentation. Il nous a paru que l'occasion était bonne pour exposer sommairement ici un rapide historique et l'état présent de la question qui occupe aujourd'hui le monde médical presque tout entier.

Les pneumonies infectieuses.

Nous sommes déjà loin aujourd'hui, quoiqu'il n'y ait guère plus d'une vingtaine d'années, de l'époque où l'École de Paris enseignait encore que la pneumonie était une phlegmasie engendrée par l'action du froid, une pneumonie ne différant d'une autre que par son étendue, ses degrés ou ses complications. Il est vrai que déjà Grisolle, dans la deuxième édition de son « Traité *ex professo* de la pneumonie », faisant un retour vers le passé, admettait, indépendamment de nombreuses complications, des formes diverses telles que les pneumonies bilieuses, typhoïdes, intermittentes, et, avec plus de réserve, des pneumonies rhumatismales, puerpérales, traumatiques, enfin des pneumonies consécutives à d'autres affections aiguës ou chroniques. Le fait de la diversité de modalité des pneumonies était donc admis en principe comme en fait. C'est ce qu'exprimait M. Peter dans le premier volume de ses leçons de clinique médicale, lorsque, appliquant aux pneumonies en particulier cette proposition de Fréd. Hoffmann, qu'il n'y a pas de maladie, qu'il n'y a que des malades, il disait : Il n'y a pas une pneumonie, mais des pneumoniques. Enfin MM. Marrotte, Hirtz, Parrot, avaient cherché à restaurer l'idée ancienne de la fièvre pneumonique, maladie *totius substantiæ* enseignée autrefois à l'École de Montpellier et à Paris même par Cayol et son école.

Mais il ne fallait pas moins que la révolution produite en pathologie générale par les nouvelles théories microbiennes pour bouleverser de fond en comble les notions courantes sur la nature et particulièrement sur l'étiologie de la pneumonie. Ainsi que l'a fait remarquer très justement M. Henri Barth dans un très remarquable article sur ce sujet publié par la *Revue des sciences médicales*, ce n'est pas un des épisodes les moins curieux de la révolution qui s'opère en ce moment en médecine que le revirement qui s'est produit dans la manière d'envisager la pneumonie. Il ne s'agit plus aujourd'hui de se demander si la pneumonie est une maladie primitivement générale se localisant secondairement ou une simple phlegmasie locale, s'il faut distinguer de la pneumonie franche, des pneumonies symptomatiques, secondaires, sous la dépendance d'affections diverses ou d'états diathésiques, si elle peut être le résultat de plusieurs influences toxiques. La pneumonie, d'après les idées les plus récentes, redeviendrait une maladie infectieuse spécifique, c'est-à-dire toujours identique, due qu'elle serait à l'action d'une cause unique, spécifique elle-même, à un microbe particulier et toujours le même.

Il n'est pas sans intérêt de suivre la marche progressive et rapide des idées qui, en un laps de temps relativement très court, ont conduit au résultat où l'on croit être arrivé aujourd'hui. C'est Jurgensen qui paraît avoir le premier donné l'impulsion en Allemagne, en jetant dans la circulation cette proposition : « La pneumonie fibrineuse est une maladie générale, l'inflammation pulmonaire n'est qu'un symptôme local qui n'explique pas suffisamment à lui seul l'ensemble des phénomènes morbides ; il faut admettre une cause morbide spéciale et classer la pneumonie parmi les maladies infectieuses. » Jusque-là ce n'était guère qu'un retour déguisé aux idées anciennes, antérieures à celles qu'avait introduites parmi nous l'école anatomo-pathologique. Mais cette sorte d'appel à l'opinion avait au moins ce mérite de répondre à un ordre d'idée générale plus juste que celle d'une simple localisation phlegmasique, et de mieux faire saisir dans leur ensemble les faits divers et parfois contradictoires en apparence que révèle l'observation journalière. C'est dans l'histoire des épidémies de pneumonie, surtout, que cette proposition trouvait sa raison d'être. En effet, des épidémies de pneumonie observées successivement en Hanovre en 1875-1876, à Florence en 1878, en Norwège en 1879, dans le pénitencier d'Amberg en 1880, dans l'armée anglaise de l'Inde en 1881, à Riethnord-Lausen et à Lustnau dans la même année, à Zang dans les Alpes Souabes en 1882 ; enfin des épidémies de maisons signalées depuis en divers lieux, et la petite épidémie que M. le professeur G. Sée a observée à la même époque dans son service de l'Hôtel-Dieu, et qui lui a fourni le texte de plusieurs leçons sur les pneumonies infectieuses, dans lesquelles il admet, à côté de la pneumonie lobaire franche, une pneumonie fibrineuse qui ne diffère en rien comme lésions anatomiques et comme signes locaux de la pneumonie ordinaire, mais qui s'en distingue par son caractère infectieux, c'est-à-dire par son retentissement sur les autres organes, la rate, les reins, les séreuses, etc., et en ce qu'elle constitue parfois de véritables épidémies ; tous ces faits fournis par l'observation sont venus donner à cette idée un appui puissant.

Cette détermination de l'existence d'un groupe de pneumonies infectieuses se justifie encore par des arguments empruntés les uns à l'importance des phénomènes généraux dans beaucoup de cas et de leur prédominance, notamment dans les pneumonies dites asthéniques ; d'autres, aux accidents nerveux graves ataxo-adynamiques, à la splénotrophie, à l'albuminurie, à l'ictère, aux hémorragies, à l'affaiblissement du cœur, à la pleurésie, à la péricardite, à l'endocardite, à la néphrite, à la méningite, qui viennent se surajouter souvent à la pneumonie. Et on n'a pas manqué de les invoquer.

Il ressortait donc de cet ensemble d'observations un premier fait incontestable, c'est l'existence fréquente des pneumonies à l'état épidémique, fait qui n'était pas entièrement nouveau pour nous, qui avions eu plusieurs fois l'occasion d'en signaler des exemples.

Un deuxième ressort également de cette sorte d'enquête, dont nous n'avons pu présenter ici tous les éléments : c'est que pour la plupart de ces épidémies, sinon pour toutes, on serait mal fondé à en rechercher la cause dans l'action banale et unique du coup de froid ou d'influences météorologiques plus générales.

Écartant donc le coup de froid, les influences hygiéniques, l'action du régime, comme autant de conditions qui peuvent agir sans doute à titre d'influences occasionnelles ou prédisposantes, mais manifestement insuffisantes en elles-mêmes pour faire naître et évoluer ces pneumonies épidémiques, infectieuses, on a été conduit à en chercher la véritable cause ailleurs, c'est-à-dire dans des agents extérieurs à l'économie, mais qui, en y pénétrant, y développent une modalité morbide spéciale, en d'autres termes dans un germe infectieux quelconque. Mais quel est ce germe ? De quelle nature est-il ? D'où vient-il ? Comment pénètre-t-il dans l'organisme ?

C'est ici qu'interviennent, pour résoudre la question étiologique, les recherches du microbe de la pneumonie.

Le microbe de la pneumonie.

Des recherches de Klebs en 1877, de celles d'Eberth en 1881, de Koch en 1882, de Werner, de Leyden, de Mendelssohn, de Friedlander en 1883 ; enfin de celles toutes récentes de M. Talamon, parmi nous, est issue l'étiologie, et cette pathogénie nouvelle de la pneumonie, qu'on tend aujourd'hui à nous imposer. De toutes parts, des témoignages et des adhésions se manifestent en faveur de la nouvelle doctrine.

Dans une communication faite au mois de mai dernier à la Société de biologie (voyez *Gazette des hôpitaux*, n° du 7 juin 1884), M. Cornil, analysant les résultats d'une étude expérimentale de M. le docteur Afanassiew (de Saint-Pétersbourg) sur les microcoques de la pneumonie, exprime dans les termes suivants les conclusions de cette étude, qu'il déclare adopter et prendre pour son compte :

« Dans la production de la pneumonie croupeuse, les microcoques jouent toujours un rôle actif. La pneumonie résulte probablement de l'action de plusieurs microbes, très voisins par leurs formes et par leurs dimensions... Tous ces faits rendent admissible l'hypothèse d'après laquelle les différentes causes qui affaiblissent l'organisme, telles que le refroidissement, les fièvres éruptives, etc., sont des circonstances adjuvantes au développement des microcoques de la pneumonie, et par conséquent de la pneumonie croupeuse elle-même. »

A cela M. Cornil ajoute qu'il a retrouvé ces microcoques dans des foyers de pneumonies survenues dans le cours de la fièvre typhoïde, de la rougeole, de la phtisie pulmonaire.

Aussi, en faisant intervenir comme nécessaires au développement de la pneumonie un état d'affaiblissement et les microcoques, tient-il pour bonnes les conclusions de M. Afanassiew.

Enfin, tout récemment, M. G. Sée, dans une communication à l'Académie des sciences, faisant un pas de plus sur le terrain de la doctrine étiologique parasitaire, déclare ne pouvoir plus admettre la dualité qu'il admettait encore il y a deux ans par une sorte de respect de la tradition, la pneumonie, qu'elle se produise à l'état sporadique ou à l'état épidémique, étant toujours parasitaire. Pour lui, l'inflammation du poumon a toujours pour cause un microphyte spécial mis au contact du tissu pulmonaire et s'y multipliant. Elle reste locale tant que le parasite ne dépasse pas les limites de l'appareil pulmonaire : c'est la pneumonie simple. Elle s'étend et se généralise lorsque le microbe envahit les organes voisins ou qu'il pénètre dans la circulation générale : c'est la pneumonie infectieuse.

M. Sée appuie ses affirmations sur les observations et sur les expériences faites sous ses yeux par son ancien chef de clinique, M. Talamon, dans le laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

Le parasite de la pneumonie, d'après M. Talamon, serait un micrococcus ovalaire de 1 μ à 1 μ et demi de long sur un demi μ à 1 μ de large; il l'a constamment retrouvé dans les parties du poumon hépatisé. Vu dans l'exsudat fibrineux, il a la forme d'un grain de blé. Cultivé dans un milieu liquide, dans une solution d'extrait de viande alcalinisée, il s'allonge, s'effile et prend l'aspect d'un grain d'orge. Il est tantôt isolé, tantôt accouplé par deux, sous forme de diplococcus, parfois en chaînette de quatre.

La description de M. Talamon ne diffère de celle de Friedlander que par l'absence, autour des coccus ou cocci pneumoniques, de la capsule décrite par l'auteur allemand comme constituant l'élément essentiel caractéristique du parasite, phénomène qui a été démontré depuis inconstant et sans valeur dans l'espèce.

M. Talamon ne s'est pas borné à cette première constatation. Il a isolé le micrococcus, il l'a cultivé dans un milieu liquide ou solide et inoculé à des animaux. Ce micrococcus inoculé a reproduit la pneumonie lobaire telle qu'on la voit chez l'homme.

Telle est la dernière étape de l'évolution rapide qu'a subie l'histoire de la pneumonie en un petit nombre d'années. Serait-ce la dernière? C'est peu probable. Où s'arrêtera-t-elle? On ne saurait le prévoir. Quelles vont en être les conséquences au point de vue thérapeutique? C'est là le point essentiel sur lequel nous aurons à revenir.

Quelles objections peut-on faire à cette nouvelle doctrine étiologique et pathogénique de la pneumonie? — Voici d'abord celles qu'a faites M. le professeur Hardy dans la leçon qui a été le sujet et le point de départ de cette revue.

Objections à la théorie microbienne de la pneumonie.

Pour M. Hardy, les arguments invoqués par les partisans de la nouvelle théorie de la pneumonie parasitaire ne sont pas encore de nature à entraîner complètement la conviction. Il lui paraît d'abord difficile de nier l'influence du froid; elle est des plus manifestes chez le malade qui a été le sujet de cette discussion.

L'argumentation tirée des constitutions médicales le touche peu, ces constitutions résultant de l'ensemble des influences saisonnières, atmosphériques.

Les épidémies de pneumonie qui ont été signalées dans quelques pays ne lui paraissent pas à l'abri de toute suspicion. Ne s'agirait-il pas, dans ces épidémies, de simples complications pulmonaires, de grippes ou de fièvres typhoïdes?

La contagion de la pneumonie ne lui paraît pas avoir été démontrée d'une manière formelle. Quant à lui, il n'a jamais eu l'occasion de le constater.

La fréquence des récidives dans la pneumonie lui paraît constituer un argument contre la théorie de l'infection, les maladies infectieuses pour la plupart conférant l'immunité.

Les objections tirées des symptômes généraux sont plus sérieuses à ses yeux. Il convient que les manifestations générales ont une grande importance dans l'affection dont il s'agit et qu'elles ont une large part dans les indications pronostiques et curatives; mais il persiste à penser qu'elles ne constituent pas toute la maladie. D'ailleurs, si les accidents locaux ne se montrent souvent qu'après les symptômes généraux, cela peut tenir, dans quelques cas au moins, à ce que la pneumonie est profonde, centrale à ses débuts, et que les signes physiques ne deviennent appréciables que lorsque la lésion a gagné les parties superficielles de l'organe. Souvent, d'ailleurs, les deux ordres de phénomènes sont simultanés. Enfin il existe un rapport beaucoup plus direct qu'on ne l'a dit entre les symptômes généraux et l'étendue des lésions pulmonaires. Si l'on en excepte les sujets cachectiques chez lesquels l'organisme ne réagit que faiblement, il y a presque toujours une proportion entre l'état local et l'état général.

La température est moins élevée dans la pneumonie que dans les pyrexies infectieuses. Son cycle n'a rien de bien caractéristique au point de vue de la nature de la maladie; sa marche est loin d'être régulière dans tous les cas, certaines pneumonies entrant en résolution dès le quatrième, le cinquième ou le sixième jour, tandis que d'autres persistent jusqu'au douzième et même au delà.

Enfin l'augmentation de fibrine dans le sang, qui fait défaut dans les pyrexies, tandis qu'elle caractérise toutes les phlegmasies, reste encore un des caractères propres de la pneumonie et la distingue des maladies infectieuses.

Arrivant à l'argument tiré de la découverte d'un microorganisme propre à la pneumonie, M. Hardy ne voit point qu'il y ait accord entre les différents observateurs sur les caractères de ce microbe, celui que décrit M. Talamon n'étant pas semblable à celui de Friedlander.

Les résultats des inoculations ne sont pas beaucoup plus concordants. Celles de Friedlander sont loin d'avoir donné des résultats constants et décisifs; plusieurs animaux se sont montrés réfractaires. Celles de M. Talamon sont plus constantes dans leurs effets et plus probantes; mais en injectant les produits de culture directement dans le poumon, à l'aide d'une seringue Pravaz, s'est-il mis suffisamment en garde contre l'effet direct du traumatisme? Les pneumonies expérimentales qui ont été obtenues ne peuvent-elles pas, jusqu'à un certain point, être assimilées aux pneumonies traumatiques?

Cependant M. Hardy ne se refuse pas à admettre l'existence de pneumonies infectieuses. Oui, dit-il, chez les gens surmenés, chez les typhiques, chez les varioleux, chez les sujets atteints de septicémie, chez les individus exposés par leur profession aux émanations de matières organiques en décomposition, on observe une altération pulmonaire d'une nature spéciale, qu'on peut ranger parmi les maladies infec-

tieuses. Mais cette affection est à ses yeux distincte de la pneumonie commune. Ici les phénomènes généraux dominent et revêtent d'emblée une grande intensité, tandis que les signes locaux font presque défaut ou sont réduits à des proportions minimes. La température s'élève comme dans les pyrexies ; il y a de la diarrhée, de l'abattement, de la stupeur, du gonflement de la rate, de l'albuminurie, tous phénomènes qui manquent dans la pneumonie franche. — Voilà pour moi, dit M. Hardy, la pneumonie infectieuse. — Mais, à côté, il pense qu'il faut laisser debout la pneumonie franche, fibrineuse, lobaire, maladie locale, non épidémique ni contagieuse, et qui est le type des phlegmasies locales.

— Telle est, en substance, la critique, faite par M. Hardy, de la nouvelle théorie étiologique de la pneumonie, qui la ramènerait ainsi à un type unique, par l'unicité même de sa cause. Cette critique n'exclut pas, comme on le voit, certaines concessions. Pour notre compte, tout disposés que nous soyons à adopter le progrès, d'où qu'il vienne, il nous est imposé de faire des réserves : d'abord sur la question même de fait, l'existence constante d'un micro-organisme spécial et identique dans tous les cas de pneumonie, qui, jusqu'à ce que l'accord complet se fasse entre les différents observateurs, ne peut et ne doit être accepté encore que sous bénéfice d'inventaire ; en second lieu, sur la valeur même de ce fait, sur les conséquences à en tirer, au point de vue de la conception pathogénique et l'influence qu'il devra avoir, en pratique, sur le pronostic ainsi que sur le traitement. Quelle que soit l'importance du rôle que l'on prétend donner au micrococcus dans la génération et dans l'évolution de la maladie, il nous sera toujours bien difficile, en présence de l'infinie variété des formes et des degrés de gravité sous lesquels l'observation nous la présente, de ne voir dans tous les cas qu'un type unique, et de mettre, par exemple, sur le même plan, la phlegmasie pulmonaire résultant d'une contusion sur la poitrine, d'un coup d'épée, ou de l'action brusque ou continue du froid et toute la série des pneumonies secondaires ou liées à des états diathésiques, des pneumonies épidémiques, typhoïdiques, varioliques, rubéoliques, scarlatineuses, grippales, etc., groupées non sans quelque apparence de fondement sous l'étiquette générale de pneumonie infectieuse.

Toutes ces questions seront à reprendre ; et nous n'y faillirons pas à l'occasion.

FISTULES URÉTRALES NON URINAIRES (1)

Par M. le docteur RELIQUET.

V

Il est bien difficile de ne pas admettre ici que ces graviers ne se sont pas développés dans le trajet fistuleux. Ainsi, certainement après les premiers abcès qui ont été ouverts, il y a vingt ans, et par les ouvertures desquels on n'a jamais vu sortir d'urine, celle-ci a dû filtrer d'une façon continue dans le conduit glandulaire et y a déposé pendant ce long temps les couches de ces calculs. Il est absolument impossible d'admettre que ces calculs ont pénétré directement de l'urètre dans le trajet fistuleux, en raison de leur volume, car cela supposerait une ouverture urétrale telle que le passage de l'urine par le trajet aurait existé aussitôt après l'ouverture de l'abcès, et l'urine n'aurait pas passé goutte à goutte, et seulement lorsque la cicatrice était presque complète.

Pour moi, ces graviers se sont développés dans la continuité d'une cavité glandulaire, et ce n'est que par le dernier abcès ouvert que la communication de la glande avec l'extérieur s'est établie et que ces graviers ont pu descendre vers la peau.

Ainsi l'urine peut entrer dans les cavités des glandes périphériques à l'urètre ; pour moi, ce fait en est une preuve, car il n'est pas possible que ces graviers se soient développés dans une poche urineuse ordinaire existant aux dépens des tissus, sans épithélium isolant. S'il en avait été ainsi, les tissus baignés pendant un temps aussi long par l'urine auraient certainement subi les altérations constamment produites par l'urine, c'est-à-dire l'induration, la suppuration et les abcès de voisinage.

L'urine doit absolument être isolée de l'organisme par une couche épithéliale, pour qu'elle n'ait pas de la façon la plus absolue une action délétère sur les tissus, pour qu'il n'y ait pas l'induration caractéristique des tissus qu'elle baigne, la suppuration, les abcès de voisinage, etc., enfin tout ce qui caractérise la fistule urinaire.

Ici nous n'avons rien de cela ; les tissus qui entourent le trajet n'ont jamais été le siège d'une induration, et il ne se forme pas d'abcès périphérique. Il y a l'odeur infecte, rappelant celle du sperme en putréfaction, du liquide qui s'échappe de l'abcès au moment de l'ouverture, mais il n'y a pas de sphacèle, et depuis cette odeur n'a pas reparu. L'évacuation de la poche ayant été complète, les lavages fréquents avec l'eau phéniquée ont empêché toute putréfaction locale.

Ce qui m'avait fait conclure dès le début à un abcès d'origine glandulaire, c'est qu'en 1882 j'avais déjà observé chez un malade atteint de rétrécissement de l'urètre, une suppuration de glande périphérique à l'urètre se vidant par ce canal et répandant une odeur semblable.

Comment se fait-il que pendant si longtemps il ne se soit rien produit du côté du périnée. Le malade nous dit qu'il a depuis longtemps de la gêne dans ses parties quand il va en chemin de fer, mais qu'après des bains et quelques jours de repos tout se remettait, qu'il ne souffrait plus et urinait comme avant. Le passage des sondes lui permettait aussi d'uriner plus facilement. Évidemment, il restait là dans le périnée contre l'urètre une épine, les graviers, qui sous l'influence du voyage, du séjour en chemin de fer se manifestait un peu, mais pas avec plus d'intensité que ce qui se produit chez les sujets qui ont un rétrécissement de l'urètre seul. A ces moments de douleurs, de gênes locales, y avait-il une tuméfaction locale au-dessous de l'urètre ? Nous n'avons pas pu être renseigné sur ce point. En tout cas, la résolution s'en faisait vite. Ainsi, pour expliquer la formation de ces petits calculs dans le périnée, il faut que l'urine ait pu pénétrer dans une cavité existant dans le périnée et s'y renouveler incessamment, car sans cela les calculs n'auraient pas pu se développer ; et il a fallu que cette poche ait sa cavité isolée de l'organisme, soit tapissée d'épithélium pour que les altérations des tissus propres aux tumeurs urineuses et aux fistules urinaires ne se produisent pas.

C'était comme un diverticulum glandulaire sur la continuité de l'urètre, où l'urine se renouvelait à chaque miction, sans en provoquer l'induration des parois.

Certainement, chez ce malade, malgré ce passage de quelques gouttes d'urine, il serait possible d'obtenir la gué-

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 décembre 1884.

rison complète. Après avoir enlevé tous les graviers qui sont dans le trajet fistuleux, on pourrait facilement, par le drain et la canule-drain en argent très fine, arriver à la cicatrisation complète de tout le trajet, depuis la glande jusqu'à la peau. Dans les fistules urétrales qui ont pour origine l'abcès d'une glande périphérique à l'urètre, dont la propriété principale est de laisser passer par l'urètre le liquide injecté par l'orifice cutané, sans que l'urine revienne de l'urètre à l'orifice cutané, même lorsqu'elles laissent passer l'urine comme dans ce dernier fait, la proportion de l'urine qui passe est très faible, surtout comparée au flot de l'injection qui de la peau sort par l'urètre, et même dans ces cas les parois des trajets fistuleux ne s'indurent pas comme dans la fistule urinaire vraie.

Quelquefois le phlegmon de la glande de Cowper, au lieu de se développer en avant vers les bourses, se développe en arrière vers le rectum et s'ouvre dans le rectum. J'en ai observé un fait en 1872 avec le docteur Abadie.

Obs. VI. — Il s'agit d'un homme de trente ans, très solide. Il y a plusieurs années, pendant une chaudepisse aiguë, il se forma une tumeur au périnée, dans le triangle gauche, qui provoqua de très grandes difficultés pour uriner et des douleurs violentes dans l'anus jusqu'au moment où elle se vida dans le rectum.

Actuellement existe à la même place une tumeur, exactement limitée à la moitié postérieure du triangle gauche du périnée, qui, même lorsqu'elle est à son complet développement, ne s'étend pas en avant, n'envahit pas sur le côté droit du périnée en dépassant le raphé médian, et ne dépasse pas à gauche le sillon fessier. Ainsi développée, elle est peu douloureuse au toucher. Elle est manifestement fluctuante.

Elle se vide complètement, au moment du coït, dans le rectum, ce qui épouvante le malade; il se figure qu'il éjacule par l'anus. Le liquide ainsi évacué est très visqueux, purulent. Immédiatement après le coït, la tumeur est tout à fait affaissée, la saillie de la moitié postérieure du triangle gauche du périnée n'existe plus.

Il y a des troubles de miction qui suivent exactement le degré de développement de la tumeur, qui, aussitôt vidée par le coït, recommence à se développer à nouveau. Quand le coït vient d'avoir lieu, la tumeur n'existe plus; les mictions sont à des intervalles normaux; à mesure que la tumeur se développe, les envies d'uriner deviennent de plus en plus fréquentes; la sortie de l'urine, le maintien du jet, nécessitent un effort de plus en plus énergique et continu. Manifestement, la vessie ne se vide pas.

Malgré ces efforts pour uriner, le liquide épais qui constitue la tumeur n'est pas chassé dans le rectum. Souvent, avec les garde-robes, il sort un peu de ce muco-pus visqueux; mais, si énergiques que soient les efforts de défécation, la poche ne se vide pas et continue à se remplir, à se distendre jusqu'à la prochaine éjaculation.

Du côté de l'urètre, il n'y a pas d'écoulement, pas de rétrécissement. Lorsque la miction est très difficile, la tumeur étant très développée, une grosse bougie n° 22 passe facilement dans l'urètre.

La pression directe sur la tumeur très grosse ne fait rien sortir par l'urètre, à peine s'il sort quelques gouttes de ce muco-pus par l'anus.

Le spéculum ani nous fait voir, sur la paroi antérieure du rectum, à plus de trois centimètres au-dessus de l'anus, une goutte du liquide glaireux purulent faisant saillie dans un orifice à bords sans bourrelet. Cette ouverture, qui paraît ronde, la paroi de l'intestin étant tendue par le spéculum, a de quatre à cinq millimètres de diamètre.

Nous faisons l'opération de la fistule à l'anus avec le constricteur de Maisonneuve.

La tumeur étant très développée, je la ponctionne avec le bistouri à sa partie la plus antérieure. J'introduis une sonde cannelée très solide et je la conduis jusqu'au point le plus élevé, le plus reculé de la poche, vers le rectum, qui est plus d'un centimètre au delà de l'ouverture dans le rectum.

Un doigt dans le rectum, je sens l'extrémité de la sonde cannelée contre la paroi intestinale; par pression sur ce doigt, je traverse cette paroi avec la sonde cannelée. Alors, je passe le fil de fer qui dans son anse comprend toute la paroi périnéo-rectale de la tumeur, dont je fais la section.

Au fond de cette large plaie, dans l'angle, entre la branche montante de l'ischion et le bulbe, contre celui-ci, nous voyons très distinctement une petite masse glandulaire, grosse comme un pois chiche, qui ne peut être que la glande de Cowper.

Le pansement est fait avec de la charpie imbibée d'eau phéniquée. La cicatrice est soigneusement conduite du fond à la surface. Pendant longtemps, deux mois, il resta un petit trajet, qui finit par se cicatriser, et les accidents n'ont pas reparu.

Le fait de l'évacuation complète des liquides accumulés dans la dilatation d'une fistule de glande de Cowper seulement par l'éjaculation est fréquent ; M. Desprès en cite des cas.

Mais sans ce fait j'aurais pu extraire de suite la glande ; j'aurais évité la lenteur de la guérison et les craintes de ne pas obtenir la guérison après l'opération.

Quoi qu'il en soit, ce fait démontre une fois de plus que l'ouverture spontanée de la cowpérite suppurée peut se faire dans le rectum, et c'est ce fait qui m'a permis d'expliquer pourquoi, dans un cas que j'ai observé récemment avec le docteur Chevalet, le liquide injecté par l'orifice rectal revenait à flot par l'urètre, sans que jamais le malade ait eu la sensation du passage de l'urine dans le rectum et l'anus, et sans que nous ayons pu voir une goutte d'urine sortir par l'anus au moment de la miction.

ACTION MESURÉE AU DYNAMOMÈTRE

DES POISONS DITS MUSCULAIRES SUR LES MUSCLES DE LA VIE DE RELATION

Par M. le docteur Quinquaud.

En adaptant un dynamomètre spécial au tendon d'un muscle, en excitant son nerf avant et après l'empoisonnement, on peut mesurer la force musculaire dans ces deux conditions.

On opérant ainsi, nous sommes arrivé aux conclusions suivantes :

Le *sulfocyanure de potassium* ne diminue pas la force musculaire ; ainsi un chien pesant 12 kilogrammes possède encore une force musculaire de 8 kilogr. 1/2 au moment de la mort, produite par le sulfocyanure, tandis que la normale était de 9 kilogrammes.

Mêmes résultats par le *nitrate de plomb*, qui n'agit pas sur la force musculaire ; sur un chien de 10 kilogrammes, empoisonné par ce toxique, on note 9 kilogrammes, 9 kilogr. 1/2 immédiatement après la mort, tandis que la normale était de 10 kilogrammes.

Le *chlorure de baryum* n'abolit pas la force musculaire ; avant l'injection de cet agent, la force dynamométrique était de 7 kilogrammes et de 6 kilogr. 1/2 après l'intoxication par ce poison.

Dans l'empoisonnement par la *vératrine*, la force musculaire reste à peu près la même qu'à l'état physiologique. Sur un chien pesant 15 kilogrammes, le dynamomètre marque 10 kilogr. 1/2 avant l'injection du poison, et, aussitôt après la mort, l'aiguille donne 9 kilogr. 1/2.

Enfin le *venin* de crapaud peut tuer sans déterminer une diminution de la force musculaire. Sur un chien de 11 kilogrammes, on injecte une petite quantité de ce venin dans la veine saphène : l'animal meurt en vingt-cinq minutes. Avant l'injection, la force

dynamométrique était de 14 kilogrammes; après l'injection et immédiatement après la mort, la force musculaire était de 12 à 13 kilogr. 1/2.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 janvier 1885. — Présidence de M. Marc SÉE.

COMMUNICATIONS

De la réunion dans les amputations du sein. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait un rapport sur une note de M. Mouchet relative à la réunion immédiate, partielle ou totale, dans les amputations du sein. Il rappelle la discussion qui subsiste à ce sujet, les uns recherchant toujours la réunion, d'autres choisissant les cas, d'autres enfin la proscrivant toujours. M. Mouchet a eu onze succès sur onze cas, grâce au pansement de Lister.

M. Lucas-Championnière considère la réunion immédiate comme nécessaire et sans aucun danger si l'asepsie est parfaite. Au sein, dit-il, la protection de la plaie demande beaucoup de méthode et est plus difficile que partout ailleurs. On peut se passer du pulvérisateur pour l'opération, il vaut mieux le prendre pour les pansements. L'hémostase doit être parfaite; les sutures, très nombreuses et faites de préférence avec du crin de Florence; les sutures profondes sont inutiles, M. Lucas-Championnière insiste sur l'importance capitale du drainage. Il se sert d'un gros tube en caoutchouc durci, qu'il passe toujours par une contre-ouverture et non par la plaie opératoire. Ce tube est supprimé de bonne heure. Le premier pansement est fait le lendemain. L'addition d'un peu d'iodoforme est une bonne chose. Avec ces précautions, M. Lucas-Championnière a toujours obtenu la réunion profonde. Celle de la peau peut échouer. Rarement la réunion profonde est tardive, mais il n'y a pas d'accidents. Dans un cas il eut un érysipèle, mais c'était à la campagne et il n'avait pas été fait d'antisepsie. Le huitième jour, généralement, tout est guéri. La rapidité de la guérison est un avantage indiscutable.

M. VERNEUIL est partisan de l'absence de réunion. M. Lucas-Championnière reconnaît lui-même qu'elle est plus difficile au sein que partout ailleurs. C'est déjà là un aveu important. M. Trélat a dit à l'Académie, il y a quatre ou cinq ans, qu'il faisait depuis peu de bonnes réunions immédiates. Que feront alors les jeunes chirurgiens ou ceux qui opèrent peu!

C'est donc difficile. C'est quelquefois même impossible, comme, par exemple, lorsqu'on enlève toute la peau de la mamelle. Comment alors réunir! Si l'on fait une opération parcimonieuse, en gardant la peau pour réunir, on s'expose à des récidives, de ce chef et en l'absence de l'influence de la réunion elle-même. Sur trente-cinq opérées du sein, M. Verneuil a eu un cas de mort, deux mois après l'opération, par la marche très rapide du cancer. Pas d'érysipèle ni aucun accident. La température est rarement montée jusqu'à 39 degrés. Il a toujours eu recours au pansement antiseptique ouvert. L'année dernière, sur une femme jeune et petite, M. Verneuil enlève une tumeur adénoïde; il cherche la réunion immédiate et a recours au drainage. Cette malade a eu un érysipèle formidable. Elle avait eu une variole grave quelques années auparavant. Avec le pansement ouvert, le temps moyen de la guérison est de deux mois; mais les malades se lèvent dès le douzième jour. Elles peuvent retourner en province dès le quinzième jour, avec une plaie plate analogue à une brûlure. On peut rencontrer quelques femmes extrêmement grasses, avec des fusées purulentes et des suppurations profuses; mais généralement les pansements antiseptiques ouverts sont d'une extraordinaire simplicité : il n'y a pas à s'en occuper. Donc, d'un côté, rapidité pleine de perplexité; de l'autre, lenteur pleine de placidité.

Il y a des cas où l'on pourrait réunir; mais, dans ces cas, il n'y a aucun inconvénient non plus à ne pas réunir.

M. DESPRÉS dit que tous les chirurgiens arrivés à la période de maturité sont de l'avis que vient d'émettre M. Verneuil, après Velpeau et Nélaton. La réunion immédiate est un trompe-l'œil, disait Velpeau. La guérison en cinq jours est tout à fait exceptionnelle. Il faut généralement compter quinze jours. M. Després, comme pansement, emploie la charpie cératée. Il n'a pas eu de morts, pas d'érysipèles. La conservation de la peau, ajoute-t-il, prédispose aux récidives. Les suppurations prolongées, au contraire, mettent à l'abri davantage des récidives; c'était du moins ce que pensaient Lisfranc, Nélaton, Adolphe Richard, etc. La moyenne des récidives est de deux ans.

M. TRÉLAT n'est pas en désaccord avec M. Verneuil. La réunion immédiate, dit-il, est souvent difficile, c'est vrai; mais ce n'est pas là une objection. Roux, Nélaton, Velpeau, ne sont pas en question; ils ne savaient pas ce que c'était qu'une réunion primitive. Les conditions de cette réunion leur échappaient : affrontement parfait, sans traction ni tiraillement; absence de tout corps étranger, contention suffisante, etc. La réunion primitive est parfois impossible, nous sommes parfaitement d'accord; mais il est bien entendu qu'on ne parle pas de ces cas-là quand on parle de réunion. On a parlé de l'économie de la peau pour réunir. Jamais! et j'y insiste par-dessus tout; on enlève d'abord ce qu'il faut et l'on voit après ce qu'il est possible de réunir. Pour toute tumeur non archi-bénigne du sein, subordonner le succès éphémère de la réunion au succès définitif! jamais! Ou dites alors que nous ne savons pas faire un diagnostic.

Pour ce qui est de la récidive, M. Trélat a cité dans ses leçons six observations dans lesquelles la récidive ne s'est montrée que quatre, cinq, six, neuf, et même dix-neuf ans après l'opération. L'objection n'a donc aucune valeur; on n'a pas fait une ablation suffisante si la récidive se fait dans la peau.

La bénignité du pansement antiseptique ouvert n'est pas contestable; on l'emploie quand il faut.

M. POLAILLON fait toujours la réunion immédiate quand l'affrontement est possible. Il exerce même un certain tiraillement sur les lèvres de la plaie, au besoin, pour diminuer autant que possible la surface saignante. Il a eu quelquefois des érysipèles, toujours à une certaine distance de la plaie, mais jamais l'érysipèle n'a entraîné la mort.

M. LE DENTU pense qu'il ne faut pas être absolu. Il n'a pu que très rarement faire la réunion immédiate complète. A moins qu'il ne s'agisse de petites tumeurs chez des femmes maigres, il ne faut jamais exercer de tractions; il faut que l'affrontement se fasse pour ainsi dire spontanément. M. Le Dentu a recours à une pratique mixte, qui consiste à faire la réunion seulement dans une certaine étendue. Il a observé quelques accidents non mortels. Il ne compte que deux morts, dont l'une chez une femme de soixante-douze ans, qui a succombé au shock, quatre-vingt-six heures après l'opération. Pour des raisons diverses, M. Le Dentu n'a pas recours au pansement antiseptique absolu. Quant à la récidive, M. Le Dentu est convaincu qu'il y a des conditions inconnues. Il possède plusieurs cas de survie assez considérable.

M. POZZI pense que, pour la réunion immédiate, il ne faut pas exercer de tractions. Après les sutures profondes, la réunion de la peau peut devenir possible; la réunion est alors même dans de meilleures conditions. Le rapprochement incomplet par sutures profondes seules est souvent avantageux. Une bonne compression, avec l'immobilité absolue, est indispensable pour favoriser la réunion. Enfin M. Pozzi recommande le drainage, par l'aisselle, indépendant de la plaie.

M. MARC SÉE est plus radical que M. Lucas-Championnière lui-même; selon lui, la réunion immédiate est possible et avantageuse après l'ablation de toute la glande et l'évacuation de l'aisselle. Il observe généralement la guérison après huit ou dix jours.

M. DESPRÉS dit que plus on enlève largement, moins on a de chances de récidive. La réunion primitive réussit bien à la lèvre, parce qu'elle est très vasculaire. Il n'en est pas de même dans toutes les régions.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE répond à M. Verneuil qu'en effet l'asepsie est plus difficile au sein qu'ailleurs; mais ce n'est pas une difficulté absolue; c'est une question de précautions.

M. Verneuil a dit que la réunion était quelquefois impossible ; ce n'est vrai que lorsqu'il s'agit de pertes de substances étendues de peau, pertes de substance du reste exceptionnelles. Quant à la récidive dans la peau, ce n'est pas là un argument. M. Lucas-Championnière fait connaître sa statistique. Il a eu un cas de mort par le shock ; un cas de mort par pneumonie aiguë ; un érysipèle à la campagne, dans des conditions déplorables d'asepsie.

Une plaie réunie devenant septique est chose grave, mais seulement alors. M. Lucas-Championnière remplace les sutures profondes par une bonne compression.

Ostéosarcome. — M. HUMBERT communique une observation d'ostéosarcome des côtes avec adhérence au diaphragme.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 janvier 1885, M. le docteur Bailly, médecin inspecteur des eaux de Bains (Vosges), a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décision ministérielle en date du 6 janvier 1885, ont été nommés à l'emploi de stagiaire à l'École du Val-de-Grâce, pour prendre rang du 25 décembre 1884, savoir :

MM. les docteurs Castel, de l'hôpital du Gros-Caillou ; Vallois et Quéhéry, de l'hôpital Saint-Martin ; Goudat, Fradet, Lejour et de Casaubon, de l'hôpital du Gros-Caillou ; de Vésian, de l'hôpital Saint-Martin. — M. Gaillard, pharmacien de première classe, de l'hôpital du Gros-Caillou.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'histologie pathologique, par CORNIL, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et RANVIER, professeur au Collège de France. Tome II, IIe fascicule. 1 vol. in-8° avec 170 figures dans le texte. — Prix : 9 francs. — L'ouvrage complet en 2 forts vol. in-8° avec 577 figures dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, Félix Alcan.

Traité des maladies de la peau, diagnostic et traitement, par le docteur E. GUIBOUT, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus (d'après la méthode du docteur Apostoli), par le docteur Lucien CARLET, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Saint-Louis, avec une figure dans le texte. 1 vol. in-8° de 260 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Leçons de clinique chirurgicale faites à l'hôpital Necker, par le docteur Charles MONOD. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Du mouvement de l'aliénation mentale en France de 1835 à 1882, par le docteur L. LUNIER, inspecteur général honoraire du service des aliénés de France. Gr. in-8° de 20 pages et tableau. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, F. Savy.

Du traitement du cancer utérin, par T. GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, G. Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17236.

53

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

7

INALTÉRABLE, D'UN GOUT EXQUIS.

VIN D'ALMANZA DE LAVOCAT

Au *quinquina, cacao, colombo* et *moka.*

Rétablit les fonctions de l'APPAREIL DIGESTIF, reconstitue les TEMPÉRAMENTS AFFAIBLIS.

Combat sûrement :

ANÉMIE, CHLOROSES, DIARRHÉES, FIÈVRES, etc.

Des flacons à l'essai sont envoyés gracieusement à **MM. les Docteurs** qui en feront la demande : à Lyon, phie LAVOCAT, 42, rue Ferrandière ; à Paris, phie MOPPERT, 51, rue du Temple.

9

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

73

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande à la maison de gros, recevront une bouteille de *vin de Bugeaud* à titre d'échantillon.

84

APPAREILS EN FEUTRE PLASTIQUE

moulés pour chaque cas spécial de *scoliose, cyphose, coxalgie, luxation, mal de Pott,* etc. Conformément à des mesures à nous fournir, collection de bulletins et échantillon de feutre gratis et franco.

Ramie à pansement hygroscopique.

Ramie phéniquée, salicylique, boratée.

Véritables bandes du docteur Martin pour la guérison d'ulcères chroniques.

Fabrique internationale d'objets de pansement, à MONTPELLIER. Directeur : H.-Th. BAESCHLIN.

33

PASTILLES GÉRAUDEL

Agissant par inhalation et par absorption contre les **Maladies des Voies respiratoires** *Seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par l'approbation du Conseil médical de l'Empire.*

Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron, qu'il transporte directement sur le siége du mal. C'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité.

L'étui : **1 fr. 50** dans toutes les pharmacies.

GÉRAUDEL, ph. à Sainte-Menehould (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîtes d'échantillons à MM. les Médec. qui désireraient les expérimenter.

79

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

PURETÉ GARANTIE. — EFFICACITÉ CERTAINE.

« Eviter les préparations similaires à base alcoolique, l'alcool précipitant de leur dissolution les ferments digestifs. » (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138 ; Académie de médecine, 12 août 1879.)

Phie CHAMPIGNY, rues de Berlin et de Clichy, 39. 10, rue du Port-Mahon, et principales pharmacies.

2

CHATEL-GUYON GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concerts Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

7

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

140

HUILE DE FOIE DE MORUE

de HOGG.

Extraite à Terre-Neuve des foies de morues fraîchement péchées.

Sans odeur ni saveur des huiles du commerce.

Rue Castiglione, 2, Paris.

3

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉS PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

143

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

12

NOUVELLE MÉDICATION

Affections cardiaques, rhumatismales, goutteuses.

LE VIN DUFLOT

Macéré de Scille à base de vieux bordeaux

(FORMULE DU DOCTEUR TARTENSON)

est un diurétique qui a le mérite de ne pas congestionner les reins. Administré pendant les repas aux doses de 100 grammes, il produit une diurèse abondante très favorable dans les **Affections cardiaques, rhumatismales, goutteuses,** etc.

(Expérimenté en 1880 par le Professeur M. RAYNAUD à la Charité, et prescrit par la plupart des praticiens.)

Pharmacie DUFLOT, 30, rue de Trévise, Paris, et dans toutes les pharmacies de province.

10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance,* etc.

Paris, Phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

11

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorragies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses : *Leucorrhée,* diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

91

TAMAR INDIEN GRILLON

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation* et affect. qui l'accompagnent : *Hémorrhoïdes, bile, migraine, manque d'appétit, embarras gastrique,* etc., sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc.

Ph. GRILLON, 28, r. Grammont, Paris. Bte, 2 f. 50.

82

Affections de poitrine, maladies des enfants, maladies des os, épuisement.

SIROP PHOSPHATE DE CHAUX GELATINEUX DE TH. GRAS

3gr *phosphate de chaux gélatineux* pr *cuillerée.*

La plus assimilable des préparations phosphatées. N'est pas acide. — Phie 9, r. Le Peletier, Paris.

70

PEPTONATE DE FER ROBIN

Se distingue par son pouvoir nutritif intense, 8,14 % d'Az., 13,70 % FER pur.

Admis officiellement, après ANALYSE, *dans les hôpit. de Paris,* c'est *le plus assimilable,* le *plus agréable* et le *seul* employé *pur, dialysé* (15-20 Gttes par repas). Sous forme de VIN (1 v. à liqueur).

Phie CAZIN, 32, faubourg Montmartre, Paris.

7

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE POITRINE.

SIROP & PATE PIERRE LAMOUROUX

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & PATE AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Broncho-pneumonie et tuberculose commençante; mort.

Nous avons perdu samedi la malade qui était couchée au n° 1 de la salle Sainte-Anne. Cette femme était atteinte d'une broncho-pneumonie très nettement caractérisée, la semaine dernière, par une oppression très vive, par une toux ne s'accompagnant d'aucune expectoration, par des râles sibilants s'entendant à peu près partout, dans toute la poitrine, par des râles sous-crépitants, dont le siège variait d'un jour à l'autre, avec souffle doux, souffle non tubaire mais bien plutôt voilé.

En même temps le pouls était d'une très grande fréquence : nous comptions de 120 à 128 pulsations par minute. La température ne s'élevait pas à moins de 40 degrés. En un mot, la fièvre était intense. La malade était plongée dans un grand abattement, dans une prostration profonde; néanmoins elle n'avait pas du tout de délire et répondait nettement aux questions qui lui étaient posées. De plus, elle avait eu pendant plusieurs jours une diarrhée abondante.

A son arrivée à l'hôpital, son état était déjà très grave et l'on pouvait si bien se demander si auparavant elle n'avait pas eu une fièvre typhoïde, que nous avons dû nous poser la question de savoir si cette broncho-pneumonie n'était pas survenue pendant le cours d'une affection typhoïque. Mais les éléments de diagnostic à notre disposition ne nous ont pas permis de résoudre cette question pendant la vie.

Quoi qu'il en soit, elle était bel et bien atteinte d'une broncho-pneumonie, c'est-à-dire d'une bronchite étendue, diffuse dans tout le poumon, et de plusieurs points de pneumonie n'appartenant pas à la pneumonie lobulaire proprement dite, mais bien plutôt à une congestion variant de siège à certains moments de la journée. Ainsi, le matin, par exemple, nous constations des points pneumoniques au niveau de l'omoplate du côté droit, et le soir à la base du poumon gauche.

En résumé, disons broncho-pneumonie ou, si vous aimez mieux, bronchite généralisée et congestion pulmonaire; en tous cas, état très grave, pronostic des plus sérieux.

Et de fait, cette femme, après un séjour de dix jours dans nos salles, a succombé samedi dernier. Le matin de ce dixième jour, à l'heure de la visite, nous la trouvions agonisant, mais ayant conservé néanmoins toute sa connaissance. Elle avait le véritable facies hippocratique, les traits saillants, les yeux enfoncés, la peau comme rétractée, collée, pour ainsi dire, sur les os de la face. Le front et le nez froids, les extrémités glacées, les ongles cyanosés indiquaient bien manifestement que les poumons ne fonctionnaient plus, que l'hématose ne se faisait plus, bien que le cœur se contractât encore. Mais l'oxygène n'arrivait plus au sang, le sang ne s'artérialisait plus, il sortait veineux; de là l'engourdissement des organes. En même temps nous entendions le râle trachéal des agonisants. Dès ce moment tout espoir était perdu. Cette femme est morte à une heure de l'après-midi.

L'autopsie a été pratiquée et je donne maintenant la parole à M. Rémy pour vous en faire connaître les résultats.

La première question que nous avions à examiner était celle-ci : La malade a-t-elle eu ou non une fièvre typhoïde? Je dois dire tout d'abord que si, à son entrée, cette femme avait présenté les taches rosées lenticulaires si caractéristiques de cette affection, il eût été très difficile de les reconnaître au milieu des nombreuses macules syphilitiques qui recouvraient l'abdomen, macules qui correspondaient à l'état des parties génitales sur lesquelles on apercevait des plaques muqueuses.

Avait-elle eu antérieurement à son entrée une fièvre typhoïde? Nous trouvons sur la muqueuse intestinale des plaques noires au niveau des follicules clos, mais pas la moindre cicatrice d'ulcérations intestinales. Il est bon d'ajouter que la muqueuse se cicatrise si rapidement qu'à ce sujet nous pouvions encore rester dans le doute. Il existe donc seulement une pigmentation plus grande de l'intestin qu'à l'état normal, pigmentation assez analogue à celle qui est produite par l'ingestion de poudres noires. En somme, cette femme ne nous paraît pas s'être trouvée en puissance d'une fièvre typhoïde à son arrivée à la Charité, et si elle a eu cette affection quelque temps auparavant, le début en remonterait à deux mois au moins. La diarrhée dont elle a été atteinte pendant une dizaine de jours est seulement le résultat d'une inflammation de l'intestin, dont la muqueuse présente une certaine rougeur.

Si nous examinons maintenant les poumons, nous trouvons les altérations suivantes : la broncho-pneumonie est des plus manifestes. En certains points même, la lésion ne

est presque arrivée à la caséification du tissu pulmonaire. En effet, aux sommets nous apercevons une véritable pneumonie caséeuse; de plus, les lobules sont indurés, la substance est grisâtre, dure. Nous trouvons même, de-ci de-là, des nodosités provenant de quelque pneumonie caséeuse ancienne, comme si cette malade avait déjà eu autrefois plusieurs autres pneumonies. J'ajouterai que le poumon est carnifié dans tout le reste de son étendue, si bien que si on en projette un fragment dans l'eau il ne surnage pas, mais tombe au fond du vase. Ajoutons que nous avons trouvé au sommet du poumon gauche deux ou trois petits tubercules isolés.

Quant à la bronchite, elle nous est démontrée par une coupe du poumon qui donne issue à du pus que l'on voit sourdre des petites bronches dont l'inflammation est des plus évidentes.

Enfin j'ai rencontré aussi des adhérences de la plèvre par des fausses membranes, ainsi qu'un petit tubercule sous-pleural.

Du côté du poumon droit, nous constatons aussi de la broncho-pneumonie à la base; en ce point, le poumon présente aussi une plus grande densité, une véritable carnification; il ne crépite plus. Il présente aussi ceci de particulier qu'il est emphysémateux à la partie antérieure, et broncho-pneumonique à la partie postérieure. Mais il n'a pas subi de transformation caséeuse. Nous trouvons encore dans ce même poumon droit, au sommet, un tubercule isolé, sans aucune trace d'inflammation périphérique; et de plus, dans un certain point, un véritable îlot où le tissu pulmonaire est revenu, pour ainsi dire, à l'état fœtal, où il est atélectasié.

Au point de vue des organes respiratoires, nous dirons, en résumé, que si cette femme avait vécu, elle aurait conservé une lésion inflammatoire au sommet du poumon, lésion qui se serait peu à peu creusée, si bien que plus tard on aurait trouvé une véritable excavation pulmonaire de nature tuberculeuse.

Des autres viscères nous n'avons que peu de choses à dire : foie gras, exsangue, non amyloïde; cœur très petit, mou, revenu sur lui-même, ses fibres musculaires sont atrophiées; rate saine non hypertrophiée; reins malades, changement de couleur de leur substance corticale qui est devenue blanche, coloration caractéristique de la dégénérescence des tubuli rénaux, non pas de ce que l'on appelle le gros rein blanc, mais bien plutôt analogue à ce que l'on observe dans les maladies infectieuses. Capsule du rein non adhérente; simple dégénérescence des épithéliums avec présence de pus dans les bassinets.

En somme, l'autopsie nous montre comme fait principal l'existence d'une broncho-pneumonie des plus évidentes, qui aurait abouti, avec le temps, à une affection tuberculeuse du poumon. Quant à la fièvre typhoïde, il n'y en avait aucune trace.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Traitement des kystes hydatiques du foie.

Je n'ai que quelques mots à vous dire de la malade que je viens d'opérer, je veux surtout vous parler de l'opération en elle-même.

La malade est une jeune femme qui a des kystes hydatiques du foie; le diagnostic a été vérifié, il y a trois semaines, par la paracentèse qui a donné lieu à la sortie du liquide. La poche kystique est située dans le lobe droit du foie, à une petite distance de la peau; elle mesure $0^{m},15$ de long environ; elle est nettement fluctuante. Enfin elle est de ces tumeurs qui ne sauraient guérir seule, sauf de rares exceptions. Cependant quelquefois le hasard a fait des miracles. L'an dernier est entré dans mes salles un ouvrier qui, à la suite d'un accident de voiture, eut un abcès dans la région voisine du kyste du foie qu'il portait depuis un certain temps déjà; l'abcès devint fistuleux, la tumeur kystique se perfora en avant, un corps étranger, qui n'était autre que la poche kystique vidée, s'engagea dans la fistule; j'en facilitai la sortie et le malade guérit parfaitement. Je pourrais vous citer le fait relativement récent d'un jeune garçon de Montereau, porteur aussi d'une tumeur kystique du foie. Un jour il reçoit un violent coup de poing à l'épigastre, des accidents péritonéaux sérieux se développent, la poche kystique s'ouvre dans l'intestin et par la même voie il rend de nombreux sacs hydatiques vides de leur ancien contenu.

Mais je reviens au procédé opératoire qui est celui que j'applique depuis quinze ans, non pas seulement aux tumeurs hydatiques du foie, mais encore aux abcès froids, aux abcès du foie, etc.

Les kystes hydatiques de la cavité abdominale ne s'extirpent pas; il n'y a, en réalité, qu'une seule manière de les traiter : elle consiste à pénétrer dans la tumeur, à déterminer la mortification des hydatides et à les éliminer ainsi que leurs parois. Cette thérapeutique comprend donc trois temps : 1° l'ouverture de la poche; 2° sa suppuration; 3° son élimination.

Premier temps. — Lorsque l'on a affaire à une tumeur kystique sous-cutanée, on en pratique l'ouverture avec les caustiques, le bistouri, etc.

Mais lorsqu'elle est située dans la cavité abdominale, il faut traverser les parois abdominales, pénétrer dans le péritoine; or, si le liquide qu'il renferme peut parfois être innocent, il peut aussi, dans certains cas, être tellement nocif que sa pénétration dans la cavité péritonéale détermine des accidents promptement mortels. Aussi le premier soin du chirurgien doit-il être d'éviter qu'il s'épanche dans le péritoine lorsqu'il vient à lui créer une issue artificielle. Pour cela il doit chercher à obtenir, préalablement à l'ouverture du kyste, l'adhérence des deux feuillets pariétal et viscéral de la séreuse péritonéale.

Dans les premiers temps, on incisait successivement à petits coups les diverses couches de la paroi abdominale jusqu'au feuillet pariétal du péritoine exclusivement. Ce dernier mis à nu s'enflammait, et, l'inflammation gagnant peu à peu le feuillet viscéral, des adhérences solides s'établissaient entre eux. Alors seulement on pénétrait dans la tumeur.

Un sous-procédé consistait à inciser directement la paroi abdominale jusques et y compris le péritoine pariétal, de telle sorte que la tumeur, repoussant le feuillet viscéral au-devant d'elle, faisait, pour ainsi dire, hernie à travers l'incision cutanée. Là encore, un travail inflammatoire se produisait, des adhérences s'établissaient et le kyste était ensuite ouvert.

Un peu plus tard, le bistouri fut remplacé par des applications de caustique, lesquelles avaient pour but de donner lieu à un travail inflammatoire et de déterminer des adhérences. Je fis longtemps la guerre à ce procédé, admis cependant comme classique, mais pour moi détestable, car si la

paroi abdominale était quelque peu épaisse, elle nécessitait des applications répétées de la pâte de Vienne avant d'arriver au péritoine. De plus, quand on arrivait sur l'organe hépatique, siège de la tumeur, tout n'était pas fini, il fallait encore détruire la paroi antérieure du kyste pour pénétrer dans sa cavité. Or, s'il est profondément placé dans le foie, le bistouri peut amener des hémorragies graves. D'autre part la pâte caustique peut arriver à pénétrer dans le foie; enfin elle est un moyen long, douloureux et infidèle en ce sens que les adhérences ne se développent pas toujours régulièrement; de plus encore, que le malade éprouve quelques phénomènes fébriles, les adhérences fondront comme du beurre et la cavité péritonéale deviendra béante comme devant. Mais ce n'est pas tout, et nous arrivons au second temps : nous avons pénétré dans le kyste, les hydatides meurent et s'échappent, mais les parois de la poche sont d'une épaisseur variable pouvant atteindre à 5, 6 ou 8 millimètres, il faut qu'un travail inflammatoire se fasse pour parvenir à obtenir la cicatrisation, l'occlusion de la cavité que le kyste s'est creusée dans le tissu hépatique. Pendant ce temps la suppuration à l'air libre peut entraîner des phénomènes de septicémie mortels. Ces accidents ont été tels parfois que des chirurgiens se sont décidés à fendre très largement la poche kystique pour arriver à son extirpation et à son élimination rapide, but du troisième temps thérapeutique. En effet, que faut-il ? favoriser l'expulsion de la poche des hydatides-filles et de l'hydatide-mère, parce que dès qu'elle est éliminée la cicatrisation se fait très rapidement, en quelques jours.

Le procédé que j'ai employé tout à l'heure remplit toutes ces indications. En effet, j'entre tout d'abord dans le foyer d'un seul coup (après l'anesthésie locale de la région sur laquelle je dois opérer), au moyen d'un trocart, tout en prenant certaines précautions afin de ne pas traverser la poche de part en part. Afin de créer des adhérences, j'introduis une sonde molle, — véritable corps étranger, — qui traverse toute la paroi abdominale et la surface du foie jusqu'à ce qu'elle soit dans la cavité du kyste; je la choisis suffisamment grosse pour remplir très exactement le trajet fourni par le coup de trocart; du reste, les tissus reviennent promptement sur eux-mêmes, de telle sorte qu'ils serrent exactement la sonde et empêchent le liquide kystique de s'insinuer tout à l'entour.

Le travail inflammatoire qui se développe autour d'elle, détermine la formation d'adhérences. Du reste, quand l'opération, dont je viens de vous faire connaître les indications à remplir, est pratiquée sur un kyste non enflammé, l'inflammation se produit en trois ou quatre jours pour l'élimination de la poche.

Chez la malade qui est l'occasion de cette leçon, un travail inflammatoire avait déjà eu lieu antérieurement. Nous avons fait immédiatement une injection dans la poche kystique.

Lorsque la mortification est opérée, si le sac ne peut par sortir par le tube, il suffit d'agrandir un peu l'ouverture de la voie de communication, en plaçant une sonde un peu plus grosse de 2 ou 3 millimètres; puis cinq jours plus tard on en introduit une autre un peu plus grosse encore qu'on laisse également en place pendant quatre ou cinq jours encore de façon à avoir enfin un canal assez large pour que la membrane puisse s'y engager. Cependant, si l'élimination est trop lente à se faire, on peut avoir recours au thermocautère pour créer une contre-ouverture. Mais cela est rarement nécessaire et généralement la guérison se fait dans l'espace de trois à quatre semaines, temps pendant lequel le malade va, vient et s'alimente.

Le procédé que je vous recommande est donc très facile, il exige seulement l'emploi d'un gros trocart, d'une sonde en caoutchouc, d'un morceau de baudruche, du collodion et d'une seringue avec son liquide antiseptique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 janvier 1885. — Présidence de M. d'Arsonval.

COMMUNICATIONS

Régénération des nerfs. — M. **GRÉHANT** présente une note de M. Philippoteaux, relative à un certain nombre d'expériences dont voici les résultats : Si l'on fait simultanément la section des deux nerfs pneumogastriques, l'animal meurt dans l'espace de quatre ou cinq jours; mais si on laisse s'écouler un certain temps entre la section d'un pneumogastrique et celle de l'autre pneumogastrique, quinze jours, par exemple, pour le rat, cet animal survit. Il s'est donc fait une régénération extrêmement rapide du nerf primitivement sectionné.

Rapport entre la puissance d'un muscle et l'excitabilité motrice du nerf. — M. **QUINQUAUD** a fait une série d'expériences sur le rapport qui existe entre la force d'un muscle et l'excitabilité motrice du nerf qui l'anime. Quand on sectionne un nerf, l'excitabilité motrice de ce nerf disparaît après quelques jours. M. Quinquaud a fait la section du nerf sciatique chez le chien, puis il a produit une excitation deux ou trois fois toutes les vingt-quatre heures. A l'état normal, avant la section nerveuse, le muscle pouvait soulever un poids de 12 kilogrammes. On sectionne le nerf : vingt-quatre heures après le muscle ne peut plus soulever que 9 kilogrammes 1/2 ; après trente-six heures, 5 kilogrammes 1/2; après quarante-huit heures, 2 kilogrammes; après soixante-seize heures, un 1/2 kilogramme.

Quelle est l'influence cérébro-spinale sur la force musculaire elle-même ? Si on excite le nerf en communication avec la moelle et le cerveau, le muscle soulèvera 14 kilogrammes; on sectionne la moelle et on attend; on voit alors que le muscle ne soulève plus qu'un poids de 7 kilogrammes.

Quand ce nerf est sectionné, le muscle ne soulève plus que 4 kilogrammes 1/2. Il y a donc une influence du système cérébrospinal qui explique l'intervention de la volonté.

Une troisième question restait à résoudre : un nerf sectionné depuis vingt-quatre heures a-t-il une force motrice plus ou moins considérable qu'un nerf qui vient d'être sectionné depuis dix minutes ? Cette question, longtemps débattue, n'était pas encore résolue : le nerf étant sectionné depuis vingt-quatre heures, le muscle soulève un poids de 10 kilogrammes 1/2 ; si on vient alors à sectionner le nerf du côté opposé, après un quart d'heure à vingt minutes le muscle soulève le même poids de 10 kilogrammes 1/2. L'excitabilité motrice du nerf sectionné depuis vingt-quatre heures est donc la même que celle du nerf qui vient d'être sectionné.

M. **LABORDE** fait observer qu'il y a une distinction à faire entre l'excitabilité motrice du nerf et le fait de la contractilité musculaire propre. Pour que la question fût très exactement jugée, il faudrait qu'on pût étudier séparément la contractilité du muscle et l'excitabilité motrice du nerf.

M. **QUINQUAUD** répond que la chose a été faite.

Polyurie du cheval. — M. **ALBERT ROBIN**, en son nom et au nom de M. Benjamin, dépose une note sur la polyurie du cheval. Il résulte des recherches auxquelles s'est livré M. Albert Robin, que les causes de la polyurie du cheval, son traitement, diffèrent beaucoup de ce qu'on observe chez l'homme.

Cocaïne. — M. D'ARSONVAL présente, de la part de M. Charpentier, une note relative à l'influence de la cocaïne sur la fermentation alcoolique et la germination. Comme l'éther et le chloroforme, la cocaïne suspend, sans tuer, la germination.

Le venin de la vive. — M. DUBOIS communique une note de M. Bottard sur le venin de la vive. La piqûre faite par ce petit animal détermine deux séries de phénomènes : d'abord une douleur immédiate, atroce, du gonflement; puis une deuxième phase caractérisée par l'apparition d'un phlegmon avec des troubles généraux, tels que fièvre, vomissements, syncopes, etc.

M. MALASSEZ rappelle, à cette occasion, que Crevaux a perdu un matelot par suite d'une piqûre de raie d'eau douce.

Spectroscopie du sang. — M. HÉNOCQUE présente l'hématoscope qu'il emploie pour l'examen spectroscopique direct du sang. Ce petit appareil est formé de deux plaques de verre qui, réunies à leur sommet, s'écartent de façon à représenter un espace prismatique en quelque sorte capillaire, permettant d'examiner le sang, non dilué, sous une épaisseur variant entre 0 et 500 millièmes de millimètre avec une approximation de 5 millièmes de millimètre. C'est ramener l'examen du sang à des épaisseurs métriques, et si l'on prend soin de noter à quelle distance l'on apprécie l'apparition, puis la concordance des deux bandes de l'oxyhémoglobine comme intensité, enfin la confusion des deux bandes, on peut apprécier relativement des différences dans la quantité d'oxyhémoglobine qui varient de 2 à 5 p. 100 de celle qui est contenue dans le sang. — Ce dispositif est applicable à tous les spectroscopes.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 janvier 1885. — Présidence de M. BUCQUOY.

COMMUNICATIONS

Infection tuberculeuse par la voie génitale. — M. VALLIN, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Fernet, fait remarquer que M. Fernet est venu confirmer, par deux observations personnelles, les prévisions exposées par M. Verneuil dans sa lettre à M. Fournier (*Gazette hebdomadaire*, 1883, p. 246), et par M. Verchère dans une thèse récente : *Des portes d'entrée de la tuberculose* Paris, 1884). Les observations de M. Fernet, si intéressantes qu'elles soient, n'échappent pas, par certains côtés, à la critique. On pourra toujours dire que les liquides utéro-vaginaux des femmes phtisiques n'ont transmis la tuberculose que parce qu'ils étaient les produits de sécrétion d'ulcères tuberculeux. Certaines érosions du col de l'utérus et même du vagin sont peut-être le résultat de granulations tuberculeuses ramollies; M. Verneuil pense même, avec d'autres auteurs, que, dans les pelvi-péritonites tuberculeuses, du pus inoculable peut refluer vers l'utérus et le vagin. L'inoculation serait donc, dans ces cas, directe, comme lorsqu'on insère le pus d'un abcès tuberculeux sous la peau d'un animal en expérience. On pourrait dire enfin que, dans ces cas, l'infection s'est transmise non pas par l'inoculation génitale, mais par la vie en commun, par la promiscuité prolongée dans la même chambre et le même lit.

Il est une autre voie dont M. Fernet n'a pas parlé et sur laquelle l'attention de M. Vallin est attirée depuis quelque temps. Lorsqu'un individu, arrivé à un degré avancé de phtisie, est atteint d'un chancre, le pus inoculé est-il capable d'engendrer à la fois la syphilis et la tuberculose? M. Vallin communique une observation déjà ancienne, sur laquelle il a pu obtenir des renseignements très précis. Un jeune homme vigoureux, d'une excellente constitution, sans antécédents suspects, contracte un chancre mou, suivi de bubon à la suite de rapports assez répétés avec une femme. Celle-ci ne partageait habituellement ni sa chambre ni son lit, et les rencontres n'étaient qu'accidentelles. Pendant le traitement et la convalescence de ce chancre, ce jeune homme maigrit considérablement, devient méconnaissable, et quatre ou cinq mois plus tard il succombait à une phtisie galopante. Entre temps, la femme suspecte entrait à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Nonat, à la suite d'une hémoptysie abondante, et succombait deux mois plus tard aux progrès d'une phtisie pulmonaire très avancée. Il est peu de praticiens qui n'aient rencontré des cas analogues où un ulcère vénérien banal a été le point de départ, l'occasion de manifestations tuberculeuses rapidement mortelles. Dans ces cas, on accuse les excès sexuels, la dépression organique causée par le séjour à la chambre ou au lit, par l'ennui, la douleur, la suppuration. Est-il bien sûr qu'il n'y ait pas eu aussi inoculation? Le contrôle est facile; il suffirait de rencontrer un phtisique avancé portant sur la verge un chancre mou bien caractérisé; personne n'a encore jamais décrit d'ulcérations tuberculeuses isolées du prépuce ou du fourreau; il n'y a donc pas à craindre de prendre pour un chancre la plaie résultant d'une granulation tuberculeuse ramollie. D'ailleurs l'auto-inoculation préalable ferait cesser toute hésitation. Il suffirait alors de recueillir une goutte de sérosité à la surface de l'ulcère et de l'insérer soit dans le péritoine d'un cobaye, soit au fond d'une petite plaie sous-cutanée. Les animaux sont absolument réfractaires à la syphilis. Au bout de quelques mois il serait curieux de rechercher s'ils sont devenus tuberculeux. On éliminerait sûrement de la sorte tout soupçon de transmission par la vie en commun, par les crachats, par les poussières, par l'air confiné.

L'expérience est extrêmement simple; il est surprenant qu'elle n'ait pas été déjà tentée. Depuis plusieurs mois, nous cherchons vainement l'occasion d'y procéder; nous n'avons pu trouver dans les services de nos hôpitaux militaires un seul cas favorable.

Dès le commencement de novembre, nous avons prié M. Albert Robin et M. Fournier de vouloir bien nous signaler les cas de chancre chez un phtisique, qu'ils rencontreraient soit dans leur service, soit à la consultation de Saint-Louis et de l'hôpital du Midi; malgré toute leur complaisance, nos collègues n'ont encore pu réussir depuis deux mois à rencontrer un sujet dans ces conditions.

On ne peut préjuger dès à présent quel serait le résultat d'une telle expérience. Théoriquement, le danger est possible; en réalité, on a beaucoup de chances de l'éviter dans la pratique. On ne sait pas encore bien dans quel cas le sang et les sécrétions pathologiques d'un tuberculeux sont capables de transmettre la maladie; des recherches encore trop peu nombreuses montrent que le sang ne devient inoculable que lorsque la tuberculose est généralisée, que la plupart des viscères sont envahis, que la nutrition générale est profondément altérée, qu'il y a cachexie ou phtisie.

Les individus tuberculeux à ce degré, les hommes surtout, sont rarement portés, quoi qu'on en ait dit, aux plaisirs sexuels, et ne s'exposent guère en tous cas à contracter des chancres dans des amours de rencontre. Les femmes phtisiques livrées à la prostitution sont plus exposées à contracter des ulcères vénériens, et ce sont elles qui pourraient devenir une source de contamination tuberculeuse, si la réalité de ce mode de transmission était prouvée.

En outre, M. Chauveau a démontré depuis longtemps l'inoculation sous-épidermique du virus tuberculeux; le plus actif était le plus souvent stérile. Il est nécessaire que la plaie d'absorption soit saignante, profonde, qu'elle intéresse le tissu cellulaire sous-cutané, les petits vaisseaux, etc. Récemment encore, M. Chauveau montrait au congrès de Copenhague que la vaccination sous-épidermique avec du vaccin recueilli sur un veau tuberculeux était presque toujours incapable de provoquer la tuberculisation. Il est vrai que les rapports sexuels déterminent parfois des déchirures du frein, des éraillures profondes et saignantes d'un prépuce étroit, et que dans ces cas les voies de l'absorption sont faciles.

Il est inutile d'insister, surtout dans une Société de cliniciens; une idée préconçue est un roman tant que l'expérimentation n'en a pas démontré la réalité. La tuberculose nous menace de toutes parts, puisqu'elle est transmissible; c'est la grande peste qui ravage l'humanité; il ne faut pas craindre même de faire des hypo-

thèses, afin de découvrir « ses portes d'entrées », suivant l'heureuse expression de M. Verchère.

M. BUCQUOY, président sortant, remercie ses collègues, passe en revue, en quelques mots, les travaux de la Société pendant l'année 1884, et cède le fauteuil à M. Guyot, vice-président.

Traitement de la sciatique par les projections de chlorure de méthyle. — **M. DESNOS** fait connaître les résultats qu'il a obtenus de l'emploi de ce traitement. Il cite trois observations :

OBSERVATION I. — Homme atteint de sciatique depuis quatorze mois avec commencement d'atrophie du membre. Après une première application du chlorure de méthyle, il y eut un érythème considérable, une forte vésication et dès le lendemain le malade pouvait marcher. Huit ou dix jours après apparurent de nouveau quelques douleurs ; nouvelle application, guérison complète.

OBS. II. — Femme atteinte de mal de Pott, cancéreuse et tuberculeuse; atteinte de névralgie sciatique, tantôt de la jambe gauche, tantôt de la droite, souffrant beaucoup. Après une première projection de chlorure de méthyle, les douleurs, qui étaient intolérables, diminuèrent beaucoup. Nouvelle projection, disparition complète de la névralgie sciatique.

OBS. III. — Homme atteint de sciatique double, projection de chlorure de méthyle, guérison. L'interne de M. Desnos a appliqué ce traitement, sans succès, dans un cas de névralgie en ceinture.

M. RENDU a employé les projections de chlorure de méthyle dans un cas d'affection spinale avec douleur persistante. Le malade sembla guéri pendant cinq ou six jours, puis les douleurs apparurent de nouveau. Une femme qui avait un rétrécissement du bassin et chez laquelle, pendant l'accouchement, la tête du fœtus était restée très longtemps dans l'excavation, comprimant le nerf sciatique, fut prise de douleurs intolérables avec atrophie du membre inférieur droit. M. Rendu lui fit des pulvérisations d'éther. Le lendemain elle allait mieux ; mais elle ne tarda pas à souffrir de nouveau ; nouvelle application d'éther, guérison. Ce fait est important parce que, comme il y a eu parfois des escarres à la suite de l'application du chlorure de méthyle et que, d'autre part, cette application présente quelques difficultés du moins actuellement, s'il était prouvé que les pulvérisations d'éther fissent le même effet, ce serait un moyen beaucoup plus pratique et plus facile à employer.

M. BUCQUOY a appliqué quatre fois ce mode de traitement. Une première fois, pour un tic douloureux de la face contre lequel on avait tout essayé, jusqu'à l'élongation des nerfs. L'application du chlorure de méthyle ne donna qu'un soulagement très momentané. En somme, insuccès complet. Le troisième cas est celui d'un jeune garçon atteint d'une sciatique rebelle. Une première application resta sans résultat; une seconde application fut suivie d'un succès complet. Insuccès complet après trois applications, chez un quatrième malade atteint d'une sciatique rebelle datant de quatre ans.

M. LAILLER emploie depuis longtemps les pulvérisations de chlorure de méthyle pour obtenir l'insensibilité dans certaines affections de la peau. Outre que c'est un moyen extrêmement douloureux, il est d'une application très difficile à doser; aussi M. Lailler y a-t-il renoncé.

M. GUYOT, en prenant place au fauteuil, propose d'adresser ses remerciements au bureau de l'année 1884.

Orchite goutteuse. — **M. GUYOT** communique un fait rare, Il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, qui est venu le consulter, il y a trois ans, pour des douleurs rhumatismales. Peu de temps après, cet homme présentait un testicule énorme, douloureux, sans développement exagéré de l'épididyme. Ce malade avait en même temps de la dyspepsie, des douleurs dans les muscles ; il n'avait pas d'antécédents syphilitiques. M. Guyot diagnostiqua, sous toutes réserves, une goutte testiculaire. Bientôt ce malade fut pris de douleurs très vives dans les deux gros orteils, et d'un peu d'arthrite dans le poignet gauche. Depuis lors, il n'y a plus eu de manifestations testiculaires; le testicule est redevenu absolument sain. Il n'y a donc pas de doute qu'il s'agissait bien d'une orchite goutteuse. Ni M. Rendu, ni M. Lecorché, dans leurs travaux importants sur la goutte, ne font mention de faits semblables.

M. RENDU a trouvé un fait analogue, publié par un chirurgien anglais ; mais comme l'observation lui paraissait douteuse, il a préféré n'en pas parler.

M. MILLARD cite un fait qu'il a observé de très près, et dans lequel les choses se sont passées exactement de la même façon que dans le fait communiqué par M. Guyot.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

XXXI

Les mamelouks se sont conduits avec une férocité épouvantable ; ils sont entrés dans plusieurs maisons, où ils ont pillé, massacré... Le lendemain de l'émeute, on a fusillé beaucoup d'Espagnols au Prado, parmi lesquels dix-huit prêtres : on porte à 1,500 le nombre des morts et des fusillés. Un ordre du jour, signé par le grand-duc, condamne à être passés par les armes tous les Espagnols non militaires que l'on trouverait armés; les maîtres sont rendus responsables de leurs valets, les supérieurs de couvents de leurs moines ; tout rassemblement de plus de huit hommes sera dissipé à coups de fusil, tout village où l'on assassinera un Français sera livré aux flammes.

Dès ce moment, la situation respective des Espagnols et des Français devint de jour en jour plus difficile, plus périlleuse. Le grand-duc de Berg, proclamé lieutenant général de l'Espagne, auquel on eut l'imprudence de confier provisoirement la direction des affaires politiques, et dont le véritable poste était à la tête d'une division de cavalerie sur les champs de bataille, Murat, fit preuve d'une incapacité notoire dont nous eûmes bientôt à subir les déplorables conséquences. Plus occupé de ses plaisirs et du faste de ses revues militaires au Prado que de la situation volcanique qu'il ne soupçonnait point, il eut le tort immense de blesser l'amour-propre des grands d'Espagne et des hommes recommandables qui détenaient les fonctions de la haute administration ; il les traitait si cavalièrement qu'il osait leur faire faire antichambre au palais qu'il habitait : aussi, tous ces fiers Castillans désertèrent-ils Madrid pour gagner les provinces méridionales, où ils organisèrent l'insurrection et appelèrent à eux les forces militaires nationales. La capitale ne tarda pas à être inondée d'écrits qui provoquaient l'émigration et la guerre contre les Français; ces écrits atteignirent leur but et Madrid se dépeuplait sous nos yeux du soir au lendemain; les postes espagnols désertaient. Avant cette émigration, le maréchal Moncey, à la tête d'une forte division, était parti pour réprimer l'insurrection à Valence; les bruits les plus sinistres couraient sur son compte. A Madrid, l'autorité militaire prenait d'énergiques mesures pour la défense; on fortifiait à la hâte le Retiro pour y cantonner nos troupes; de toutes parts, auprès comme au loin, éclataient les symptômes d'une conflagration.

28 mai. J'assiste avec tout le corps médical de l'armée aux funérailles du chirurgien principal, Talavere, mort au dixième jour d'une fièvre d'hôpital (ataxique).

19 juin. Nous recevons à l'hôpital général des blessés évacués de l'armée d'Andalousie; ils disent avoir rencontré beaucoup de soldats et des officiers assassinés sur la route. Le général René, d'une division opérant dans la Manche (Nouvelle-Castille), a été massacré et horriblement mutilé : un commissaire des guerres aurait été scié entre deux planches. Tous les courriers envoyés à l'armée de Valence sont arrêtés et tués.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 décembre 1884.

10 juillet. Le feu a pris dans un magasin de bois, au voisinage de l'hôpital; malgré l'extension alarmante de l'incendie vers les maisons du quartier, les Espagnols restaient spectateurs inertes; à soixante pas d'un magasin embrasé, ils étaient tranquillement assis devant leurs portes, et il fallut employer la force pour les contraindre au service des pompes; le feu a duré toute la journée.

20 juillet. J'assiste à l'entrée de Joseph Napoléon, nommé *ex abrupto* roi d'Espagne et des Indes. Depuis la porte des Recoletos jusqu'au Palais Royal, nos troupes sont sous les armes; des canonniers sont à leurs pièces, mèche allumée; les boutiques, portes et fenêtres des rues par lesquelles le cortège doit passer sont hermétiquement fermées; il n'y a de tentures de tapisseries qu'aux édifices publics; à six heures, une salve de coups de canon annonce l'arrivée du roi : un brillant état-major précède la voiture dans laquelle il était seul, une cavalerie superbe l'escortait; quelques voix françaises ont crié : « Vive le roi! » Il n'y eut pas un seul « *Viva el rey!* »

23 juillet. Depuis l'arrivée du roi, l'émigration des habitants a encore augmenté; les moines font courir le bruit que les insurgés vont entrer dans Madrid et que les patriotes doivent se rendre dans les provinces pour s'armer contre l'étranger qui veut détruire la religion. Le soir, comme je me promenais au Prado avec mon hôte, le maréchal Moncey, avec son état-major, fit sa rentrée à la tête de la cavalerie; G... venait de m'assurer que le maréchal était prisonnier dans Valence avec son armée. Les politiques espagnols et français font à qui mentira le plus.

27 juillet. Une course de taureaux à Madrid. Ce spectacle véritablement barbare devrait disparaître de l'Europe. Tous les Français qui l'ont vu en ont eu horreur; mais il est goûté avec une telle avidité par les Espagnols, que les gens du peuple vendraient jusqu'à leur chemise pour y assister; la preuve de cette passion, c'est leur affluence au Cirque dans les circonstances politiques actuelles. Hier et avant-hier, à l'occasion de la proclamation du nouveau roi, il y a eu des représentations gratuites sur tous les théâtres de la ville : aucun Espagnol ne s'y est présenté ; aujourd'hui on paye pour voir la course, ils y accourent tous. Le roi Charles III avait aboli ce genre de spectacle, bien convaincu de l'influence funeste qu'exercent sur le moral du peuple ces combats sanglants.

L'édifice destiné à la course, Coliseo de los Toros, est situé hors ville, tout près de la magnifique porte Alcala; il est circulaire et construit sur le modèle des arènes antiques; il peut contenir 10,000 spectateurs. Autour de l'arène, une palissade en bois haute de cinq pieds, interrompue d'espace en espace par des ouvertures étroites, constitue un refuge pour les toréadors, qui peuvent poser un pied sur un rebord saillant à dix-huit pouces du sol et franchir la palissade, derrière laquelle est un étroit corridor. Le premier amphithéâtre, qui est découvert, est suffisamment élevé au-dessus de l'arène pour que les spectateurs n'aient rien à craindre; là sont les places dont le tarif est le moins cher; il est en bois. L'étable pour les taureaux et les écuries pour les chevaux sont placées sous cet amphithéâtre, en divers points de l'arène. Un second amphithéâtre couvert est destiné aux spectateurs de la classe bourgeoise et dominé par une galerie circulaire réservée à la famille royale et aux grands personnages. L'exécution de ce divertissement national comprend plusieurs phases.

L'*alguazil mayor*, accompagné de six sergents de ville, montés sur des chevaux élégamment harnachés, entre dans l'arène, ordonne à tout le monde d'en sortir pour n'y laisser que les *toreadors* ou *toreros;* il sort avec sa suite, et les portes de l'arène se forment. Les trompettes jouent une courte fanfare; un taureau, que l'on a préalablement aiguillonné dans l'étable, s'élance dans le cirque : ces animaux sont grands, noirs, vigoureux, presque lourds, armés de longues cornes peu recourbées; ils sont entièrement libres dans l'enceinte, dont ils ne peuvent pas sortir. Trois hommes à cheval, les *picadores*, se présentent; leur costume est particulier : un chapeau blanchâtre, plat et rond, est posé sur leur tête et maintenu au moyen d'un ruban qui passe sous le menton; leur tronc est enveloppé d'une veste ou plutôt d'un gilet boutonné en forme d'armure; ils ont des culottes de peau, et leurs jambes sont revêtues de plaques de fer qui les protègent contre les coups de corne; ils sont pour ainsi dire enchâssés dans la selle, dont le pommeau et le troussequin sont très élevés au-dessus du siège; les étriers sont en forme de sabots; les chevaux sont de véritables rossinantes condamnées à mort; on leur bande souvent les yeux parce qu'ils reculent à l'aspect du taureau. Le picador est armé d'une lance dite *garocha*, longue de plus de neuf pieds; il affronte l'animal en tenant sa pique en avant; son adresse consiste, lorsque le taureau fond sur le cheval, à le détourner en appuyant fortement le fer de la lance sur le cou de l'animal; s'il manque son coup et si le taureau revient à la charge, la pauvre rossinante en devient ordinairement la victime, et bientôt ses boyaux font saillie hors du ventre jusqu'à terre. Cet accident, horrible à voir, ne suffit pas pour que le cheval soit mis hors de combat : le picador continue à courir dans l'arène pour piquer le taureau, jusqu'à ce que le cheval tombe de douleur et périsse. Lorsque le taureau a été lardé de blessures qui font ruisseler le sang, la trompette sonne; les picadors sont remplacés par de nombreux *banderillos* qui entrent en scène.

Ceux-ci, ainsi nommés parce qu'ils tiennent un drapeau à la main droite, correspondent à nos *écarteurs* landais; leur costume, tout en soie, est fort élégant; leurs cheveux, relevés sur le front, sont réunis par derrière en une longue tresse retroussée et fixée sur le milieu de la tête au moyen d'une rosette de ruban noir. Ces hommes sont en général fort bien pris et très lestes; leur drapeau est rouge; ils le déploient pour exciter le taureau à les poursuivre, et le lui jettent sur les yeux lorsqu'ils se sentent suivis de trop près; ils font des écarts et évitent les cornes en franchissant les palissades ou en s'esquivant par les ouvertures que j'ai mentionnées. Après ce jeu du drapeau, les banderilleros arment leurs mains de courtes lances ornées de papier frisé et tâchent de les fixer sur le cou de l'animal. Irrité par la présence de ces traits, qui sont quelquefois au nombre de huit ou dix, le taureau galope, bondit dans l'arène pour s'en débarrasser : ces lances sont parfois munies de fusées et de pétards au phosphore; elles prennent feu en pénétrant dans la peau de l'animal, qui devient furieux. On augmente encore sa fureur et ses tourments en lâchant des dogues qui s'accrochent à ses oreilles. Enfin, la trompette sonne le signal de la mort; le *matador* ou *espada*, vêtu d'un riche costume brodé en or sur toutes les coutur es, s'avance seu dans l'enceinte : de la main gauche il tient le drapeau rouge; de la droite, une forte épée à deux tranchants. Après avoir fait quelques écarts pour trouver l'occasion favorable du coup mortel, il s'avance sur l'animal de front, et, au moment où celui-ci baisse la tête pour le percer de ses cornes, le matador plonge l'épée au défaut de l'épaule gauche et la fait pénétrer dans la poitrine; il doit avoir bon œil, bon poignet, bon pied et bon courage; j'en ai vu un enfoncer l'épée jusqu'à la poignée avec une facilité telle que l'on eût dit que les chairs de l'animal étaient de beurre. Le taureau, frappé à mort, tourne sur lui-même, chancelle et tombe. Le *cachetero* s'avance et enfonce un court poignard derrière la tête, entre la première et la seconde vertèbre, ce qui tue l'animal subitement. La trompette sonne encore : trois mules, richement caparaçonnées, attelées de front à un traîneau, arrivent au galop et entraînent hors de l'arène cette première victime. On fait entrer un second taureau que l'on traite comme le premier, et ainsi de suite, jusqu'à six ou sept dans la même séance. Celle-ci se renouvelle encore dans la soirée, de sorte que, dans un jour de course, on met à mort une douzaine de taureaux, et il n'est pas rare que quinze à dix-huit chevaux périssent dans ces combats. J'ai vu un taureau tuer trois chevaux. Ces courses sont très dispendieuses : les places sont à 3, 6, 12 piécettes; le produit de la recette est ordinairement pour l'hôpital. Le matador a pour une seule course 3,000 réaux. Il est vrai qu'il joue sa vie. Le plus fameux matador d'Espagne, Peperillo, fut, en pleine place, tué par un taureau qui fit le tour de l'arène en le tenant enfilé par le ventre sur ses cornes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 janvier 1885, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, de l'École de médecine de Rennes, est transformée en chaire de clinique obstétricale et gynécologie.

— Sont nommés officiers de l'instruction publique :

MM. les docteurs Corlieu, Béni-Barde et Brémond, à Paris; Josias, à Charenton; Saint-Arroman, à Saint-Médard-en-Jalles; Cunéo, médecin en chef de la marine; Massaloup, médecin principal de première classe; M. Carpentin, pharmacien en chef de la marine; M. Paul Tassin, professeur de botanique à Soissons.

— Par décision ministérielle, en date du 7 janvier 1885, le prix annuel de médecine est accordé, à la suite du concours de 1884, au mémoire présenté par M. Fournier, médecin-major de deuxième classe à l'École d'application de l'artillerie et du génie. — Le prix annuel de chirurgie est accordé, à la suite du concours de 1884, au mémoire présenté par M. Audet, médecin-major de deuxième classe à l'École spéciale militaire.

— L'Académie des sciences a, dans sa dernière séance, renouvelé son bureau qui est ainsi constitué pour l'année 1885 :

Président, M. Bouley; vice-président, M. l'amiral Jurien de la Gravière; sécrétaire perpétuel, MM. Joseph Bertrand et Jamin.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. le docteur Flornoy étant arrivé à l'expiration de son titulariat, M. le docteur Lugeol, chirurgien-adjoint, est nommé chirurgien en chef de la Maternité.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Par suite de la nomination de M. Gignoux (Louis) à l'honorariat, les mutations suivantes ont lieu :

M. Mayet passe de l'hôpital Saint-Pothin à l'Hôtel-Dieu; M. Drivon passe de l'hôpital de la Croix-Rousse à Saint-Pothin; M. Perret entre à la Croix-Rousse.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Merland, à Nantes; et de M. le docteur Sala, médecin principal de première classe, médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulouse.

— La Société de géographie de Paris a, dans sa séance de vendredi 9 janvier 1885, décerné à M. le docteurs Neïs, médecin de la marine, une médaille d'or pour ses quatre voyages en Indo-Chine et dans les parties inexplorées jusque-là du Laos.

Traité d'électrothérapie, par le professeur Ecb, ouvrage traduit de l'allemand par le docteur A. Rueff. 1 vol. in-8° avec 39 figures dans le texte. — Prix : 13 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17252.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il y a eu cette fois deux comités secrets, dont un avant toute lecture. Il s'agissait de stimuler le zèle des commissions de prix. L'Académie est en retard de deux ans pour ses séances solennelles. Aucun sujet n'est encore désigné pour les concours de l'année courante. M. le président Bergeron avait donc à faire une mercuriale, et il n'a pas voulu attendre que la salle fût à peu près vide, ce qui est le cas habituel pour les comités secrets de la dernière demi-heure.

M. Magnan a eu un succès d'attention incontestable en lisant un mémoire dans lequel il a rassemblé les faits cliniques les plus étranges relatifs au sens génital et à ses déviations morbides.

La classification en était des plus simples, basée sur la notion de divers centres nerveux superposés et coordonnés.

Chez les idiots dont le cerveau est rudimentaire, les impulsions instinctives existantes sont considérées comme spinales.

Des impulsions analogues observées chez des individus mieux doués au point de vue intellectuel, quand elles n'ont rien d'ailleurs de psychique, sont rapportées aux centres cérébraux postérieurs. Il faut qu'il y ait eu une pensée, une image évoquée, un acte intellectuel quelconque, pour trahir l'action des centres cérébraux antérieurs.

Si l'effet produit aboutit jusque dans les organes de la génération, on considère le centre spinal comme s'étant associé aux centres cérébraux. Dans le cas contraire, s'il s'agit d'un amour pleinement platonique, d'un idéal sans réalité, ce cas rentre dans ceux qu'on classe comme cérébraux antérieurs purs.

Cette classification, toute physiologique, est d'ailleurs le seul lien qui puisse faire rapprocher les uns des autres les faits cliniques, si dissemblables par tous leurs détails, dont M. Magnan a entretenu l'Académie.

C'est particulièrement pour ceux dont les organes génitaux n'entrent point en scène que M. Magnan réserve le nom d'érotomanes. En effet, l'amour extra-physique, l'amour éthéré, était aussi bien désigné par les grecs sous le nom d'ἔρος, que l'amour purement sexuel. Mais quelle distance entre l'onanisme brutal de l'idiot complet et la folie de cet élève des Beaux-Arts qui était amoureux d'une étoile? Si M. Magnan veut rechercher jusqu'au moindre grain de folie qui peut se trouver chez un amoureux, quel que soit le genre de passion, le genre d'attraction, le genre de rêve et d'illusion, où s'arrêtera-t-il?

Quant à la conclusion, qui serait de déclarer irresponsables, dans tous leurs actes, ceux dont les imaginations et les désirs ne sont pas pleinement conformes aux enseignements de la raison froide, elle nous semble un peu dangereuse.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouilly.

I. Névralgie faciale rebelle, élongation du nerf sous-orbitaire. — II. Phlegmon de la paroi abdominale. — III. Rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

I. Parmi les malades du service que nous avons à passer aujourd'hui en revue, je commencerai par vous parler d'une femme qui souffrait depuis très longtemps d'une névralgie faciale extrêmement douloureuse et qui était restée rebelle jusqu'à ce jour à tous les moyens employés. Les injections de morphine répétées parvenaient seules à lui donner un soulagement momentané.

C'est pourquoi, la semaine dernière, nous avons cru devoir pratiquer chez elle l'élongation du nerf sous-orbitaire et la névrectomie. Le résultat de cette opération a été des plus favorables. En effet, cette femme, qui jusque-là était plongée dans des angoisses extrêmes, est aujourd'hui dans un état réellement satisfaisant, et il n'est plus nécessaire actuellement de lui faire des piqûres de morphine.

Cependant je ne saurais avoir d'illusion sur le résultat final de notre intervention chirurgicale, car nous savons, par expérience, que dans ces névralgies faciales aussi intenses l'amélioration que l'on obtient n'est généralement que temporaire, qu'elle n'a qu'une durée plus ou moins limitée. Néanmoins le soulagement que l'on procure aux malades est assez important pour que l'on n'ait pas à hésiter, surtout en présence d'une opération réellement bénigne.

II. Il y a huit jours j'ai opéré un vieillard, âgé de soixante-dix-sept ans, usé, absolument cachectisé, pour un énorme phlegmon de la paroi abdominale d'origine suspecte, douteuse.

Après avoir cherché avec soin la cause de cette affection, j'ai fini par découvrir, en pressant cet homme de questions, que depuis longtemps déjà il urinait assez mal, que dernièrement il avait eu une poussée de cysto-prostatite, laquelle a amené consécutivement une épididymite. Puis l'inflammation a remonté le long du cordon, a donné lieu à une déférentite, et, se propageant au voisinage, a déterminé peu à peu la formation d'une collection purulente dans la paroi abdominale.

Dès l'entrée du malade dans mon service, j'ai ouvert l'abcès, donné issue au pus, puis drainé et procédé, les jours suivants, à des lavages antiseptiques du foyer purulent. A son arrivée à l'hôpital, la fièvre était vive, la langue noirâtre et sèche. Aujourd'hui cet homme est hors de danger, et tout annonce une guérison assez prochaine.

III. Le malade du n° 26 de la salle Sainte-Vierge a succombé ces jours-ci. Il devait d'ailleurs mourir assez promptement, d'après l'état dans lequel il se trouvait quand il nous a été amené. C'était un homme d'une cinquantaine d'années qui avait été évacué d'un service de médecine de cet hôpital dans nos salles de chirurgie.

Il était atteint d'une affection cancéreuse de l'œsophage. Je l'ai cathétérisé à plusieurs reprises avec une olive assez volumineuse. L'opération, du reste, était rendue assez facile par une certaine liberté du passage.

Il est mort assez rapidement dans un état comateux, et ce dénouement ne m'a pas surpris, car il arrive quelquefois, dans cette affection, alors même qu'il n'y a pas obstruction complète du conduit digestif, un moment où les malades meurent d'inanition, avec hypothermie, refroidissement, etc., sans que la moindre hésitation se soit produite.

Nous avons fait hier l'autopsie, et celle-ci nous a montré des lésions importantes qui nous expliquent l'origine de certains phénomènes morbides survenus dans ces derniers temps.

En effet, nous avons constaté l'existence d'un large épithélioma ulcéré dans un point de l'œsophage assez anomal pour ce genre de lésions. On sait que les deux lieux d'élection sont d'une part, en bas, le voisinage du cardia, d'autre part, en haut, un peu au-dessous de son embouchure avec le pharynx. Or chez notre malade la lésion cancéreuse se trouvait située dans la partie de l'œsophage qui correspond à la bifurcation des bronches.

Cette ulcération présentait la largeur d'une pièce de cinq francs en argent et communiquait avec une autre ulcération de même nature de la bronche droite. C'est en pareil cas que l'on doit surtout se méfier de tout cathétérisme un peu forcé, qui a pour effet à peu près certain d'agrandir l'ulcération bronchique et peut donner lieu à des accidents de suffocation promptement mortels. Chez d'autres malades atteints d'ulcération cancéreuse du tube œsophagien, on a vu quelquefois le cathétérisme suivi d'une perforation de l'artère-aorte donnant lieu aussitôt à une hémorragie foudroyante.

De là ce précepte important à suivre, c'est-à-dire de ne jamais insister sur le cathétérisme de l'œsophage, quand on est en présence d'un rétrécissement de cet organe reconnaissant pour origine une affection cancéreuse, sous peine de voir cette petite opération entraîner avec elle des désordres de la plus haute gravité, voire même la mort.

L'ulcération de la bronche droite, communiquant avec celle de l'œsophage, nous explique aussi comment cet homme régurgitait les liquides dont il cherchait à s'alimenter, alors que le tube œsophagien conservait encore, comme nous avons pu le vérifier à l'autopsie, un calibre de 8 à 10 millimètres au niveau du rétrécissement cancéreux.

En effet, dans ces conditions, il arrivait par exemple que le lait, pris comme boisson, en arrivant au niveau de l'ulcération, venait en partie au contact de la muqueuse bronchique, déterminait un degré d'irritation plus ou moins prononcé, des accès de toux, puis le rejet au dehors d'une partie du liquide ingurgité. Il y avait là comme une action réflexe de la muqueuse bronchique.

IV. Parmi les opérations que nous avons maintenant à pratiquer, ce sera tout d'abord un individu atteint de récidive d'épithélioma lingual, opéré il y a quelques mois pour la première fois. Cette récidive est caractérisée par une nouvelle tumeur du volume d'une grosse noisette et par plusieurs ganglions sous-maxillaires engorgés, dont nous ferons aussi l'ablation.

Quant à la seconde opération, il s'agit du malade du n° 1 de la salle Sainte-Vierge; sujet usé, fatigué, qui a déjà passé ici en 1882 et 1883 près de dix-huit mois. Il est atteint d'une chute du rectum avec ulcération tuberculeuse de la partie inférieure et postérieure de l'anus.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. DESCROIZILLES.

Arthrite coxo-fémorale suivie de paralysie passagère du membre inférieur du côté affecté. Guérison par les courants continus, puis intermittents.

(Leçon recueillie par M. MANGIN, externe du service.)

Charles D..., âgé de quatorze ans, apprenti bijoutier, fut amené dans mon service, salle Saint-Augustin, n° 34, le 27 septembre dernier, pour des douleurs siégeant au niveau de la hanche droite et qui, depuis plusieurs semaines, l'empêchaient de marcher. Ce jeune garçon paraissait vigoureux et s'était bien porté jusqu'au mois de mai; il déclarait n'avoir eu, antérieurement à cette époque, ni rhumatisme, ni aucune autre maladie sérieuse qu'une rougeole. Les renseignements donnés par ses parents nous apprirent en effet que, ni chez lui, ni chez les différentes personnes de sa famille, on n'avait observé d'affection arthritique. Il faisait remonter au commencement de juin, c'est-à-dire à quatre mois environ avant son entrée à l'hôpital, l'apparition des phénomènes au sujet desquels on l'y avait conduit. Obligé de faire très fréquemment de longues courses et manœuvrant chaque jour en outre, pendant quatre ou cinq heures, un soufflet de forge avec son pied droit, il avait ressenti d'abord une grande fatigue, puis des crampes dans les deux membres inférieurs, mais surtout à droite. Bientôt les souffrances semblèrent se localiser à la partie supérieure de la cuisse de ce côté et la locomotion devint impossible. L'enfant se présenta d'abord à la consultation de l'hôpital Trousseau sans vouloir y rester; à partir du mois d'août, il prit le lit et ne le quitta plus que pour être admis dans ma salle. A cette époque il était absolument incapable de marcher et de se tenir debout.

A son arrivée dans mon service, le 28 septembre, D... était pâle et légèrement maigri, mais de conformation régulière et de constitution robuste. Très grand pour son âge, il avait des muscles bien développés partout, ses articulations ne formaient nulle part de saillie exagérée, et, abstraction faite du segment supérieur du membre inférieur droit, le système locomoteur n'offrait aucune anomalie ni aucun trouble fonctionnel. On constatait un état fébrile modéré, 110 pulsations et 38°,4; mais on ne trouvait de bruit morbide ni à la région précordiale ni dans les vaisseaux du cou. L'appétit était médiocre, mais la langue nette et les fonctions digestives se faisaient régulièrement; il n'y avait ni toux ni perturbation fonctionnelle, ni phénomènes stéthoscopiques du côté des poumons. Le malade ne se plaignait que du genou et surtout de la hanche du côté droit; il souffrait même à l'état de repos et paraissait beaucoup redouter une exploration minutieuse. Cependant les deux membres inférieurs avaient la même longueur et la même attitude. A droite, on ne constatait pas de déformation apparente au niveau des deux articulations douloureuses; toutefois les pressions exercées sur la rotule et sur le creux poplité étaient fort douloureuses, et les souffrances étaient violentes surtout à la hauteur du pli de l'aine et du grand trochanter; elles augmentaient manifestement lorsqu'on cherchait soit à fléchir la cuisse sur le bassin ou à exagérer son extension, soit à produire un déplacement latéral ou lorsque, par une percussion faite sur la plante du pied, on imprimait un déplacement de bas en haut à tout l'ensemble du membre inférieur.

La course faite en voiture, après plusieurs semaines d'un repos complet, pour venir jusqu'à l'hôpital, avait notablement aggravé la situation, car le malade, qui avait pu la veille se soulever et se tenir debout pendant quelques secondes dans notre cabinet de consultation, était, vingt-quatre heures plus tard, hors d'état de faire le moindre effort pour se remuer et surtout pour se placer dans l'attitude verticale. Je fis appliquer un large vésicatoire volant sur la partie antérieure et latérale de la circulation coxo-fémorale, en prescrivant en outre 2 grammes de salicylate de soude. Cette dose fut rapidement portée, par la suite, à 3, puis à 4 et 5 grammes pour une journée. De la ouate en couche épaisse fut constamment maintenue autour de la hanche, et je recommandai au jeune garçon de se tenir dans l'immobilité complète. Au bout de peu de jours on constatait une amélioration notable.

Le 4 octobre, en effet, les douleurs étaient beaucoup plus supportables; presque nulles lorsque le malade était abandonné à lui-même. Elles ne s'exaspéraient plus que dans des proportions restreintes quand on faisait exécuter au membre inférieur des mouvements de flexion ou d'extension limitée. Il était plus difficile d'obtenir des déplacements latéraux et la rotation paraissait impossible. Au niveau du genou, la pression n'était plus douloureuse, on ne constatait aucune modification de longueur apparente du côté malade. L'état général était devenu excellent, et l'enfant, tout en restant pâle, avait retrouvé l'appétit. Le pouls était retombé à 90 degrés, et la température à 37. Je continuai à prescrire l'immobilité complète, le salicylate de soude à la dose de 5 grammes, et je fis appliquer un second vésicatoire.

Du 5 au 15 octobre les douleurs s'atténuèrent de plus en plus, au niveau de la région inguinale et de la région trochantérienne droite; d'ailleurs on ne vit se produire aucun retour de l'état fébrile, ni aucune manifestation rhumatismale nouvelle. On continua à maintenir le membre inférieur droit dans l'immobilité complète, et je réduisis la quantité de salicylate de soude, ingérée en vingt-quatre heures, à 2 grammes.

Le 18, je constatai que les mouvements de l'articulation coxo-fémorale s'exécutaient presque totalement, sans éveiller aucune souffrance, qu'il n'y avait plus de sensibilité au niveau du genou, que la flexion de la jambe sur la cuisse s'opérait dans toute son étendue et sans difficulté. Je crus donc qu'on pouvait, sans inconvénient, essayer de placer l'enfant dans la station verticale. A ma grande surprise, il lui fut impossible de se tenir debout. Non seulement il souffrait violemment au niveau du pli de l'aine et dans tous les points environnants, dès qu'il essayait de s'appuyer sur sa cuisse et sur sa jambe droite; mais il lui semblait aussi que ce membre inférieur avait perdu toute sa force, que les couches musculaires ne possédaient plus aucune tonicité ni aucune puissance contractile, quoiqu'elles n'eussent pas diminué de volume. L'enfant se serait laissé tomber lourdement, si on ne l'eût vigoureusement soutenu sous les deux aisselles, et il se déclarait incapable de résister, même pendant un très court instant, à l'action de la pesanteur. A plusieurs reprises, j'essayai de nouveau, les jours suivants, de le faire lever, et toutes ces tentatives aboutirent au même résultat négatif.

Il était évident que toute sensation douloureuse, de même que toute raideur dans les mouvements, avaient cessé au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite, tant que le jeune D... restait couché, mais que le membre inférieur de ce côté était frappé, dans son ensemble, d'inertie fonctionnelle, tout en conservant son volume, comme la mensuration, pratiquée successivement sur les deux cuisses, le démontrait clairement.

Après un certain nombre d'essais infructueux, je pensai que l'électrisation aurait vraisemblablement ici une influence salutaire, et l'on soumit le malade à l'action des courants continus, puis à celle des courants induits, en même temps qu'on cessait de lui donner du salicylate de soude. On se servit des premiers pendant deux semaines, à raison d'une heure par jour. A la fin d'octobre, j'avais la satisfaction de constater que la station verticale était redevenue possible, et qu'il n'y avait plus qu'une claudication légère. J'eus recours alors à la faradisation qui fut pratiquée tous les jours; l'amélioration continua à s'accentuer de plus en plus.

Le 10 novembre, D... put faire quarante ou cinquante pas de suite dans la salle, sans boiter et sans ressentir ni fatigue ni douleur. A partir de ce moment, je lui permis de rester levé une grande partie de la journée, en ne l'autorisant toutefois à marcher qu'avec le secours d'une béquille.

Enfin, le 20 novembre, l'état général était si satisfaisant, et tous les phénomènes locaux avaient disparu si complètement, qu'il me sembla rationnel de ne pas continuer le traitement par les courants intermittents qui furent remplacés par des bains sulfureux, et d'autoriser le jeune D... à ne plus se servir de béquilles. Depuis ce jour, sa santé est resté excellente; il ne boite plus et ne ressent aucune douleur à la racine du membre inférieure droit, même après avoir fait une assez longue marche. L'émaciation et la pâleur qu'on observait chez lui, lorsqu'il est arrivé à l'hôpital, n'existent plus actuellement.

Ce fait est remarquable par l'intensité de ses symptômes pendant la première phase de son histoire, par la rapidité

avec laquelle la plupart de ces phénomènes se sont amendés, puis ont totalement cessé; enfin, par l'impuissance fonctionnelle absolue qui a persisté pendant plusieurs semaines, au moment où l'on ne constatait plus de douleurs, ni de raideur articulaire dans la région primitivement affectée. Dans l'ensemble morbide que ce jeune garçon présentait, lorsqu'il est entré dans nos salles, il était impossible de ne pas reconnaître une affection coxo-fémorale datant de plusieurs mois, qu'on pouvait rationnellement attribuer soit à des fatigues répétées, soit à une influence rhumatismale, soit à ces deux causes réunies. La situation était inquiétante, car il y avait déjà huit semaines que l'enfant était condamné au repos complet, et cette dernière phase d'immobilité forcée avait succédé à une période non moins longue que la seconde, et pendant laquelle les souffrances avaient été constantes et déjà très vives. Cependant on ne découvrait, chez le jeune malade, aucun des traits caractéristiques qui appartiennent à la scrofule; sa santé était restée bonne jusqu'au moment où l'état pathologique, qui l'amenait à l'hôpital, avait commencé à se dessiner. D'un autre côté, l'articulation douloureuse n'était le siège d'aucun gonflement, d'aucune déformation; l'attitude du membre inférieur du côté affecté était la même qu'à l'état normal. On pouvait admettre, par conséquent, que le processus morbide n'avait qu'une intensité modérée, que les lésions étaient superficielles et n'avaient encore produit aucune de ces désorganisations auxquelles il est impossible de remédier.

Le pronostic, tout en étant très sérieux, laissait donc entrevoir quelques chances de guérison, bien que les probabilités d'une heureuse issue fussent très peu nombreuses, si l'on prenait comme base d'appréciation l'ancienneté des accidents. Quoi qu'il en soit, l'enfant a totalement guéri, et au bout de trois semaines il ne ressentait plus aucune douleur. Je n'hésite pas à attribuer ce résultat rapidement obtenu à l'action des révulsifs, et surtout à celle du salicylate de soude; cet exemple prouve une fois de plus combien ce médicament, préconisé avec raison par Archambault, est précieux dans les maladies rhumatismales du jeune âge. Une autre particularité intéressante s'est produite chez ce jeune sujet : je veux parler de l'inertie fonctionnelle que nous avons observée après la disparition des douleurs et qui, fort heureusement, a disparu dans un bref délai, sous l'influence de l'électrisation.

On pouvait comparer, jusqu'à un certain point, la faiblesse qui est survenue ici consécutivement à des phénomènes de phlegmasie articulaire, à certaines paralysies de l'enfance qu'on voit naître brusquement, après un état fébrile de courte durée et accompagné de contractures ou de troubles convulsifs. Il est même permis de se demander si, dans l'état actuel, comme dans les paralysies dites essentielles, l'axe cérébro-spinal n'a pas été le siège de certaines lésions qui n'ont eu qu'une courte durée et n'ont pas laissé de trace. Lorsqu'il me parut démontré qu'il n'y avait plus d'inflammation locale à craindre, ni du côté des centres nerveux, ni dans les organes primitivement affectés, je pensai qu'il était rationnel d'avoir recours à l'action réparatrice et stimulante des courants continus d'abord, puis des courants intermittents. Le succès a répondu à mes espérances, et j'ai vu l'activité fonctionnelle renaître plus rapidement que je n'aurais osé le supposer; j'ai évité l'atrophie qu'en pareille circonstance on doit toujours redouter.

FISTULES URÉTRALES NON URINAIRES (1)

Par M. le docteur Reliquet.

VI

Observ. VII. — M. X..., trente-huit ans environ, habite ordinairement dans les pays chauds, a fréquemment des coliques néphrétiques et a rendu à différentes reprises des graviers, a eu des abcès au périnée, avec difficultés très grandes pour uriner. Ces abcès se sont vidés par l'anus et à la marge de l'anus. Depuis cette époque, il y a une fistule anale, et il y a ce fait que le malade rend par l'urètre des débris de matière fécale et des gaz.

Ce malade, ayant très souvent de la gêne et même de la douleur dans le périnée et l'urètre, a imaginé tout seul la manœuvre suivante, qu'il exécute facilement et qui le soulage. L'un des membres inférieurs, le droit, élevé, le pied à plat sur une chaise, il met dans l'orifice extérieur du trajet fistuleux la canule d'une poire en caoutchouc pleine d'eau, puis il l'introduit profondément en la dirigeant obliquement vers le rectum et le côté gauche du périnée. Alors il comprime la poire de caoutchouc et le liquide sort très clair par le méat urinaire. Cette injection de lavage, il la répète assez souvent : elle diminue toujours la gêne et la douleur dans le périnée.

Le malade nous a affirmé que l'urine n'était jamais passé par la fistule. Nous l'avons fait uriner devant nous, et le docteur Chevalet a répété cela plusieurs fois. Nous n'avons jamais vu l'urine sortir par la fistule ou l'anus.

Les gaz sortent par l'urètre, ainsi que les liquides intestinaux, chargés de petits débris fécaux.

Nous constatons facilement la fistule anale en avant de la marge de l'anus, le stylet pénètre dans l'intestin, le pont de la fistule a à peine deux centimètres de hauteur. Mais il nous est impossible d'engager le stylet dans le trajet qui va vers l'urètre. Au toucher rectal, on trouve à environ cinq centimètres en haut, sur la paroi rectale antérieure, un petit bourrelet rond avec dépression centrale, qui est l'extrémité d'une sorte de cordon allant en avant et à gauche vers le périnée.

Avec le docteur Chevalet, après avoir pris nos précautions pour que l'intestin soit vide : la veille nous purgeons, le matin, deux heures avant notre arrivée, on donne un grand lavement. Dans ces conditions, le malade, anesthésié par le chloroforme, est mis dans la position propre à la taille périnéale.

Nous faisons la section du pont fistuleux avec le constricteur de Maisonneuve, et nous cherchons un trajet allant de la continuité de cette fistule anale à l'urètre sans rien découvrir. Évidemment le malade, en introduisant sa canule par cette fistule anale, pénétrait dans l'intestin et de là entrait dans la fistule recto-urétrale.

L'anus dilaté, comme dans la dilatation forcée, avec les doigts : nous touchons, nous ne trouvons rien sur les parois postérieures et latérales du rectum. En avant, nous reconnaissons que la prostate est de dimension et consistance normales; qu'elle est indépendante du bourrelet et du cordon que le toucher rectal nous avait déjà fait reconnaître; que ce cordon, à partir du bourrelet terminal, est libre, n'est pas adhérent à la muqueuse, et qu'il se dirige bien en avant et à gauche vers le bulbe. Une grosse sonde à grande courbure en métal, dans l'urètre, permet de reconnaître très exactement le point terminal antérieur de ce cordon, en rendant le toucher rectal plus net.

Le spéculum ani placé, nous ne trouvons pas que le bourrelet soit très apparent; on le sent bien toujours avec le doigt, mais l'œil ne le distingue pas. Nous cherchons à introduire dans sa dépression centrale, en le conduisant sur le doigt, un stylet d'argent recourbé brusquement ou une petite canule de même forme sans pouvoir y parvenir.

De plus, nous étions gêné à tout instant par des matières fécales demi-liquides, d'une abondance extraordinaire, qui venaient interrompre l'exploration.

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 janvier 1885.

Les jours suivants, M. Chevalet, se guidant sur la pulpe, son doigt appliqué sur le bourrelet de la muqueuse rectale, parvient à entrer l'extrémité fortement coudée d'une canule grosse comme un stylet dans l'orifice de la fistule, et à injecter du liquide qui revient par l'urètre, ce qu'il fait devant moi.

Le diagnostic était fait : fistules recto-urétrales permettant au liquide de passer du rectum à l'urètre et ne laissant pas passer l'urine de l'urètre au rectum.

L'état général du malade, très affaibli par un long séjour dans les pays tropicaux ; l'importance de la plaie à faire pour inciser tout ce trajet fistuleux, depuis son ouverture dans le rectum jusqu'à la glande au niveau du bulbe, y compris la portion correspondante du périnée ; en un mot, la plaie résultant de la section de tous les tissus compris dans l'angle entre le trajet fistuleux recto-glandulaire, la glande au sommet, et la portion postérieure du périnée, nous fit dire au malade qu'il pourrait guérir par cette opération, mais qu'il fallait remonter ses forces avant de la faire, et nous ne l'avons plus revu.

Ici les injections d'eau phéniquée ou d'eau boriquée dans le trajet fistuleux peuvent soulager, mais, seules, elles sont insuffisantes pour amener la guérison, en raison de l'impossibilité où on est d'empêcher le passage des liquides intestinaux dans la fistule.

Dans ce fait, les données précises sur l'origine de cette fistule recto-urétrale manquent; nous n'avons pas assisté à l'abcès primitif; mais cependant, malgré cette lacune, il est possible de conclure à une fistule de même nature, et surtout ayant la même disposition que celles des observations I et II.

Il est difficile que cette fistule n'ait pas son trajet composé de deux sections, l'une constituée par le canal excréteur de la glande allant de la glande à l'urètre, et remplissant là sa fonction normale de soupape empêchant l'urine d'entrer dans sa cavité propre ; et l'autre allant de la glande au rectum, due à l'abcès glandulaire ouvert dans le rectum, exactement comme nous l'avons observé dans l'observation VI.

— Ainsi, il existe des fistules urétrales qui permettent au liquide injecté par l'orifice externe, que cet orifice externe soit à la peau (ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent) ou dans le rectum, de passer dans l'urètre et de sortir par le méat, et cela sans que l'urine passe de l'urètre à l'extérieur. Il y a des fistules de l'urètre qui ne sont pas urinaires.

Ces fistules sont toujours consécutives à l'abcès d'une des glandes périphériques de l'urètre placée en avant du collet du bulbe. Le plus souvent c'est à la suite de la cowpérite suppurée. Mais elles peuvent exister en avant des bourses à la suite de l'abcès d'une glande anomalement placée au niveau des bourses ou en avant d'elles, dans les parois inférieures de l'urètre, ainsi que le démontre l'observation III.

Le trajet de ces fistules est toujours composé de deux sections : la première, allant de l'extérieur à la glande, c'est la fistule glandulaire proprement dite ; la seconde, allant de la glande à l'urètre, n'est autre que le canal excréteur de la glande.

Ce canal excréteur, en raison de sa disposition anatomique, de sa façon de traverser la paroi de l'urètre et de s'ouvrir dans la cavité de ce canal, permet au produit de sécrétion de la glande d'arriver dans l'urètre, mais ne permet pas au liquide contenu dans ce canal de pénétrer dans sa cavité jusqu'à la glande. C'est là un mécanisme normal qui assure l'intégrité de fonction de la glande. C'est ce même mécanisme qui, lorsque la fistule de la glande à l'extérieur existe, permet au liquide injecté par l'orifice extérieur de la fistule de pénétrer dans l'urètre sans que le liquide contenu dans ce canal puisse revenir par la fistule.

Jusqu'à présent les fistules anciennes des glandes de Cowper étaient considérées comme incurables ; *on ne savait comment rétablir le cours normal du produit de sécrétion de la glande vers l'urètre*, ainsi que le dit Gruget (1). Maintenant le fait démontré du passage facile de l'injection poussée par l'orifice externe de ces fistules dans l'urètre permet de rétablir le cours normal de la sécrétion de la glande. Par ces injections aussi fréquentes que l'on veut, on maintient le canal excréteur de la glande constamment libre ; il est ainsi incessamment débarrassé des mucosités épaisses plus ou moins purulentes qui s'y arrêtent et peuvent l'oblitérer.

Cette première indication thérapeutique remplie, il y en a une seconde : Il faut obtenir la rétraction complète et exacte des parois de l'abcès sur la glande et la cicatrisation du trajet fistuleux glandulaire, de la glande à la peau, du point profond à la surface, sans qu'il reste en arrière de la cicatrice la moindre surface donnant encore du pus. Tant que ce problème thérapeutique n'est pas résolu, la récidive est certaine. Pour arriver à ce but, il faut maintenir constamment le trajet fistuleux de la glande à la peau régulier ; il ne faut pas qu'il y ait sur ses parois des cavités et des saillies. Pour cela on doit débrider les parois de ce trajet, de façon qu'il ait constamment la forme générale d'un cône dont le sommet est à la surface même de la glande, et qu'il soit un infundibulum à parois régulières. Pour maintenir cet état du trajet fistuleux pendant les premiers jours, je le remplis de charpie longue imbibée d'eau phéniquée ; quand il est rétréci uniformément et que les parois de l'abcès se rétractent bien sur la glande, je mets un tube à drainage qui occupe tout le trajet. Tant qu'il y a de la charpie, le pansement a lieu deux fois par jour, et à chaque fois on fait dans le trajet l'injection avec de l'eau phéniquée au millième, ou de l'eau boriquée à 40 pour 1000, qui revient par l'urètre. Quand le tube à drainage est en place par lui, on doit faire trois injections par jour. Ainsi on maintient le canal excréteur de la glande libre et on favorise le retrait régulier de la cavité de l'abcès et de la continuité du trajet fistuleux. Bientôt le volume de l'abcès diminue, la compression directe sur sa masse ne fait plus sortir par l'urètre de muco-pus glandulaire ; la rétraction des parois de l'abcès est de plus en plus complète. Le liquide de l'injection qui sort par l'urètre n'est plus chargé de filaments de muco-pus, et celui qui sort à l'extérieur par le tube à drainage diminue de plus en plus. A un moment le tube est trop gros ; quand on le retire pour le nettoyer, on ne peut plus le réintroduire dans le trajet qu'il occupait un instant avant ; il faut le remplacer par un tube plus petit. Mais on arrive ainsi à un calibre qui ne permet pas la sortie facile des produits de suppuration, si faible que soit leur consistance et si petite que soit leur quantité. Alors il faut remplacer le tube à drainage par une canule en argent de petit volume, ayant de nombreux yeux latéraux. Par elle, en raison du peu d'épaisseur de ses parois et de la largeur relative de son calibre, les produits de suppuration s'écoulent à l'extérieur et il est toujours possible de faire les injections de lavages avec la solution, ce qui assure la perméabilité constante du canal excréteur de la glande et l'évacuation complète de la suppuration.

(1) Gruget, *loc. cit.*

Cette canule en argent doit toujours être assez longue pour que son extrémité aille jusqu'à la glande. En un mot, comme le drain en caoutchouc, elle doit occuper tout le trajet fistuleux, de la glande à l'extérieur. Quand cette petite canule, qui n'a pas deux millimètres de diamètre, est serrée dans toute la continuité du trajet fistuleux, et que l'abcès, ou plutôt la masse constituée par l'abcès et la glande, est tout à fait réduit, que les tissus sont souples sur la glande, que les parois du trajet fistuleux appliquées sur la canule d'argent sont souples dans tous leurs points, que le liquide de l'injection revient par l'urètre sans être chargé de filaments muqueux; alors, quand toutes ces conditions existent, on enlève la canule, et la cicatrisation complète est immédiate.

ANGINE DIPHTÉRITIQUE AVEC CROUP

GUÉRIE PAR LES VAPEURS ANTISEPTIQUES SANS TRACHÉOTOMIE

Par M. le docteur Bouchard (de Saumur)
ancien interne des hôpitaux de Paris.

La nommée G... (Adèle), vingt-six mois, demeurant à Saumur, rue Saint-Jean, est apportée chez moi le 13 septembre 1883, à huit heures du soir, avec un sifflement laryngo-trachéal, une toux rauque et le son vocal éteint. Je ne fais qu'un examen superficiel à cause de la difficulté d'examiner cette enfant le soir, et je formule pour la nuit une potion avec fleur de soufre, alcoolature d'aconit et teinture de belladone.

La nuit est très agitée, le sommeil nul, l'oppression va en augmentant.

Le lendemain matin, 14 septembre, tirage caractéristique avec dépression épigastrique considérable à chaque inspiration, toux rauque presque éteinte, son vocal nul. Le murmure respiratoire est très faible dans les deux poumons. L'examen de la gorge me fait découvrir une plaque diphtéritique sur chaque amygdale.

Je parle d'une trachéotomie possible dans la journée, s'il y a de la suffocation et si la maladie continue sa marche envahissante comme depuis la veille.

Même prescription que la veille. Fumigations antiseptiques avec demi-bouteille de vinaigre de Pennès et 250 grammes d'une solution d'acide phénique à 10 p. 100, dans deux ou trois litres d'eau avec fleur de sureau.

Toutes les six heures, on ajoute la même quantité de vinaigre de Pennès et de solution d'acide phénique, ainsi que de l'eau en quantité suffisante.

Toucher la gorge de l'enfant toutes les deux heures avec un mélange d'eau de chaux seconde 100 grammes, acide phénique 1 gramme, glycérine 10 grammes; alimentation autant qu'il sera possible. Café, eau-de-vie, vin. Température de la chambre: 22 à 24 degrés centigrades.

Journée très agitée.

Le soir, même état que le matin.

Insomnie, agitation dans la nuit du 14 au 15 mai, pas de suffocation.

Le 15 septembre au matin, le tirage est un peu moins fort, la toux un peu moins rauque. Phonation nulle.

L'hématose se fait un peu mieux, ainsi que me le fait constater l'auscultation de la poitrine; le murmure vésiculaire s'entend un peu mieux.

Dans la journée, sommeil de deux heures, ce qui n'avait pas eu lieu depuis la nuit du 12 au 13 septembre.

Le soir, le son vocal semble reparaître. Plus de plaques diphtéritiques dans la gorge.

L'alimentation amène des quintes de toux et quelques vomissements.

Nuit du 15 au 16 septembre assez bonne. Tirage laryngo-trachéal moins prononcé. Amélioration très sensible. Le pouls est toujours resté plein et régulier, excepté le 14 septembre où il était petit et agité.

Le sommeil a eu lieu pendant une partie de la nuit du 16 au 17 septembre. Le tirage a disparu et est remplacé par un sifflement laryngien léger. La respiration se fait bien dans les deux poumons. Même difficulté dans la déglutition. Aucune nouvelle trace de diphtérie dans la gorge.

La journée du 17 septembre est bonne. L'enfant dort trois heures d'un sommeil calme.

Le 18 septembre, le sifflement laryngien a disparu. L'enfant est calme et recouvre sa gaieté. Une légère petite plaque de diphtérie existe sur l'amygdale droite.

La déglutition est toujours difficile.

Les fumigations sont continuées jusqu'au 21 septembre au soir.

Le 22 septembre, elle se lève. Une toux légère persiste, mais sans lésion bronchique apparente.

Le 23 septembre, les aliments solides passent assez bien, les aliments liquides reviennent un peu par les fosses nasales. Le mieux continue et l'enfant sort le 3 octobre complètement guéri.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 janvier 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de remercîment de M. le docteur Parise, nommé associé national.

2° Un pli cacheté présenté par M. le docteur Brandel. (Accepté.)

3° Une lettre de M. Fabretti, président de l'Académie des sciences de Turin, annonçant qu'à partir du 1er janvier 1883 s'est ouvert une période quadriennale de concours pour le prix Bressa. Ce prix sera décerné au savant ou à l'inventeur qui, au jugement de l'Académie, aura fait la découverte la plus éclatante et la plus utile ou qui aura produit l'ouvrage le plus célèbre en fait de sciences physiques et expérimentales : histoire naturelle, mathématiques pures et appliquées, chimie, physique, physiologie et pathologie, sans exclure la géologie, l'histoire, la géographie et la statistique.

Le prix sera de 12,000 francs.

COMITÉ SECRET

A trois heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre des rapports de prix.

RAPPORT

A quatre heures, la séance publique est rouverte.

M. LÉON COLIN lit un rapport sur le prix Vernois.

LECTURE

Traitement de l'occlusion intestinale par le courant galvanique. — M. BOUDET (de Paris) rappelle que, le premier, Leroy d'Étiolles a proposé, en 1826, l'emploi du courant galvanique contre l'occlusion intestinale. Mais c'est à peine si l'on pourrait trouver quelques exemples de l'application de ce moyen thérapeutique avant 1880. La principale objection était l'action caustique du courant galvanique quand il n'est pas disséminé sur une assez large surface à l'un de ses pôles. Pour éviter ce danger, M. Boudet se sert d'un mandrin creux recouvert d'une sonde qui le dépasse et dans lequel il pousse une injection d'eau salée remplissant l'intestin. C'est l'eau salée en grande masse qui sert alors de pôle interne et dissémine le courant sur la paroi de l'intestin.

Quant à l'autre pôle, il est constitué par une large plaque métallique revêtue de peau de chamois et appliquée sur la surface tégumentaire.

En agissant de cette manière, on peut porter très loin l'intensité du courant, sans que le malade éprouve aucune sensation

pénible. La durée de l'application peut être de cinq à dix minutes, et la valeur du courant employé dans cet intervalle peut varier entre 1 kilogrammètre 1/2 et 150 kilogrammètres.

Depuis cinq ans, M. Boudet a employé 61 fois cette méthode ; il n'a échoué que 17 fois. Encore faut-il dire que 8 fois l'autopsie a révélé un obstacle insurmontable, et que six malades ont succombé sur huit, qui ont subi ensuite une opération chirurgicale.

Les 44 succès se décomposent ainsi : 15 cancers (sur 18) ; 9 péritonites aiguës ou chroniques (sur 12) ; 6 entérites et typhoïdes (sur 6) ; 5 paralysies de l'intestin (sur 6) ; 3 obstructions stercorales (sur 3) ; 3 tumeurs extérieures à l'intestin (sur 4) ; 2 volvulus probables (sur 3). Chez tous ces malades, on a obtenu le résultat demandé, c'est-à-dire la désocculusion intestinale.

Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles. — M. MAGNAN lit, sous ce titre, une série d'observations portant sur des individus atteints de troubles spinaux des fonctions génitales, et qu'il divise en plusieurs groupes :

1° Les spinaux ;
2° Les spinaux cérébraux postérieurs ;
3° Les spinaux cérébraux antérieurs ;
4° Les cérébraux antérieurs ou psychiques.

Parmi ces individus, il en est qui conservent toutes les apparences de la raison. Mais chez la plupart, avec les anomalies sexuelles, on a observé d'autres syndromes épisodiques, des obsessions, des impulsions et des délires variés à début rapide et à évolution irrégulière. Ces délires se distinguent réellement du délire chronique à marche méthodique, régulière, progressive, aboutissant à une systématisation de plus en plus étroite et à la démence.

Les troubles intellectuels de ces dégénérés, ajoute M. Magnan, exercent une action tellement obsédante qu'ils annihilent la volonté et déterminent des actes que celle-ci est impuissante à réprimer. C'est là, au point de vue médico-légal, une des conditions les plus importantes à réprimer. C'est d'autant plus nécessaire que, malgré leurs apparences raisonnables, ces malades, à la merci de leurs élans impulsifs, ne sauraient être considérés comme responsables. Ce ne sont pas de simples originaux, mais bien des psychopathes, de vrais aliénés, qui, sous tous les rapports, réclament l'assistance et l'attention du médecin.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sont nommés officiers d'Académie :

MM. les docteurs Macqret, Tony-Blanche, Troisier, Laburthe, Leblond, Le Noir, Materne et Violet, à Paris ; Boucher, médecin-major de deuxième classe ; Gény, maire de Bouloire ; Neis, médecin de première classe de la marine ; Blanchet, à Vichy ; Camuzet, à Dijon ; Sicard, à Castres ; Viry, médecin-major de première classe ; Balley, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bourges ; Damourette, médecin inspecteur des eaux de Sermaize ; Desfilhes, à Bellenones ; Garrigou, à Toulouse ; Juif, à Melisey ; Langlet, à Reims ; Lattry, à Smyrne ; Leclercq, à Arras ; Morvan, à Lannilis ; Noelas, à Roanne ; Olier, à Espalion ; Paillasson, à Lyon ; Salmon, à Chartres ; Viger, maire de Châteauneuf-sur-Loire ; Wagniez, à Condé-sur-l'Escaut.

MM. les officiers de santé Roblin, à Brie-Comte-Robert, et Saucerotte, à Baccarat.

MM. les pharmaciens Dautreville, à Paris ; Ferray, à Évreux ; Capdeville, à Aix ; Félin-Lanis, maire de Lusignan ; Granger, à Civray ; Mordagne, à Castelnaudary.

— M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 19 janvier, à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17263.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Deux crétins de Paris : feu le crétin des Batignolles et la crétine de la rue de La Harpe.

Bien que le crétinisme soit considéré généralement comme un état de dégénérescence endémique, propre à certaines régions, on l'observe cependant quelquefois à l'état sporadique et dans des milieux très divers et très différents de ceux qui sont le siège habituel de ces endémies. On lit, en effet, dans le célèbre rapport de la Commission sarde sur cette affection : « Le crétinisme n'épargne aucun village, aucune ville, aucune province, aucun État. On retrouve des crétins dans toutes les parties du monde, soit en plaine, soit au milieu des montagnes, et ce sont partout de vrais crétins. Cette universalité de diffusions n'appartient toutefois qu'aux crétins sporadiques. »

Il y a deux ans et demi environ, en juillet 1882, M. Ball lisait à l'Académie de médecine un très intéressant mémoire sur un cas de crétinisme sporadique et non héréditaire qu'il venait d'observer dans son service clinique de Sainte-Anne, et dont le sujet est resté connu depuis sous le nom du *Crétin des Batignolles*. Cinq mois après, au mois de novembre de la même année, il complétait l'histoire de ce cas curieux en rapportant les circonstances de la mort de ce crétin et les détails de son autopsie.

A peu de distance de la communication de M. Ball, MM. Bourneville et Gilles de la Tourette présentaient à la Société de biologie trois individus atteints de crétinisme sporadique, également originaires de Paris (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1882, p. 620, 710 et 1189).

C'est d'un nouveau fait du même genre, qui a fait le texte de l'une des dernières leçons cliniques de M. le professeur Ball, et dont le sujet est une jeune fille, que nous voulons entretenir aujourd'hui nos lecteurs.

La grande similitude de ce nouveau cas de crétinisme sporadique à Paris avec celui de Victor, le crétin des Batignolles, nous oblige à rappeler en quelques mots les principaux caractères de ce dernier, dont nous avions l'effigie sous les yeux, tandis que nous voyions et entendions la jeune Marie, — c'est le nom de la jeune crétine.

Le buste de Victor, exposé devant les assistants, présente le type le plus accompli du crétin complet : tête volumineuse, mais mal conformée, aplatie en avant à la partie supérieure, élargie latéralement, inégale dans ses deux côtés ; oreilles écartées, saillantes ; paupières épaisses, face large à pommettes saillantes, lèvres grosses, la lèvre inférieure notamment, qui est pendante. Il sera question de quelques autres des traits de ce crétin, par le rapprochement que nous aurons à en faire à de certains égards avec la jeune crétine, dont nous allons esquisser maintenant, en quelques mots, l'histoire et la physionomie.

Marie est une jeune fille âgée de dix-neuf ans, née à Paris dans la rue de La Harpe (Ve arrondissement). Elle présente un arrêt général de développement, qui est comme la pierre angulaire du triste édifice du crétinisme. Elle est très petite de stature ; sa taille est de 1m,01. Rien, ni dans l'hérédité ni dans ses antécédents, ne peut éclairer l'origine obscure de cette déchéance organique. Sa mère est morte phtisique, le père est un alcoolique ; mais ni l'une ni l'autre de ces conditions chez les parents n'a de rapport direct avec le crétinisme. Lorsqu'elle est venue au monde, elle avait le volume normal d'un enfant à terme, elle était bien conformée. Mais peu de temps après, elle a présenté les premiers signes de rachitisme : distorsion des membres, scolioses, développement du ventre. A l'âge de trois ans, son tempérament était très nettement lymphatico-scrofuleux. Comme maladies, elle a eu à cinq ans la rougeole et, peu de temps après, une fièvre typhoïde. Son accroissement n'a pas été précisément arrêté, mais il s'est fait avec une très grande lenteur. Aujourd'hui elle a encore toutes les proportions et les apparences extérieures d'un enfant. Elle est menstruée.

A la brièveté de la stature, à la petitesse des membres, à la déviation de la taille et à l'exubérance du ventre, il faut ajouter la physionomie toute spéciale et tout à fait caractéristique de la tête et de la face. La tête est volumineuse, disproportionnée avec le développement du corps, sa chevelure châtain est épaisse, touffue ; la face est large, ronde, épatée ; les lèvres sont épaisses, lippues ; les paupières bouffies. On dirait au premier abord la face d'un albuminurique. Mais l'examen des urines n'a pas révélé trace d'albumine.

Un autre caractère, très général chez les crétins, et qui est très accusé chez cette fille, comme il l'était aussi chez

Victor, consiste dans une conformation toute spéciale de la face.—On a divisé les figures humaines en deux types, le type convergent et le type divergent : le premier, désigné aussi sous le nom de type nasal, à cause de la saillie prédominante du nez, dans lequel les traits de la face semblent tous converger vers la ligne médiane, où ils ont leur relief le plus accusé. Dans le deuxième, au contraire, tout le développement semble se faire en largeur, la partie médiane de la face étant aplatie, presque sans relief, comme si on l'eût volontairement comprimée ou meurtrie par un coup de poing; les pommettes sont développées, saillantes; les yeux sont écartés et comme bridés; le front est étroit, couvert; la bouche est généralement mal conformée; elle manque presque toujours d'une grande partie de ses dents. Ce type divergent est celui de ces deux crétins.

La conformation du crâne est généralement très irrégulière. Le type le plus ordinaire du crétin est la brachycéphalie. Chez les deux sujets en question, Victor et Marie, il y a plutôt une tendance à la dolichocéphalie occipitale. Ils ont tous deux une saillie occipitale prononcée. C'est une exception. Les oreilles sont volumineuses, larges, flaccides. Le cou est enfoncé dans les épaules.

L'ensemble du corps n'est pas moins défectueux que la tête. Le thorax est court, ramassé; le ventre est proéminent, le plus souvent énorme.

Voici maintenant quelques indications sur l'état mental de ces deux sujets. Victor avait une intelligence extrêmement bornée, il n'a jamais pu apprendre à lire, ni même à épeler. Il était affectueux, reconnaissant pour tout ce qu'on faisait pour lui ; il ne manquait pas d'un certain jugement et d'un certain bon sens, mais c'était le jugement et le bon sens d'un enfant. Un de ses plus grands plaisirs était de faire claquer un fouet. Le jour où on lui a fait cadeau d'un fouet a été un des plus beaux jours de sa vie.

Marie parle, mais avec une certaine difficulté, à cause de la mauvaise conformation de sa bouche. Comme Victor, elle n'a jamais pu apprendre à lire. Elle a, comme ont la plupart des crétins, une tendance invincible à dormir et une grande voracité, deux caractères qui rentrent dans la manière d'être générale de ces dégénérés.

M. Ball a pris texte de l'histoire de ces deux crétins pour esquisser une histoire générale du crétinisme. Nous en rappellerons seulement ici les principaux traits.

Avec M. Baillarger, M. Ball considère le crétinisme comme un véritable arrêt de développement à la fois physique et intellectuel. Ce n'est, dit-il, qu'à la suite de longs tâtonnements, après avoir longtemps confondu le crétinisme avec l'idiotie et l'avoir considéré comme inséparable du goître, qu'on est arrivé à cette formule simple et claire. Il admet la classification de la Commission sarde en trois classes : 1° les crétineux, qui constituent l'aristocratie du crétinisme, ce sont les dégénérés à un degré atténué ; 2° les demi-crétins, qui représentent le degré intermédiaire entre ceux-ci et 3° les crétins complets, dont on vient de voir deux types.

Dans les pays à crétins, on peut prévoir dès la naissance, à la lenteur de l'accroissement, que tel enfant restera crétin. Ils n'atteignent jamais la taille moyenne; ils présentent souvent des déformations rachitiques ; enfin, ils ne se développent pas au point de vue génital. Ce qui frappe surtout chez les crétins, au premier aspect, c'est l'apparence d'une sorte d'état œdémateux général, la disproportion entre les différentes parties du corps, le volume disproportionné de la tête avec le corps, sa malformation, ainsi que la malformation de la face, la brièveté des membres, qui conservent le type enfantin, le développement du ventre, l'étroitesse contrastante du bassin ; enfin, un défaut de développement des muscles, l'aspect terreux et sale de la peau, l'abondance de la chevelure.

Un point capital de l'histoire générale des crétins, est qu'ils ne paraissent pas vieillir, pas plus qu'ils n'ont jamais été jeunes ; leurs cheveux ne blanchissent jamais, ils ne deviennent non plus jamais chauves, ils sont à peu près à quarante ans ce qu'ils étaient à trois ou quatre ans. La cryptorchidie est très commune chez eux.

Les principales perturbations physiologiques qu'ils présentent, sont : la difficulté des fonctions respiratoires, par suite de la mauvaise conformation du thorax ; ils ont généralement de la dyspnée, sont souvent emphysémateux, et ils parlent toujours difficilement ; indépendamment de leur insuffisance psychique, leur parole est souvent accompagnée de soufflage et d'une sorte de grognement sourd.

Leur cœur est souvent mal conformé ; ils ont généralement le pouls lent. La fonction de calorification s'effectue imparfaitement, leur température est presque toujours basse, ils se réchauffent difficilement.

Très voraces, en général, ils subissent les conséquences naturelles de cette voracité, c'est-à-dire la dilatation fréquente de l'estomac et des intestins.

Les crétins ont, en général, une très grande faiblesse musculaire ; aussi n'ont-ils aucune tendance au mouvement, et ne peuvent-ils suffire qu'à une marche très courte. Victor était dans ce cas. Il en est de même de Marie qui, pour venir de l'hôpital Laënnec à Sainte-Anne, a été obligée de se faire transporter en voiture. Elle eût été incapable de faire ce trajet à pied.

En somme, le crétin complet dort et mange, et ne semble guère vivre que pour cela.

Il n'en est plus de même des demi-crétins, et surtout des crétineux, qui, tout en tenant des crétins complets par l'arrêt ou les déviations du développement physique, sont beaucoup moins atteints dans le développement intellectuel et moral, et sont susceptibles d'un degré d'éducation et aussi d'instruction souvent même assez élevé.

Hystérie; grandes attaques hystéro-épileptiques ; symptôme insolite, éternuement.

M. Charcot, dans sa dernière conférence, a entretenu son auditoire d'une jeune fille hystérique, présentant la forme vulgaire type de l'affection, mais de laquelle se détachent deux phénomènes très rares, qui lui impriment un cachet particulier.

Cette jeune fille, âgée de seize ans, qui a des antécédents héréditaires non douteux,—grand-père maternel mort aliéné, mère extrêmement nerveuse, irritable, — a été atteinte dans son enfance d'abcès scrofuleux multiples. La maladie actuelle remonte seulement au mois de janvier 1884.

On sait de quoi se compose la grande hystérie, de deux ordres de phénomènes : des phénomènes permanents et des accès convulsifs.

Les phénomènes permanents sont l'hémianesthésie, portant sur la peau et sur les organes sensoriels, siégeant le plus souvent à gauche, avec une démarcation exacte sur la ligne médiane du corps. Du côté des sens, la malade ne sent pas les odeurs de la narine gauche, le côté gauche de la langue ne perçoit point les saveurs, de l'oreille gauche

elle n'entend point le tic-tac d'une montre; enfin la vision présente ce phénomène si particulièrement intéressant de l'amblyopie hystérique. — Ici nous ouvrons une parenthèse pour nous arrêter un instant sur les considérations pratiques très importantes au point de vue du diagnostic que M. Charcot a développées à l'occasion de cette malade, touchant la valeur de chacun des signes qui viennent d'être énumérés, et en particulier celle de l'amblyopie hystérique. Rien de plus aisé que de diagnostiquer l'hystérie par la seule constatation du syndrome si caractéristique de l'hémianesthésie cutanée et sensorielle. Mais ce syndrome ne se présente pas toujours ainsi complet. Il peut se diviser, se fragmenter en quelque sorte, de manière qu'on n'ait sous les yeux qu'un de ses éléments seulement. Il peut se faire, par exemple, que le malade ne présente que l'agustie ou l'amblyopie. A cette occasion, M. Charcot nous a rappelé l'histoire d'un élève du collège des jésuites de Cantorbéry qui, après avoir été malmené par ses camarades, était devenu tout à coup paraplégique. Envoyé à Paris, il fut soumis à son examen. Il n'y avait point de fracture de la colonne vertébrale. Il fallait chercher ailleurs la cause de cette paraplégie. En l'examinant bien, en explorant l'état de la sensibilité sur toute la surface du corps, il finit par découvrir une anesthésie de deux doigts. Cela lui suffit pour déclarer qu'il s'agissait là d'une hystérie, ce que démontrèrent par la suite la marche ultérieure de la maladie et le résultat du traitement. Dans d'autres cas, c'est un point d'hyperesthésie, c'est l'amblyopie, ce sont les points hystérogènes reconnus à la pression, qui mettent sur la voie du diagnostic. Chez un jeune homme en proie à un délire dont on ignorait la cause, il a pu rattacher ce délire à l'hystérie, après avoir cherché et trouvé un point hystérogène.

Pour revenir à la jeune malade qui a fait le sujet de cette conférence, elle présente l'ensemble type du syndrome permanent en question.

Quant aux attaques, très violentes, elles ne répondent pas entièrement au type de l'hystéro-épilepsie, en ce qu'un phénomène insolite vient s'y ajouter.

Ce type, comme on le sait, consiste en grandes attaques, qui se composent : 1° des prodromes, douleur sur un point déterminé, la douleur hystérogène ; aura, stertor ; 2° de la phase convulsive ; 3° du clonisme, phase des contorsions, des grands mouvements, en arc de cercle, etc. ; 4° de la phase délirante et des attitudes passionnelles.

Comme tous les types, celui-ci peut se dissocier, telle ou telle période peut manquer ou n'être qu'esquissée; elles peuvent s'associer diversement entre elles.

Chez la jeune fille, qui a eu une attaque en présence de l'auditoire, les trois phases convulsive, clonique et délirante, se sont bien manifestées dans leur ordre ordinaire. Pendant la dernière phase,— et c'est là le phénomène insolite, surajouté, auquel nous faisions allusion tout à l'heure, — la malade s'est mise à éternuer avec une violence extrême et une continuité presque incessante, pendant toute la durée de l'accès.

Ce phénomène de l'éternuement comme faisant partie de la symptomatologie de l'hystérie paraît être très rare. Il a été signalé par Romberg, qui l'assimile à la toux, au rire hystérique. Comme ces mouvements convulsifs spéciaux, il se place tantôt au début de l'attaque, tantôt dans les intervalles des diverses phases ou dans le cours de l'une ou de l'autre. Romberg, dans les cas d'éternuement hystérique qu'il a observés, a constaté que cet éternuement s'accompagnait d'une sécrétion nasale abondante. Ici, l'éternuement a lieu sans sécrétion ; c'est un coryza sec.

Petite épidémie d'épilepsie ; épidémie de famille.

Dans la même conférence, M. Charcot a présenté à l'assistance trois enfants d'une même famille : une fille âgée de treize ans et deux garçons, l'un de douze et l'autre de onze ans, qui sont sujets tous trois à des attaques d'épilepsie. La manière dont la maladie s'est manifestée pour la première fois chez la sœur aînée, pour gagner ensuite ses deux jeunes frères, est assez curieuse pour devoir être rapportée ici.

Il est bon, d'abord, d'établir les antécédents de famille. Le père de ces trois enfants, âgé de quarante-trois ans et bien portant actuellement, a eu, à l'âge de treize ans, un accès de délire. La mère, âgée de trente et quelques années, a eu quelques atteintes d'hystérie. La jeune fille, née à sept mois, a été toujours très nerveuse et d'un caractère difficile. Quant aux deux garçons, ils n'avaient présenté rien de particulier jusque-là, et étaient assez bien portants habituellement.

La jeune fille était dans un couvent, d'où elle est sortie au mois d'août dernier, pour aller passer les vacances chez ses parents. Dans la soirée du 15 août, une dame, amie de la famille, qui s'occupait de spiritisme, se mit à faire des évocations et à faire tourner les tables. La petite fille, vivement frappée de ce qu'elle venait de voir, fut prise tout à coup d'un violent accès d'épilepsie. A dater de ce moment, elle a eu de trente à quarante attaques par jour. Le plus jeune des deux frères, le petit garçon de onze ans, qui était un peu rhumatisant, témoin des attaques de sa sœur, a été pris à son tour d'attaques semblables ; enfin, l'aîné, le garçon de douze ans, a été pris à son tour, le dernier, et d'une manière un peu moins violente que sa sœur et son frère. On est obligé de les tenir autant que possible séparés dans des salles différentes de la Salpêtrière, où ils sont internés en ce moment tous les trois, chacun d'eux ne pouvant assister aux attaques de l'un des autres, sans être pris aussitôt lui-même. Le fait seul de leur rapprochement momentané dans la salle des conférences a suffi pour déterminer une attaque chez la jeune fille d'abord, et puis presque immédiatement chez les deux jeunes frères.

FISTULES URÉTRALES NON URINAIRES (1)

Par M. le docteur Reliquet.

VII

Pour les cas de fistules dues aux abcès d'une glande anomalement placée en avant du bulbe, le long de la continuité de la verge, la canule d'argent est supportée sans gêne, le malade peut se lever, marcher, s'asseoir, sans la moindre difficulté (obs. III). Lorsqu'il s'agit de la fistule de la glande de Cowper, ouverte directement au périnée, pendant que cette canule métallique sera en place, le malade ne pourra s'asseoir avec, il devra rester couché. La rapidité de la cicatrisation, dans les meilleures conditions possibles, due à cette canule, doit faire exiger du malade le séjour au lit. Je suis convaincu que si j'avais mis cette canule au malade de l'observation II, il n'y aurait pas eu de récidive et la cicatrisation aurait été rapide.

(1) Fin. — Voir le numéro du 15 janvier 1885.

Lorsque la fistule de la glande de Cowper s'ouvre dans le rectum et qu'elle laisse pénétrer les liquides intestinaux dans son trajet, et jusque dans l'urètre, l'indication thérapeutique se complique. Il faut avant tout faire cesser l'irritation due aux liquides fécaux. Chez notre malade, les injections qu'il était parvenu à faire lui-même dans le trajet du rectum à l'urètre le soulagaient momentanément, mais étaient absolument insuffisantes pour amener la guérison. Là il faut d'abord faire cesser le contact des liquides fécaux avec le trajet de la fistule; aussi faut-il faire l'opération de la fistule anale borgne interne en limitant la section profondément dans le périnée à la glande de Cowper et en avant à la partie moyenne du périnée, du côté de la glande, origine de la fistule. Il faut faire là l'opération qui m'a réussi chez le malade atteint de fistule de la glande de Cowper ouverte dans le rectum, que j'ai opéré avec le docteur Abadie (obs. VI). C'est ce que j'ai proposé au malade de l'observation VII; mais il a reculé devant cette opération, et en raison de son état général, dû à son long séjour sous les tropiques, nous n'avons pas insisté.

Si nous relevons les observations de cowpérites suppurées avec ouvertures cutanées, rapidement guéries sans fistules consécutives, nous voyons que ce sont les cas de beaucoup les plus nombreux, ainsi que le démontrent les faits de Ricord, de Gubler, de Tillaux (1), de Mauriac. C'est cependant ainsi que l'ont observé Gubler, et surtout Mauriac; et, comme le dit Gruget (2), « quelquefois immédiatement après l'incision qui donne issue au pus, d'autres fois quelques jours après, on voit l'urine sourdre par la plaie et se mêler au pus ». Et, ajoute Gruget, « ce fait tient-il à une perforation ou à une ulcération de la portion membraneuse de l'urètre, ou bien à ce que quelques gouttes d'urine viennent refluer par le canal excréteur de la glande au moment de la miction ? Je ne sais. » Puis l'auteur, s'appuyant sur les faits qu'il tient de Mauriac, affirme que cette fistule urinaire n'est que momentanée et ne retarde en rien la cicatrisation.

La première hypothèse, celle de l'*ulcération de la paroi de l'urètre*, est inadmissible: une ouverture de la paroi urétrale surtout due à un abcès et laissant passer l'urine ne se cicatrise jamais avec rapidité; il y a toujours une fistule urinaire véritable qui persiste et qui nécessite un traitement spécial. En effet, dans ce cas, ce sont les tissus, sans protection, non recouverts d'une couche épithéliale, qui directement sont baignés par l'urine; l'action de ce liquide excrémentiel sur ces tissus est complet, et toutes les altérations de tissus dues au contact de l'urine, induration, suppuration, etc., se produisent. Pour guérir la fistule, il faudra, dans un cas semblable, détourner l'urine du trajet fistuleux d'une façon complète, et cela ne se fait pas dans le temps court que demande la cicatrisation des abcès de la glande de Cowper, comme l'a observé Mauriac. Ainsi ce genre de fistule momentanée, par ulcération de la paroi de l'urètre, n'est pas possible.

La seconde hypothèse: *la pénétration du liquide urinaire dans le trajet excréteur de la glande*, est la seule façon d'expliquer la fistule urinaire momentanée dans ce cas. Nous savons comment et pourquoi, dans l'état physiologique, l'urine ne pénètre pas dans le canal excréteur de la glande de Cowper. Je l'ai décrit plus haut: si ce canal est distendu par des mucosités purulentes épaisses, ainsi que je l'ai observé dans le fait de double cowpérite (obs. VI), certainement dans ce cas les canaux excréteurs, surtout lors de la première cowpérite à gauche, ont dû être fortement distendus lors du passage des mucosités épaisses et filantes que j'ai vues sortir par l'urètre au moment du coup de piston. Lorsqu'on comprime l'abcès de la cowpérite, surtout lorsque l'inflammation a été assez lente et longue, ne fait-on pas sortir des mucosités épaisses, très consistantes, qui doivent singulièrement élargir le canal excréteur et surtout son ouverture dans l'urètre, qui est si étroite? L'élargissement de cette ouverture dans l'urètre, à lui seul, peut permettre le passage de l'urine dans l'abcès extérieur. Mais, outre ce fait de dilatation du conduit excréteur qui existe certainement dans les conditions de l'abcès aigu, qui seules nous occupent actuellement, il y a en plus l'*inflammation* des parois du conduit excréteur, qui maintient le calibre de ce conduit béant, qui fait que le flot d'urine, en écartant les parois de l'urètre, en les comprimant de dedans en dehors, ne déprime plus le canal excréteur de la glande dont les parois sont suffisamment résistantes pour ne plus s'affaisser à la moindre pression excentrique.

Ainsi l'urine reflue au moment de la miction dans le canal excréteur de la glande et sort par l'ouverture de l'abcès. Mais quand les parois du canal excréteur reviennent sur elles-mêmes, en même temps qu'elles recouvrent leur souplesse, c'est-à-dire quand leur inflammation a disparu, le conduit excréteur reprend sa fonction normale, ses parois se laissent appliquer l'une contre l'autre par le flot d'urine qui passe par l'urètre, et l'urine ne passe plus par l'abcès de la glande de Cowper. Ainsi peut se faire la cicatrisation rapide de ces abcès observés surtout par Mauriac.

Ce reflux de l'urine dans le canal excréteur de la glande de Cowper, constaté quand l'abcès est ouvert, peut très bien se faire avant que l'ouverture ait donné issue au pus, et cela par le même mécanisme, en raison de la distension existante du canal excréteur et de l'inflammation de ses parois concomitantes. Il en résulte que le contenu de l'abcès, au moment de l'incision, répand une odeur fétide tenant de celle des abcès urineux et de la putridité des liquides de la glande elle-même; c'est ce qui est relaté dans l'observation V. Gubler (1) insiste sur ce passage de l'urine par le canal excréteur jusque dans l'abcès, et il dit: « Les abcès dits urineux, sans perforation de l'urètre, qu'on signale presque toujours au voisinage du bulbe, nous paraissent aussi avoir pour siège habituel l'une des glandes bulbo-urétrales. » En effet, il est bien difficile d'expliquer autrement le passage de l'urine dans ces abcès. Ce reflux de l'urine vers la glande peut persister, ainsi que cela a existé justement dans l'observation IV de Gubler et, comme l'a observé Gosselin, dans le fait que je donne observation V. Lors des premiers abcès au périnée, il y a vingt ans, on s'était vivement préoccupé de savoir si l'urine passait par l'abcès, et, au dire du malade, jamais le fait n'a été constaté. Et cependant le canal excréteur de la glande a été perméable à l'urine, car les graviers que nous avons extraits (*fig.* 31 (2) ne se sont certainement pas formés dans l'urètre pour s'engager ensuite dans le canal excréteur de la glande: leur volume ne le permet pas. Puis les six facettes concaves du gravier central recevant très exactement

(1) Dans la thèse de Nicolle, 1873.
(2) Gruget, *loc. cit.*, page 11.

(1) Gubler, pages 42 et suivantes.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 1164.

chacune un gravier lenticulaire, cette disposition étrange démontre que ces graviers sont d'une origine ancienne et qu'ils se sont développés dans une cavité très restreinte dont les parois les maintenaient appliqués les uns contre les autres. Enfin il fallait que l'urine pénétrât facilement dans cette cavité et s'y renouvelât incessamment pour qu'il y ait dépôt de matériaux solides de l'urine en aussi grande quantité. Ainsi chez ce malade la persistance du reflux de l'urine dans le cul-de-sac de la cavité glandulaire a duré des années, depuis les premiers abcès jusqu'au moment où j'ai ouvert le dernier abcès, ce qui a permis aux graviers de migrer vers la peau, dans le trajet fistuleux de la glande à la peau.

Dans ce fait, il n'est pas impossible que l'urine cesse de passer, en raison de la rétraction possible du canal excréteur de la glande. Celle-ci n'étant plus arrêtée par les calculs, et le rétrécissement de l'urètre n'existant plus, il pourrait arriver dans ce cas que le trajet de la glande à la peau se fermât, tenant emprisonnés les graviers qui y sont, jusqu'à ce qu'une cause d'irritation en provoque la présence en tant que corps étrangers dans les tissus.

Ainsi se trouvent expliqués ces faits singuliers de calculs trouvés dans le périnée et les bourses, en faisant des autopsies, sans qu'on ait pu découvrir le trajet qui faisait communiquer la cavité occupée par le calcul avec les voies urinaires. Maintenant on pensera de suite au canal excréteur d'une glande périphérique à l'urètre, servant de conduit de communication entre les calculs et l'urètre.

Même dans le cas de persistance du reflux de l'urine au moment de la miction dans le canal excréteur, et de sa sortie par la fistule, les tissus des parois du trajet ne subissent pas d'une façon notable les altérations dues au contact de l'urine. Ils ne sont pas indurés. Il n'y a pas tendance incessante à des abcès de voisinage et à la formation consécutive de nouvelles ouvertures cutanées, qui en même temps que les premières se ferment et provoquent par leurs cicatrices des infundibulums cutanés profonds à côté des mamelons, au sommet desquels sont les nouvelles ouvertures cutanées. Il semble que la section glandulaire de ces fistules, comprenant le canal excréteur et la glande, modifie complètement l'action de l'urine sur la partie externe du trajet qui est dans les tissus, entre la glande et la peau.

NOTE

SUR UN CAS DE RÉIMPLANTATION TARDIVE D'UNE DENT SAINE

Par le docteur Bestion

Médecin de première classe de la marine.

On sait que la réimplantation appliquée aux dents est une opération qui consiste à rétablir dans son alvéole et dans ses connexions normales une dent préalablement enlevée. On sait aussi que cette opération varie suivant que la dent à réimplanter est entière, saine, c'est-à-dire qu'elle a été extraite pendant une opération ou par un traumatisme, ou suivant qu'elle a été intentionnellement enlevée pour être réséquée dans une partie altérée, et réimplantée dans l'autre portion restée saine : on donne à la première opération le nom de *réimplantation simple*, et à la seconde celui de *greffe par restitution*, ou de *réimplantation avec perte de substance*. Cette dernière a été fréquemment pratiquée, comme on sait, dans ces derniers temps par Magitot et ses élèves.

Le fait que nous avons observé et que nous allons rapporter, appartient à la catégorie des réimplantations simples, et il doit son intérêt particulier à ce que la remise en place a été pratiquée un temps fort long (dix-sept heures) après la luxation complète.

Si nous cherchons toutefois dans les auteurs les exemples de réimplantations simples, nous en trouvons un nombre considérable. Sans parler des observations des auteurs anciens, Ambroise Paré, Hunter, Jourdain, Fauchard, etc., qui relatent des faits de dents chassées de leurs alvéoles et réimplantées avec succès peu d'instants après l'accident, on trouve dans les modernes des faits de réimplantation plus tardive. Ainsi M. P. Bert, dans sa thèse inaugurale sur la greffe animale (1), rapporte, d'après Magitot, un exemple de réimplantation suivi de succès, deux heures après l'accident. Maurel en cite d'analogues (2), mais c'est surtout Mitscherlich (3) et Magitot (4) qui en ont publié de très remarquables. Ce dernier auteur rapporte entre autres le fait d'une dent incisive luxée, chez un enfant de dix ans, et remise en place quatre heures après, et consolidée.

Cette limite de quatre heures ne semble pas avoir été dépassée, car nous la retrouvons dans plusieurs exemples de greffes de Magitot, et dans une observation du même auteur relative à l'ablation très laborieuse d'une dent de sagesse, laquelle nécessita l'*extraction préliminaire* de la deuxième molaire, laquelle fut réimplantée environ quatre heures après l'opération (5). L'observation qui suit doit donc, nous le répétons, son intérêt particulier à ce que sa réimplantation a été faite *dix-sept heures* après l'accident.

Observation.— Le nommé Lecoq, quartier-maître de manœuvre, âgé de vingt-cinq ans, était occupé, le 23 mai 1884, à quatre heures de l'après-midi, à serrer la brigantine. Il a l'imprudence, pour se servir de la seule main qu'il avait libre, de mettre la cargue entre ses dents. Un camarade ayant à ce moment tiré sur la corde, une de ses dents est aussitôt arrachée et projetée sur le pont. C'est l'incisive médiane gauche inférieure. Le blessé, après quelques recherches, la ramasse et la met dans son sac.

Le lendemain matin, à neuf heures, c'est-à-dire dix-sept heures après l'accident, Lecoq vient nous raconter son aventure. Nous lui demandons immédiatement sa dent, qu'il court chercher et qu'il apporte dans un état de sécheresse absolue.

Nous la faisons tremper dans l'eau tiède pendant quelques minutes, puis nous l'essuyons avec un linge fin ; enfin nous la réimplantons. L'opération est douloureuse et détermine une petite hémorragie. Aucun bandage n'est appliqué, la dent se maintenant à peu près droite. Comme seul régime, nous supprimons le biscuit, qui fut remplacé par du pain assez tendre, et qui fut pendant les premiers jours mouillé d'un peu d'eau ou de vin.

Aujourd'hui 2 août 1884, c'est-à-dire près de trois mois après l'opération, la dent est parfaitement à sa place, très solide. Mais elle n'a pu reprendre l'éclat qu'elle avait autrefois, et a seulement, quand on l'observe au miroir, une légère teinte grise.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 janvier 1885. — Présidence de M. Marc Sée.

Amputation du sein, réunion immédiate.— M. POLAILLON, revenant sur la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance à

(1) Paris, 1863, p. 118.
(2) *Luxation de dents*. Arch. de méd. nav., avril 1875.
(3) *Arch. génér. de méd.*, 1864, t. I, p. 688.
(4) *Ibid.*, 1865, t. I, p. 544.
(5) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, année 1879.

ce sujet, déclare n'avoir eu qu'un seul décès post-opératoire sur 37 ablations de tumeurs du sein. Il s'agissait d'une femme de trente-trois ans qui avait eu plusieurs bronchites, qui avait continuellement des quintes de toux et qui vit se développer dans le sein une petite tumeur à marche extrêmement rapide. Cette tumeur présentant tous les caractères d'un cancer, M. Polaillon l'enleva aussi largement que possible. Les suites de cette opération furent d'abord des plus simples; mais bientôt la température monta à 39 degrés, 39°,5 et le vingtième jour la malade succombait, sans érysipèle ni infection purulente, mais avec tous les caractères d'une phtisie galopante. L'autopsie montra en effet l'existence d'une énorme caverne au sommet du poumon gauche, autour de cette caverne et du côté opposé, de l'infiltration tuberculeuse, sur la plèvre des deux côtés un semis tuberculeux, etc. C'est là le seul décès sur 37 opérations de tumeurs du sein qu'ait eu à déplorer M. Polaillon. Il ferme, autant que possible, ses plaies, a recours au drainage, à la méthode de Lister dans toute sa rigueur et au pansement ouaté.

M. DESPRÉS dit que si l'on se faisait une règle, même pour les plus petites tumeurs, d'enlever toute la mamelle, on se mettrait à l'abri des récidives pour deux ou trois ans. Il y a en effet tout intérêt, quand on opère une tumeur du sein, à enlever le plus de tissus possible. Or, quand on cherche la réunion par première intention, malgré soi on se préoccupe de garder plus de tissus, de ménager la perte de substance pour favoriser cette réuuion. Lorsqu'il s'agit d'un sarcome du tibia, on ne se contente pas de désarticuler le genou, on ampute la cuisse; ce principe est aussi vrai pour les tumeurs du sein. Il est donc impossible d'accepter cette proposition de M. Trélat, à savoir que la récidive n'est pour rien dans la question de la réunion. La préoccupation de réunir la plaie porte forcément à ménager la perte de substance qu'il faut précisément faire aussi large que possible pour se mettre à l'abri des récidives prochaines.

M. TILLAUX, pendant de longues années, a traité les tumeurs du sein par les pansements ouverts. Mais, depuis la méthode antiseptique, il fait la suture chaque fois qu'elle est possible. C'est pour lui une question de principe : réunir le plus que l'on peut. Nos maîtres ne faisaient pas de drainage; dans ces conditions, la réunion offrait des dangers; mais avec le drainage et l'application de la méthode antiseptique, on se met à l'abri des accidents qu'on observait autrefois dans les plaies fermées. La réunion immédiate doit donc aujourd'hui être la règle chaque fois qu'elle est possible.

M. TRÉLAT ne peut laisser dire que chercher la réunion complète immédiate c'est s'exposer davantage aux récidives et il proteste de nouveau contre ce reproche adressé par M. Desprès et aussi par M. Verneuil aux partisans de la réunion. Récemment encore, M. Trélat faisait à la Charité une leçon clinique ayant précisément pour but de démontrer que le bienfait des ablations des tumeurs du sein reposait tout d'abord sur un diagnostic précoce, sur une intervention prompte, radicale et aussi large que possible, sur l'ablation non seulement de toutes les parties malades, mais aussi de toute la glande mammaire, sur l'ablation, même préventive en quelque sorte, des ganglions de l'aisselle, etc. ; enfin sur la réunion immédiate primitive qui permet, chaque fois qu'elle est possible, d'obtenir une guérison beaucoup plus rapide. Dans ces conditions, peut-on admettre que la réunion favorise la récidive? qu'elle expose aux accidents qu'on lui reproche? Certainement, non.

M. VERNEUIL admet que la réunion immédiate, en tant que mode de pansement, n'influe en rien sur la récidive. Mais il n'est pas possible que MM. Trélat et Lucas-Championnière n'aient pas vu des cas de récidive de tumeurs du sein, dans lesquels on avait fait une première ablation de la tumeur par une petite boutonnière de la peau; on avait enlevé le moins possible de tissus; dans ces cas, la récidive s'était faite, après deux ou trois mois, dans la plaie. Sous prétexte d'aller vite, de guérir vite, de pratiquer une opération insignifiante, de rassurer les malades, on avait fait des opérations incomplètes et on avait laissé du cancer qui a récidivé dans la plaie. Ne serait-il pas préférable que les chirurgiens ou les médecins de province qui pratiquent ces opérations fussent, au contraire, bien imbus de cette idée qu'il y a tout avantage à enlever largement, à faire de vastes plaies ouvertes sans se préoccuper de la réunion. Il y a des cas, d'ailleurs assez nombreux, où toute réunion est impossible ou tout au moins très difficile. Quant aux réunions partielles, M. Verneuil n'y voit aucun avantage. Il voudrait, en un mot, que la réunion immédiate fût facultative et non obligatoire comme sembleraient le vouloir ses partisans.

M. TRÉLAT trouve qu'il n'est pas exact de dire que la réunion immédiate complète ne peut se faire qu'exceptionnellement. Il opère les tumeurs du sein aussi largement que possible, et, dans un grand nombre de cas, il peut réunir complètement, sans que son ablation ait été en rien influencée par l'idée de cette réunion. Il serait à désirer que tous les membres de la Société de chirurgie fissent connaître les résultats de leur pratique ; M. Trélat en appelle au témoignage de tous ses collègues et leur demande de dire s'ils considèrent les réunions comme le plus souvent impossibles après l'ablation d'une tumeur du sein. Un chirurgien contemporain, M. Gosselin, a écrit qu'un tiers des opérées du sein succombent. Un congrès des chirurgiens allemands accusait naguère encore 15 p. 100 de mortalité pour cette opération. Il est vrai que cette statistique porte sur des faits recueillis depuis un an ou deux. Or il est incontestable que tous ici nous avons une meilleure statistique, relativement à cette opération. Les progrès accomplis dans ces derniers temps ont rendu les ablations des tumeurs du sein aussi peu dangereuses que possible.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que les adversaires de la réunion reprochent à ses partisans de ne pouvoir faire cette réunion que dans les petites opérations. C'est là une erreur, ajoute M. Lucas-Championnière; ce n'est pas notre cas, et nous arrivons très bien à réunir après l'ablation de la totalité de la peau de la mamelle. C'est là une chose facile, nullement exceptionnelle. Ce sont, au contraire, les cas où la réunion n'est pas possible, qui sont exceptionnels. Quant à la récidive, on la voit apparaître aussi bien et aussi vite après les opérations faites à plat; elle se présente dans tous les cas, quel que soit le procédé opératoire auquel on ait recours. Les larges plaies ouvertes ont un inconvénient qu'on a passé sous silence, c'est qu'elles laissent, après leur cicatrisation, une rétraction telle, que beaucoup de malades ont bien de la peine à écarter le bras du tronc.

L'argument invoqué par M. Verneuil en faveur de la facilité de la pratique qu'il préconise pour les chirurgiens de province, est un argument de circonstances atténuantes. Là, n'est pas la question. La question est de savoir s'il est mieux ou non de réunir; nous pensons qu'il vaut mieux réunir.

M. Lucas-Championnière déclare, quant à lui, qu'il fait toujours la réunion, qu'il n'a jamais d'accidents, jamais d'érysipèles. Il a vu quelquefois, rarement cependant, la réunion manquer, et voilà tout. Il n'a eu, pour toutes ces opérations de sein, que trois décès, dont deux causés par la pleurésie et un seul par le shock, dans un cas de cancer à marche très rapide.

M. BERGER croit qu'il faut distinguer les cas, et qu'il n'y a pas de relation à établir entre l'amputation du sein pour un petit carcinome parfaitement limité, sans envahissement des ganglions ni de la peau, et l'ablation de ces énormes tumeurs ayant envahi toute la glande et compliquées de tumeurs ganglionnaires. Le pronostic opératoire est très différent dans ces cas, et le traitement diffère également. M. Berger n'a eu à déplorer que deux cas de mort : l'un, dans lequel il avait dû disséquer l'artère axillaire, est mort de pleurésie purulente; la malade pouvait avoir contracté cette pleurésie en prenant froid dans l'amphithéâtre de la Charité; l'autre a succombé à une phlébite purulente consécutive à la section de presque toutes les branches de l'axillaire. Il n'y a pas de comparaison à établir entre ces cas et les cas que l'on rencontre habituellement.

Mais, d'une façon générale, vaut-il mieux ou non chercher la réunion par première intention? M. Berger a cru remarquer que les récidives étaient plus précoces dans les cas où l'on avait fait la réunion que dans ceux où on ne la fait pas. On peut, en effet, beaucoup plus facilement laisser, dans le second cas, échapper

un noyau cancéreux. C'est pour cela que M. Berger serait assez disposé à abandonner la réunion, sauf pour de petites tumeurs. Quel que soit le procédé qu'on emploie, on est bien obligé de laisser les malades quatre ou cinq semaines sans se servir de leur bras, du côté de l'opération. Or que leur coûterait-il de rester une ou deux semaines de plus ?

M. DESPRÉS maintient qu'il faut enlever trop de peau pour en enlever assez, attendu que plus on enlève de peau, plus on enlève de vaisseaux lymphatiques et plus on retarde la récidive. Il n'a, quant à lui, jamais agi autrement et sur 96 amputations du sein qu'il a pratiquées, il n'a eu que trois décès dont deux par pleurésie et un par septicémie avec érysipèle. Que les partisans de la réunion donnent leur statistique et l'on comparera.

M. POLAILLON, partisan de la réunion, soutient que la réunion partielle, dans les cas où la réunion complète est impossible, présente encore de grands avantages. Il ajoute qu'on n'est pas plus à l'abri de la récidive quand on a enlevé toute la peau que quand on en a laissé.

Suture tendineuse. — **M. SCHWARTZ** présente un malade sur lequel il a fait la suture par anastomose des deux tendons extenseurs du pouce.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 13 janvier 1885, M. Marty, médecin-major de deuxième classe au 41e d'infanterie, a été désigné pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

M. Paquy, médecin-major de deuxième classe au bataillon du 54e d'infanterie stationné à Verdun, a été désigné pour l'École normale de gymnastique, à Joinville-le-Pont.

M. Vack, médecin-major de deuxième classe, récemment affecté à la portion principale du 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique, a été désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

— La Société de médecine d'Anvers met au concours les questions suivantes :

1° Discuter les dangers de la chloroformisation et les méthodes de les prévenir ; 2° exposer le traitement de l'eczéma ; 3° étudier l'infusion du sang et d'autres liquides réparateurs; exposer et discuter le traitement de l'épanchement pleurétique purulent.

Les mémoires des concurrents devront être envoyés avant le 1er juin 1885 à M. le secrétaire de la Société, 41, rue Ommeganck, à Anvers, sous les formes académiques ordinaires, c'est-à-dire que les mémoires devront porter une épigraphe répétée sur un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse des auteurs.

Les prix consisteront en une médaille en or, en argent ou en vermeil, selon la valeur des mémoires. Les lauréats recevront le titre de membre correspondant, et 50 exemplaires de leurs mémoires tirés à part.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17276.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy.

Lithiase biliaire.

Je voudrais vous parler aujourd'hui de la malade couchée au lit n° 3 de la salle Sainte-Anne.

Cette femme, âgée de trente-quatre ans, est entrée à la Charité, le 9 du mois dernier, pour un ictère assez foncé, tout en conservant encore certains attributs de la santé. Cette teinte jaune de la peau datait déjà de plusieurs semaines et s'accompagnait d'une douleur à l'épigastre irradiant dans l'hypocondre droit. A son arrivée, nous constatâmes un certain mouvement fébrile (38°,4 le matin et 39° le soir) ainsi qu'un état saburral assez prononcé. Le foie était augmenté de volume dans son diamètre transverse de même que dans son diamètre vertical qui mesurait 16 centimètres. Quant aux autres viscères, leur examen donnait des résultats négatifs; l'organe hépatique seul était malade. Il paraissait bien s'agir d'un ictère classique. Les urines étaient hémaphéiques. Mais la maladie n'avait eu encore aucun retentissement sur l'organisme général; le pouls ne présentait rien de particulier; la malade n'éprouvait aucune démangeaison, mais seulement un certain degré d'affaiblissement, d'amaigrissement et de langueur.

Ses antécédents personnels étaient assez bons, si ce n'est qu'à l'époque où la menstruation s'établit elle commença à éprouver ses premières douleurs épigastriques et dans l'hypocondre droit, douleurs qui augmentaient par la pression du corset. Pendant le cours de ses deux grossesses, les mêmes douleurs reparurent plus accentuées pour disparaître après la délivrance. Dans leur intervalle la santé redevenait bonne. Enfin, c'est au mois de juin dernier que ces crises douloureuses ont reparu, et depuis lors n'ont plus cessé; et bientôt la teinte jaune ictérique de la peau s'est montrée, les urines sont devenues foncées, les forces ont diminué et la malade est entrée à l'hôpital.

Quant aux antécédents héréditaires, du côté de sa mère, ils sont nuls, tandis que son père est atteint d'une affection du cœur et d'un asthme.

En résumé, des phénomènes que je viens d'exposer, je conclus à l'existence d'un ictère dû à la lithiase biliaire sans grandes crises de coliques hépatiques, sans grand retentissement sur l'économie générale, enfin sans la présence de calculs biliaires dans les déjections alvines.

La lithiase biliaire est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, dans la proportion de deux sur trois, et les crampes d'estomac sont souvent le premier signe révélateur de cette lithiase.

Mais, malgré le traitement que, dès le lendemain, nous instituions, la fièvre, loin de diminuer, se prononça davantage, et, huit jours après l'arrivée de la malade à l'hôpital, elle dépassait 40°, atteignant même 41°. Son tracé n'était pas régulier, il présentait des ascensions et des descentes rapides, avec frissons plus ou moins marqués. En somme, l'ensemble des phénomènes que nous observions indiquait qu'il se faisait, outre cette lithiase biliaire, un travail pathologique profond, quelque infection purulente, et je prononçai le mot d'angiocolite suppurante. En effet, une suppuration profonde du foie se produisait qui devait rendre notre thérapeutique complètement vaine et entraîner assez promptement la mort.

L'autopsie a été faite il y a deux jours. En voici les résultats. La plupart des viscères sont indemnes. L'abdomen renferme une petite quantité de liquide, mais trop peu considérable pour mériter le nom d'ascite. Les reins présentent une sorte d'imbibition pigmentaire due à la matière colorante de la bile. Le foie est plus volumineux et présente une teinte vert olivâtre diffuse. A l'embouchure du canal cholédoque, on trouve un corps étranger dur, un calcul biliaire qui le ferme complètement et s'oppose au passage de la bile. Le canal cholédoque est fortement dilaté jusqu'au tube du foie.

Les différentes coupes que nous avons faites de l'organe hépatique nous ont montré que celui-ci était parsemé d'une série incalculable d'abcès de grosseur variant depuis la tête d'une épingle jusqu'à celle d'une grosse noisette. Ces abcès renferment non seulement du pus, mais encore de la matière colorante du foie. En résumé, il y a eu rétention et accumulation, dans les canaux biliaires, du liquide biliaire qui a infiltré peu à peu les cellules et déterminé la formation de foyers purulents autour de ces canaux. De plus, dans les canaux hépatiques nous avons trouvé de la gravelle biliaire.

Les grands frissons, la persistance de la fièvre caractérisée dans les derniers temps par des rémissions et des élévations

brusques et considérables expliquent parfaitement l'angiocolite que nous avions diagnostiquée pendant la vie. La mort est donc la conséquence d'accidents de la lithiase biliaire que l'on ne rencontre pas fréquemment dans cette affection.

Aussi, chez les malades atteints d'ictère, malgré ses caractères bénins, le pronostic ne doit-il être jamais émis qu'avec une certaine réserve, d'autant plus que chez la femme l'ictère est toujours quelque peu sérieux par suite de cette tendance à la lithiase biliaire. Il est rare que la femme prédisposée à cette lithiase ne reçoive pas du côté du foie le contrecoup de l'établissement de la menstruation ainsi que de l'état de grossesse.

La pathogénie de la lithiase biliaire se produit lorsque la cholestérine, qui doit être tenue en suspension dans la bile, vient à se précipiter par une cause ou par une autre tendant à diminuer l'alcalinité des tumeurs. C'est ainsi que lorsque la jeune fille devient femme, c'est-à-dire que la menstruation s'établit, c'est ainsi que lorsque la femme devient grosse, il se produit chez elle certaines modifications dans ses humeurs qui déterminent une diminution de leur alcalinité. Or l'homme, n'ayant pas, de par sa nature, à subir pareilles modifications dans son être, est beaucoup moins prédisposé à la lithiase biliaire. Ainsi, chez la femme, aux époques que je viens d'indiquer, les oxydations diminuent, l'excrétion de l'urée, de l'acide carbonique est moindre, et ces oxydations étant réduites, l'alcalinité devient plus faible. De plus, la vie sédentaire que les femmes mènent le plus souvent contribue déjà à la diminution des combustions et prédispose à la stagnation biliaire.

De tout ceci il résulte que lorsque l'on surprend chez la femme ses premières crampes d'estomac, il faut chercher si la cause n'en serait pas dans la lithiase biliaire; il est très important de s'en rendre compte le plus promptement possible, afin d'en débarrasser la femme, de la préserver des accidents auxquels elle peut donner lieu, par une sage hygiène et une thérapeutique bien dirigée.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Gomme scrofulo-tuberculeuse; raclage; guérison.

Par M. le docteur Albert Brochin.

La lumière est loin d'être faite encore sur les rapports de la scrofule et de la tuberculose, et les opinions des auteurs sont encore bien partagées sur ce point. Les uns voient là deux maladies absolument distinctes; d'autres, se basant sur les recherches histologiques récentes et sur les résultats de l'expérimentation, c'est-à-dire de l'inoculation, n'admettent qu'une seule maladie, la tuberculose. D'autres enfin, plus éclectiques, tout en admettant les rapports intimes qui, au point de vue de la recherche des micro-organismes, existent entre les lésions dites scrofuleuses et les lésions tuberculeuses, établissent une distinction, au point de vue clinique, entre les deux affections.

Sans vouloir ici traiter à fond cette question et encore moins la trancher, sans remonter à la découverte du *tubercule primitif* par Friedlander dans le lupus de la peau, par Koster dans les tumeurs blanches, devenu un peu plus tard le *follicule tuberculeux* de M. Charcot; sans rappeler les travaux de MM. Grancher et Cornil, etc., sur ce sujet, je ne veux aborder ici qu'un seul point de cette grande question, celui des abcès froids appelés successivement abcès froids tuberculeux, gommes scrofulo-tuberculeuses.

Plus on avance dans cette étude et plus on a de tendance à distraire ces abcès de la scrofule pour en faire des accidents tuberculeux. C'est en effet ce qui résulte des belles recherches de M. Lannelongue, des travaux plus récents de MM. Brissaud, Josias, Debove, Trélat, Coudray, Letulle, etc. La nature tuberculeuse de ces abcès froids est aujourd'hui, croyons-nous, démontrée non seulement par l'observation clinique, mais aussi par la présence des bacilles, et par les résultats de l'inoculation.

Ceci étant bien établi, une autre question se pose, peut-être plus intéressante encore pour le praticien : je veux parler de l'intervention chirurgicale dans le traitement de ces manifestations tuberculeuses. Nous rentrons ici dans cette autre grande question de l'intervention chirurgicale chez les tuberculeux ou de l'influence du traumatisme sur la tuberculose. Je partage sur ce point l'opinion de ceux qui se montrent favorables à cette intervention, et cette opinion, chez moi, est basée sur un grand nombre de faits empruntés à la pratique de mon maître M. Péan; sur les importantes communications faites à la Société de chirurgie par MM. Lannelongue, Trélat, Berger, etc.; enfin sur quelques faits personnels que vient encore confirmer le fait suivant.

Observation. — Mlle M..., âgée de vingt-neuf ans, me raconte qu'elle a eu une enfance extrêmement délicate. Orpheline dès ses premières années, elle ne peut me donner aucun renseignement relativement à ses antécédents héréditaires. A dix-huit ans, elle a eu une pneumonie et, depuis, elle a continué à tousser fréquemment. Il y a trois ans, elle a eu des abcès ganglionnaires au cou qui ont été largement ouverts et dont elle porte aujourd'hui des traces apparentes. Au mois de mai dernier, je vois cette malade pour la première fois. Voici l'état dans lequel elle était à cette époque : maigre, pâle, chétive, elle tousse et récemment encore a craché du sang; elle a presque continuellement la diarrhée, de la fièvre tous les soirs, des sueurs nocturnes abondantes; elle est très faible, peut à peine marcher, souffre beaucoup. Elle porte une tumeur blanche du coude avec ankylose. L'examen de la poitrine révèle des craquements à gauche et du souffle à droite. Le diagnostic de tuberculose s'impose. Mais il ne s'agit pas seulement ici d'une tuberculose pulmonaire. Les antécédents manifestement strumeux, les abcès ganglionnaires cervicaux, l'arthrite fongueuse du coude font de cette malade soit une tuberculeuse générale, si l'on peut dire, soit une scrofulo-tuberculeuse, soit enfin une scrofuleuse devenue tuberculeuse, selon l'opinion à laquelle on veut se rattacher.

M. Peter, appelé en consultation, me déclare ne pas admettre l'identité de la scrofule et de la tuberculose et voir en cette malade une scrofuleuse se tuberculisant. Quoi qu'il en soit, le pronostic est grave et nous conseillons, d'un commun accord, un traitement tonique et reconstituant au premier chef, ainsi que le séjour au bord de la mer.

Mlle M... revient à Paris au mois d'octobre, quelque peu améliorée au point de vue de l'état général, mais avec une suppuration et des fistules de l'articulation malade. Elle a repris un peu de forces, mange mieux et a moins de diarrhée; toutefois elle est toujours très maigre, tousse encore, se plaint beaucoup de sueurs nocturnes et de souffrances dans tous les membres; elle accuse surtout une douleur sourde dans la région dorso-lombaire et bientôt s'aperçoit de l'existence d'une tumeur dans cette région. En effet, j'y découvre un abcès par congestion déjà assez volumineux. Je prescris des badigeonnages iodés, la continuation du traitement tonique et des soins hygiéniques déjà prescrits. Un mois après, je revois la malade; la tumeur a beaucoup grossi; Mlle M... est disposée à partir pour Cannes, où je lui conseillais de faire traiter son abcès

par le drainage et les injections iodées; mais son départ ayant été ajourné et les souffrances devenant de plus en plus vives, elle vient de nouveau me trouver et me prier de lui faire moi-même au plus tôt cette petite opération.

J'avoue qu'étant donné la gravité de la situation, le mauvais état général de la malade, je ne me souciais guère de tenter chez elle autre chose que le simple passage d'un tube à drainage. Cependant, comme j'entendais à chaque instant vanter à la Société de chirurgie les bons effets du grattage, comme j'en avais maintes fois apprécié les bons résultats entre les mains de mon cher maître M. Péan, comme déjà, dans deux cas analogues, j'en avais moi-même obtenu d'excellents résultats, comme enfin je venais de lire la thèse de M. Coudray (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 1049), dans laquelle se trouvaient un grand nombre de faits probants, je me décidai à pratiquer l'opération suivante avec l'assistance de MM. les docteurs Coizeau et Coudray.

La malade fut soumise au chloroforme, avec toutes les précautions que réclamait le mauvais état de sa poitrine ; l'anesthésie se fit avec une parfaite régularité, aucun incident, aucune menace d'asphyxie, période d'excitation assez marquée, puis anesthésie profonde, absolue. Lorsqu'elle fut complètement endormie, je la fis coucher sur le côté. La tumeur avait le volume des deux poings; je fis à la partie déclive une ponction avec le bistouri et donnai ainsi issue à environ un litre de pus fétide, séro-sanguinolent ; lorsque la poche fut bien vidée, je fis, partant du point de la ponction, une incision verticale de 10 centimètres ; j'appliquai quelques pinces hémostatiques, je disséquai assez facilement la poche et la réséquai; puis, muni de la curette de Folkmann, je grattai toutes les fongosités qui remplissaient cette vaste cavité, et j'arrivai ainsi jusqu'à la face postérieure de la dernière côte, sur laquelle il me fut facile de découvrir une assez grande dénudation, ce qui est une nouvelle confirmation de cette opinion que ces abcès ont presque toujours une altération osseuse pour point de départ.

Une fois cette grande cavité complètement débarrassée des fongosités qu'elle contenait, et bien lavée avec la solution phéniquée au 20e, je la comblai avec une grosse éponge, préalablement trempée dans cette solution ; j'appliquai le pansement de Lister, et je fis une forte compression ouatée.

Les suites immédiates de l'opération furent des plus satisfaisantes; il n'y eut pas de fièvre, la température resta normale, la malade ne souffrait pas; elle avait très bien supporté le chloroforme.

Le lendemain, état aussi satisfaisant que possible. Le surlendemain, je fais le premier pansement. Je retire l'éponge; il n'y a pas eu la moindre hémorragie; je fais un grand lavage de la cavité avec une solution phéniquée au 40e, je la remplis de gaze phéniquée et j'appliquai un Lister. Deux jours après, je modifie le pansement de la façon suivante : la cavité ayant été bien lavée avec la solution phéniquée, je la comble avec de la gaze iodoformée et j'applique le Lister.

A partir de ce jour, quatrième jour après l'opération, la malade est pansée toujours de la même façon. Vers le dixième jour, apparaît un très léger érythème phéniqué; j'abandonne alors le pansement de Lister, et je panse simplement avec de la gaze iodoformée et de la ouate ordinaire. J'exerce toujours une certaine compression.

Il n'y a eu à aucun moment la moindre trace de suppuration ; la plaie présente toujours un très bel aspect. Le douzième jour, la malade peut se lever et assister à une longue cérémonie religieuse à laquelle elle tenait beaucoup.

Aujourd'hui, trente jours après l'opération, la cavité est comblée, il ne reste plus que quelques bourgeons à cautériser; la plaie est presque complètement cicatrisée.

Mais ce n'est pas là le côté le plus intéressant de cette observation. Depuis cette opération, l'état général s'est amélioré d'une façon tout à fait inespérée ; la malade ne tousse plus n'a plus d'expectoration ; plus de fièvre vespérale, plus de transpirations nocturnes, plus de diarrhée ; l'appétit est devenu très bon ; elle mange et digère bien ; elle se sent plus de forces que jamais ; elle sort et se promène, ne souffre plus, sauf de son coude ; elle se rattache à la vie et n'a jamais été si gaie ni si heureuse. Toutefois les phénomènes stéthoscopiques persistent. Il y a toujours des craquements en avant, au-dessous de la clavicule gauche ; la respiration est toujours soufflante et rude des deux côtés. Quant à l'état du coude, il ne s'est pas aggravé, et la malade me supplie aujourd'hui de la débarrasser de son coude comme je l'ai débarrassée de son abcès tuberculeux. Je ne suis pas, jusqu'ici, disposé à lui donner cette satisfaction. Cependant, si cette amélioration, véritablement inattendue, persiste et s'accentue encore davantage, il y aura lieu de se demander s'il ne serait pas indiqué de faire la résection des os du coude. J'attends encore avant de prendre cette décision, et je me contenterai de continuer à faire des cautérisations au thermocautère.

Quelque satisfaisants que soient les résultats obtenus jusqu'ici chez cette malade, je ne m'illusionne pas, et je me garde bien de conclure à une guérison définitive d'une tuberculose par une opération pratiquée sur une localisation externe de cette affection. Je n'en continue pas moins à considérer cette malade comme une diathésique tuberculeuse, vouée par conséquent à l'évolution fatale de cette impardonnable diathèse. Mais je ne crois pas non plus que ce soit exagérer la valeur de l'intervention chirurgicale que d'admettre une influence favorable de cette intervention sur la marche de la maladie générale.

Si maintenant nous n'envisageons les résultats de cet acte opératoire qu'au point de vue de l'abcès froid en lui-même ou de la gomme scrofulo-tuberculeuse, personne, je pense, ne pourra en contester les avantages. Or, en présence de ces deux résultats, amélioration de l'état général, guérison de l'état local, je me crois autorisé à considérer l'intervention, dans les cas de ce genre, comme un devoir qui s'impose au chirurgien. Voilà ce qui ne me semble pas assez généralement admis jusqu'ici, voilà ce que ce fait, joint à beaucoup d'autres, me semble démontrer d'une façon irréfragable.

Quelques médecins, peut-être un peu timorés, pourront m'objecter qu'il est toujours grave ou même dangereux de porter l'instrument tranchant sur une constitution affaiblie, déprimée par une propathie grave; et ici il nous faudrait rentrer dans la grande discussion tant de fois soulevée par M. Verneuil relativement à l'influence du traumatisme sur les diathèses.

S'il y a danger, selon moi, ce n'est pas tant dans l'opération en elle-même que dans la nécessité de recourir au chloroforme, les phtisiques étant beaucoup plus que les cardiaques, à mon sens, exposés à des accidents chloroformiques. Eh bien, c'est là une affaire de prudence et d'attention. Quant aux dangers qui pourraient résulter de l'opération elle-même, ils sont à peu près illusoires pour qui saura assurer l'hémostase par l'emploi rationnel des pinces hémostatiques, et l'asepsie par l'application rigoureuse de la méthode antiseptique.

ANGINE COUENNEUSE

GUÉRIE PAR LES FUMIGATIONS DE GOUDRON ET D'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE

Par M. le docteur H. Vigouroux.

Depuis l'observation du cas de croup guéri par les fumigations de goudron et d'essence de térébenthine, observation que la *Gazette des hôpitaux* a bien voulu publier (1), je n'avais pas rencontré dans ma clientèle de nouveau cas de diphtérie.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 539.

J'avais bien été appelé auprès d'une malade (jeune fille d'une dizaine d'années), afin d'employer les fumigations, parce que le médecin traitant qui avait alors à soigner dans son quartier plusieurs cas de croup, avait prononcé ce mot, mais je ne constatai qu'une simple amygdalite, ce qui me permit de rassurer immédiatement les parents et de leur annoncer une guérison rapide ; ce qui arriva en effet.

Mon excellent confrère le docteur Sandras m'a bien aussi appelé en consultation auprès d'une jeune fille atteinte de croup ; mais quand je suis arrivé avec mon confrère, cette enfant était à la période asphyxique, et elle n'avait plus que quelques minutes à vivre. Les fumigations étaient complètement inutiles, puisqu'il n'y avait absolument rien à faire.

Enfin, le 17 novembre, j'ai été appelé, rue des Lombards, pour donner mes soins à une jeune fille de huit ans.

Cette enfant assez forte, mais très lymphatique, est sujette aux maux de gorge. Je l'avais soignée quelques mois auparavant pour une amygdalite simple.

En arrivant, le matin, je constatai encore de l'amygdalite ; mais sur les amygdales j'aperçus des points blanchâtres qui étaient loin de ressembler à ceux que l'on rencontre dans l'angine tonsillaire simple. Comme l'enfant avait de la fièvre, un peu de prostration et un engorgement douloureux des ganglions sous-maxillaires, je craignais que les points blanchâtres ne se transformassent en fausses membranes. J'ordonnai un vomitif, une potion au chlorate de potasse et des badigeonnages, toutes les deux heures, avec un pinceau trempé dans un collutoire au miel rosat et au borate de soude. Seulement, en partant, je recommandai à la mère de la petite fille de regarder plusieurs fois dans la journée le fond de la gorge, et de me faire appeler dès qu'elle verrait quelque chose de blanc.

Ce que je prévoyais arriva. Quand je revis la malade, le soir, je remarquai que les deux amygdales étaient complètement recouvertes de fausses membranes blanchâtres formant une couche uniforme et assez épaisse.

Je cherchai à les détacher, mais je ne pus y parvenir, elles étaient trop adhérentes. Ne doutant plus que je fusse en présence d'un cas d'angine couenneuse à marche très rapide, je changeai aussitôt le traitement et je prescrivis une fumigation avec 60 grammes de *goudron de houille* et 120 grammes d'essence de térébenthine. On devait mettre le mélange dans une casserole en terre ou en fer-blanc, placer celle-ci dans un grand plat, déposer le tout, par terre, assez près du lit de la malade, et allumer. J'ordonnai en même temps des badigeonnages avec la préparation suivante :

Essence de térébenthine. . . } *aa* 15 grammes.
Glycérine. . . . . }

Le lendemain, 18, j'avais la satisfaction de voir que les fausses membranes qui se trouvaient sur l'amygdale droite se *décollaient*. Avec un bistouri à pointe mousse, je parvins à en détacher complètement la grandeur d'une pièce de un franc. La muqueuse était excoriée au-dessous, saignante, ce qui prouve que j'avais bien affaire à une angine couenneuse.

Mais, si une partie des fausses membranes commençait à se détacher, la maladie était loin de s'être arrêtée, puisque la luette et le fond de la gorge se trouvaient tapissés de l'exsudat membraneux. La nuit, du reste, avait été très mauvaise, et les parents avaient craint à un moment de voir leur petite fille rendre le dernier soupir.

J'engageai ceux-ci à continuer le même traitement. Je fis faire trois fumigations dans la journée et une quatrième dans la nuit.

Dès la deuxième, la respiration qui était sifflante, très pénible, devint meilleure, et quand je revins, le lendemain, 19, je trouvai la mère toute radieuse, car sa fille avait passé une très bonne nuit et avait dormi d'un sommeil très calme après chaque fumigation.

En examinant la malade, je trouvai que les fausses membranes ne s'étaient plus étendues, quoiqu'elles se fussent reformées, mais moins épaisses, sur la partie de l'amygdale droite où je les avais enlevées. La marche de la maladie, si rapide dès le début, me paraissant devoir s'arrêter, je donnai un peu d'espoir aux parents, et je fis faire trois nouvelles fumigations.

Le 20, le mieux était encore plus sensible. A chaque badigeonnage, le pinceau ramenait quelques peaux, et il n'en restait presque plus au moment de ma visite ; je fis faire néanmoins deux fumigations.

Le 21, il n'y avait plus rien. L'enfant était gaie et jouait sur son lit.

Aujourd'hui, 28, elle est complètement remise, et elle ne tardera pas à rentrer à l'école.

Ainsi donc voilà une angine couenneuse qui, vu la rapidité de sa marche dès le début, menaçait d'être promptement mortelle, et qui a guéri dans *cinq jours*.

Je ne peux attribuer cette guérison qu'au traitement institué : fumigations et badigeonnages. Je n'ai donné en plus que du chlorate de potasse, et la petite fille n'en a pris que 3 grammes, en potion, dans le courant de la maladie. Ce n'est donc pas au chlorate de potasse qu'on doit attribuer le succès, mais bien à la méthode du docteur Delthil qui, j'en suis persuadé, doit donner presque toujours les meilleurs résultats.

Plusieurs de mes confrères disent cependant avoir eu des insuccès.

Il est évident que tous les croups ne peuvent pas être guéris. Mais les insuccès doivent-ils être attribués à la méthode elle-même, ou à la manière de l'employer ?

Il ne s'agit pas de dire : Faites des fumigations avec *tant* de grammes de goudron de houille et d'essence de térébenthine. Non.

Il y a une chose de la plus haute importance, à laquelle on ne s'est sûrement pas assez attaché, M. Delthil lui-même, et qui cependant, pour moi, est capitale : *c'est qu'on ne peut indiquer d'avance la quantité de goudron et d'essence de térébenthine nécessaire pour les fumigations.* Les doses de ces substances doivent évidemment varier suivant la grandeur de la pièce dans laquelle se trouve le malade.

Si la chambre est très grande, les vapeurs se répandent trop, et elles ne sont plus assez énergiques pour agir. Si elle est trop petite et si on fait brûler trop de goudron, on asphyxie le malade.

Le médecin doit donc, avant d'indiquer sur son ordonnance la dose de goudron et d'essence de térébenthine nécessaire pour chaque fumigation, évaluer aussi approximativement que possible le cubage de la pièce où se trouve le malade.

Je pense que, pour obtenir un bon résultat des fumigations, il faut employer *trois* grammes de goudron de houille et le double d'essence de térébenthine par mètre cube. Avec cette dose, assez forte, je suis convaincu que les succès, déjà fort nombreux, le deviendront encore davantage, et mes confrères n'auront plus qu'à se louer d'une méthode qui leur permettra de sauver de nombreux petits êtres qui, sans elle, seraient morts très probablement.

LE CHLORHYDRATE DE COCAÏNE EN OCULISTIQUE

Par le docteur Sédan,
membre de la Société française d'ophtalmologie.

La cocaïne est l'objet de communications multiples non seulement dans le monde de l'oculistique, mais dans les journaux et publications, dans toutes les sociétés. Nous avons donc résolu de faire une tentative de décentralisation scientifique et d'essayer à notre tour le produit si heureusement prôné.

C'est à M. Billault que nous devons d'avoir pu employer, dans tous les cas d'une consultation assez fréquentée, la solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/20e.

Toutes les promesses faites par l'anesthésique en question se sont réalisées ; un seul côté m'a paru rester peu exploré, il mérite pourtant d'être bien étudié.

Abadie a vulgarisé autrefois la section du nasal externe dans une foule d'affections.

Le docteur Vacher ayant, d'autre part, tenté les injections sous-cutanées de chlorhydrate de cocaïne, nous avons associé ces deux idées et, en injectant sous la peau du trajet du nerf nasal externe 5 gouttes de la solution du nitrate, nous avons produit une sédation remarquable et une immobilité à peu près absolue.

Il nous semble que c'est là le moyen d'éviter que l'instillation dans un œil enflammé reste sans résultat. L'idée est bonne, le succès l'a sanctionné.

Nous ne saurions terminer cette note sans insister sur le pouvoir mydriatique de ce sel, qui, signalé par le docteur Delamarre comme le seul utilisable dans l'armée, nous a servi dans nos examens des recrues de la classe nouvelle.

Ajoutons, d'ailleurs, que pour être exagéré son prix n'est pas excessif : 3 à 4 gouttes suffiraient pour les opérations habituelles.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 janvier 1885. — Présidence de M. Hanot.

COMMUNICATIONS

Locomobilité du cerveau. — **M. GAVOIS** présente un petit instrument susceptible d'indiquer les déplacements de 1/5e de millimètre, à l'aide duquel il a pu mesurer les déplacements du cerveau. Voici comment il procède : il fait une couronne de trépan, fixe cet instrument et fait varier les positions de la tête. Il a trouvé ainsi 9 millimètres de déplacement au niveau du lobe frontal, 5 millimètres au lobe occipital, 7 millimètres de déplacement latéral, 5 millimètres de haut en bas et 3 millimètres de bas en haut.

M. LABORDE rappelle les expériences qu'il a faites sur Campi une heure après l'exécution. Les conditions ne sont pas les mêmes dans les expériences de M. Gavois que celles qui existent pendant la vie; le liquide céphalo-rachidien est écoulé; il n'y a plus de sang dans les vaisseaux; le volume de l'encéphale est modifié. Quoi qu'il en soit, les résultats des expérimentations de M. Laborde sont plutôt défavorables à l'idée de la locomobilité du cerveau.

De la recherche des alcaloïdes dans l'organisme. — **M. LABORDE** rappelle avoir montré, bien des fois déjà, que là où les réactifs chimiques restent tout à fait impuissants, des réactifs physiologiques donnent les résultats les plus nets. C'est ainsi qu'à l'aide de ces derniers, il a pu obtenir des tracés graphiques tels qu'il est arrivé à déceler la présence de 1/20e de milligramme d'aconitine. Jamais la chimie ne pourra arriver à une pareille détermination. C'est ainsi que, dernièrement, un chien étant venu à mourir en quatre jours chez M. Duquesnel, il était impossible au premier abord de savoir s'il avait été intoxiqué par de l'aconitine ou de la vératrine. On savait seulement qu'il avait eu des vomissements. Ayant recueilli ces vomissements, M. Laborde fit avec eux des inoculations sur d'autres animaux, et les résultats de ces inoculations lui permirent d'affirmer que c'était bien par l'aconitine et non par la vératrine que ce chien avait été empoisonné. C'est là une véritable expérience médico-légale.

M. HÉNOCQUE fait observer qu'on pourrait, à l'aide de procédés analogues, trancher la question de l'antagonisme entre l'atropine et l'aconitine.

Action de la cocaïne. — **M. R. DUBOIS** dit que ses recherches sur des individus appartenant aux principaux groupes de la série animale et de la série végétale, aux diverses périodes du développement, ne lui permettent pas d'admettre que l'action intime des alcaloïdes en général et de la cocaïne en particulier soit comparable à celle des anesthésiques. Il divise les poisons en poisons généraux, mixtes et spéciaux. L'auteur insiste sur l'importance, en physiologie et en pathologie, des phénomènes d'hydratation auxquels il attribue une influence prépondérante dans l'accomplissement des phénomènes biogéniques naturels ou morbides.

M. DOLÉRIS a étudié l'action de la cocaïne dans l'acte de la parturition. L'application de la cocaïne arrête très bien les douleurs du début dues à la dilatation du col ainsi que les douleurs de la fin du travail déterminées par la résistance du périnée.

M. PAUL BERT a cherché à obtenir, avec la cocaïne, l'anesthésie cutanée pour l'application de pointes de feu. Il met un vésicatoire, panse ce vésicatoire avec une solution de cocaïne et obtient une analgésie complète, mais absolument limitée aux endroits où a porté directement la cocaïne. Si l'on place, par exemple, un canevas sur la peau, l'action de la cocaïne appliquée à travers ce canevas ne se fait sentir qu'au niveau des trous et non au niveau des pleins; ce qui semble démontrer qu'elle n'agit que sur les terminaisons nerveuses.

M. REGNARD a placé des poissons dans une solution étendue de cocaïne, solution aux deux millièmes. Tout d'abord ces poissons semblent s'agiter, puis ils tombent dans un état de mort apparente ou de léthargie absolue. Après deux heures même de séjour dans cette solution, si l'on analyse les gaz, on voit que la quantité d'oxygène n'a pas changé et qu'il ne s'est pas formé d'acide carbonique. Cet état doit être le résultat d'une certaine action sur les branchies.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XXXII

29 juillet. Le médecin en chef, M. Gorcy, invite tous les médecins de l'hôpital à fournir au plus tôt une liste des malades en état de pouvoir être évacués soit à pied, soit en voiture : fâcheux symptôme précurseur ! On assure, et la nouvelle n'est que trop positive, que le général Dupont a été battu sur les frontières de l'Andalousie par le général espagnol de Castagnos et qu'il a signé une déplorable capitulation à Baylen.

30 juillet. On dit que l'ennemi s'avance à grands pas sur Madrid. Il règne partout en ville une activité, un désordre qui approche de l'épouvante; tous les Français, même ceux établis à Madrid depuis longues années, se décident à retourner dans leur patrie, effrayés par les événements de Valence où 260 commerçants français ont été impitoyablement égorgés. Les magasins de l'armée sont ouverts à tous nos nationaux, chacun s'approvisionne à sa guise; ce qu'on ne peut emporter, on le brise, on jette la poudre dans l'eau, on encloue les canons, on brise les affûts, on casse les fusils. Ce quartier du Retiro où l'on n'entrait, il y a deux jours, qu'avec une sorte de respect, est aujourd'hui à la merci de tous. Ces redoutes, ces fossés, ces palissades que nos soldats ont construit à la sueur de leur front, nous les abandonnons avec une précipitation voisine de la peur.

31 juillet. Ordre de quitter Madrid.

RETRAITE DE MADRID.

Je dus me résigner, avec mes camarades, à suivre le mouvement rétrograde; je réduisis tous mes effets à une simple valise, et, de concert avec mes hôtes, je cachai le reste et mes collections dans le galetas de leur maison; ils me promirent, si les temps devenaient meilleurs, de me les expédier à l'adresse que je leur indiquerai plus tard. Ils ont tenu parole, car mes trésors de naturaliste m'advinrent six mois après, à Tudela de Navarre; honneur et gratitude à la foi castillane qui était bien méritoire, car il y avait peine de mort contre les recéleurs d'objets français. Mes collègues, Dupetit, Roch et moi, nous avions acheté en commun une vieille mule macrodonte au suprême degré; au troisième jour de marche, elle s'abattit pour ne plus se relever. Je mis ma valise sur la charrette d'un cantinier ou d'un juif (1 fr. 50 par lieue) et je repris

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 janvier 1884.

toute mon indépendance. Je voyageais philosophiquement et gaiement à pied, passant la nuit à la belle étoile sur et sous les gerbes qui étaient alors entassées dans les champs, renonçant aux rations à cause de l'embarras d'aller les prendre, achetant par-ci par-là quelques vivres que je dévorais résolument, heureux d'avoir en cette occurrence jeunesse, santé et amour des recherches d'histoire naturelle. Un portefeuille pectoral recevait des bouts de plantes destinées à devenir historiques; le fond de mon chapeau était doublé d'une rondelle de liège où je piquais les insectes et mon crayon, toujours actif, inscrivait sur un carnet mes impressions à chaque gîte d'étape. Cette retraite si précipitée, si désordonnée, était un spectacle bien nouveau pour l'observateur; cette étrange procession hétérogène, hétéromorphe, hétéroclite, hétérodoxe de fuyards de tous les âges, de tous les sexes, de tous les costumes, de toutes les conditions, offrait bien son côté plaisant, sérieux et pittoresque. Ces voitures d'espèces si dissemblables, dont quelques-unes n'avaient pas servi depuis des années et ne tardèrent pas à subir des avaries; ces chevaux, dignes descendants de Rossinante, que l'on voyait tomber en syncope et y rester comme notre mule; des bagages mal assujettis, valises, corbeilles, cages à poules, paquets de linge, ustensiles de cuisine, tout cela se balançant sur les points d'attache et faisant présager leur instabilité et leur chute; et ces soldats à la débandade, convalescents des hôpitaux, en proie à l'épidémie de pillage, de sac et de rapine qu'on ne cherche point à réprimer. Ces physionomies tristes, épouvantées, contractées, rarement gaies ou inexpressives; ces scènes originales s'improvisant aux haltes entre acteurs inconnus auxquels la communauté d'infortune donnait le droit de narrer, à feux croisés, aventures, impressions, cancans, mensonges ou broderies; ces groupes bigarrés où le froid observateur pouvait démêler des modistes à l'œil vif et quêteur, des négociants au regard sombre, de pauvres ouvriers pelés, des bourgeois aux habits étriqués et poudreux, des valets dissimulant leur condition, des Israélites à l'affût de tout brocantage, des cantinières offrant à tous la goutte d'eau-de-vie; en un mot, c'était une macédoine humaine pouvant fournir une étude de mœurs à qui aurait patience et verbe. Vicissitudes humaines! il y a quatre mois, le 10 avril, j'étais à Buytrago, lorsque Ferdinand VII, roi d'Espagne et des Indes depuis quelques semaines, y fit halte, se rendant à Bayonne, amorcé, attiré par l'aimant de la politique napoléonienne; aujourd'hui 2 août, les hasards d'une retraite précipitée me ramènent à Buytrago et je vois, à la même heure, au même balcon, Joseph Napoléon, roi d'Espagne et des Indes depuis moins d'un mois, tout couvert, ainsi que son escorte, d'une poussière qui était loin de mériter l'épithète de noble, puisqu'on était en fuite vers Bayonne.

Nos soldats, malgré la marche de retraite, brisent, pillent, tuent sans pitié; l'épouvante les précède, la destruction les accompagne, la haine et le désir de la vengeance les suivent. Les paysans ruinés et maltraités vont se réfugier dans les montagnes et se vengent sur les soldats isolés; dans une gorge de Somo-Sierra, on a trouvé sur la route cinq cuirasses et plus bas les cadavres des cuirassiers. La chaleur est étouffante, le pays que nous traversons est d'une sécheresse, d'une aridité affreuse : pas un seul ruisseau, pas une fontaine; au bivouac de Somo-Sierra, je passai la nuit sur la dure avec le général Hombert Dumolar qui me régala d'un morceau de pain et de fromage. A Aranda del Duero, nous fûmes obligés de laisser à l'hôpital civil notre chirurgien principal, M. Laugier, atteint d'un typhus grave auquel il succomba peu de jours après.

Le 9 août, par une belle matinée, étant à Lerma, je me hasardai à explorer tout seul les monticules voisins de la ville. Dans un instant de halte, j'aperçus des paysans qui me regardaient et suivaient mes mouvements; quoique peu rassuré de cette rencontre, je ne perdis point contenance et, après mûre réflexion, je poursuivis mes recherches un paquet de plantes à la main et je me dirigeai vers eux. Je les abordai avec franchise et je me déclarai médecin français cherchant des plantes comme remèdes : je savais qu'en général les Espagnols estiment les médecins. Ils me firent beaucoup de questions sur les événements du jour; je mis de la prudence et de la diplomatie dans mes réponses; je dissipai les mauvaises pensées qu'ils auraient pu avoir à l'aspect d'un Français isolé. Occupés à moissonner de l'orge, ils m'offrirent de partager leur rustique déjeuner; je refusai sans les blesser et je revins à Lerma où je fus, non sans raison, bien grondé par mes confrères.

Dans les souvenirs de cette retraite aux épisodes si variés, je me plais à rappeler une rencontre qui fut pour moi le commencement de relations amicales avec un officier devenu célèbre dans nos fastes militaires; aux approches de Burgos, je cheminais isolément sur un côté de la route, tandis que de l'autre côté marchait parallèlement à moi un jeune lieutenant d'infanterie, bien planté, d'un blond roux vif, figure gravelée; nous nous rapprochâmes et, mus par un sentiment de curiosité bien naturelle, nous nous demandâmes réciproquement notre lieu de naissance. Sa patrie était Excideuil; il s'appelait Bugeaud. Quand je prononçai le nom de Saint-Sever, il me dit qu'une de ses sœurs s'y était mariée avec un officier de hussards, M. Dorthez. Dès ce moment la connaissance mutuelle fut cimentée; et chaque jour nous nous retrouvions avec plaisir. Je parlerai ailleurs de cet illustre guerrier.

A Pancorvo, je rencontre M. Gorcy et le payeur général de l'armée, M. Crochard, qui voulurent escalader avec moi les rochers lacérés de ce lieu inexploré par les botanistes. J'atteignis seul le sommet culminant d'où la vue s'étend au loin sur des vallons cultivés et encaissés au milieu de chaînes rocheuses remarquables par leurs découpures. Voici la florule de ces rochers :

Rhamnus alpinus, Rhamnus alaternus, Spircæa crenta, Helianthemum lavandulæfolium, Conyza saxatilis, Teucrium pyrenaicum, T. montanum, Centaurea conifera, Gnaphalium stœchas, Santolina rosmarinifolia, Inula montana, Coris monspeliensis, Euphrasia longiflora, Coronilla glauca, Draba pyrenaica, Juniperus phœnicea, Erinus alpinus villosus, Convolvulus erinus, Campanula linifolia, Phlomis lychnitis, Cistus albidus, Acrostichum septentrionale, Arbutus uva ursi, Lichen mamillaris, L. crassus.

En sortant de la ville de Pancorvo, je rencontre mon compatriote M. Poyferré de Cère, qui dirigeait, à travers mille obstacles, un immense troupeau de mérinos destiné à l'impératrice Joséphine. Après avoir dépassé les étroits défilés, Poyferré fait faire halte à sa troupe sous un gigantesque noyer peu éloigné de la route; il m'invite au repas de la gamelle, j'accepte très volontiers et nous passons quatre heures ensemble. Nous prenons dans un jardin abandonné des haricots verts, des oignons et des choux pour améliorer le potage de la marmite-chaudière; après trois heures d'une ébullition forte et soutenue, on ôte la viande, on la remplace par du biscuit; on assemble sous le noyer les vingt-cinq convives qui ont droit à la soupe et on en forme deux divisions; la première, dont je faisais partie, se range en cercle autour de la soupière qui est la susdite chaudière, chacun s'arme de la cuiller de bois et la plonge alternativement dans le potage que l'on trouve exquis et dont nous abandonnons à regret la moitié aux convives de la seconde série. Un peu de fricot sur un morceau de pain qui sert d'assiette, du vin à discrétion que l'on boit dans une tasse commune, complètent ce dîner tout à la fois champêtre, pastoral et militaire. A cinq heures, je prends congé de l'aimable *berger castillan* qui gagne les vallées, et moi, herborisant, je m'achemine vers Miranda où je passe quelques heures à me débattre contre des hordes de puces (*Pulex irritans*).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1885.

10. M. Ricard. De la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille. — 11. M. Valude. Du traitement chirurgical des néoplasmes mammaires. — 12. M. Morin. Étude sur l'ostéotomie. — 13. M. Brault. Contribution à l'étude du pronostic et du traitement des fractures avec plaies de l'articulation tibio-tarsienne. — 14. M. Vénegas. Contribution à l'étude du traitement des teignes. — 15. M. Garcin. Contribution à l'emploi du bichlorure de mercure en obstétrique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 3 janvier 1885, il est créé à Paris un établissement complémentaire annexe à l'Asile national de Vincennes, où les ouvriers convalescents seront reçus momentanément à leur sortie de cet asile.

Ledit établissement sera installé dans un bâtiment spécial que l'hospice national des Quinze-Vingts fera édifier à ses frais. Le même hospice pourvoira à l'ensemble des divers services nécessaires au fonctionnement de l'œuvre nouvelle.

— Par décision ministérielle, en date du 15 janvier 1885, MM. Lucas et Bodinier, médecins aides-majors de première classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine et d'Alger, ont été mis à la disposition de M. le général commandant en chef le corps expéditionnaire du Tonkin, pour le service des ambulances.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Legay est nommé chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique et d'histologie en remplacement de M. Leroy.

— M. le docteur H. Godard vient d'être élu conseiller d'arrondissement dans le canton de Vihiers (Maine-et-Loire).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17290.

N° 9. — JEUDI 22 JANVIER 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 22 JANVIER 1885. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. G. Lagneau a fait, sur la dépopulation de la France, une communication dont nous donnons plus loin le résumé rédigé par l'auteur. On y verra que c'est là une question devenue menaçante pour l'avenir de notre pays. Dans un certain nombre de départements, le chiffre des naissances est inférieur à celui des morts, et cela sans épidémie, sans guerre, sans famine, sans aucune cause accidentelle qui soit venue grossir ce dernier chiffre. La cause en est, suivant M. Lagneau, la mise en pratique excessive de la théorie dite de Malthus. D'après cette théorie, la somme du bien-être individuel devrait s'accroître en raison inverse du nombre des individus appelés à y prendre part. Il y aurait donc tout avantage à laisser s'accroître les vides. Or voici ce que l'expérience démontre irréfutablement : Dans les pays où la population devient moins dense, les vides produits se comblent vite par un apport d'éléments étrangers. Les Allemands etc. viennent annuellement par million fournir en France la main-d'œuvre que le malthusianisme rendrait plus rare. Cette concurrence est désastreuse pour la population indigène, qui s'appauvrit, en se raréfiant. La France est en train de subir le sort de l'Espagne, dont la population tomba des trois quarts alors qu'elle était le plus riche, et qui perdit ainsi son rôle prépondérant parmi les nations européennes. La richesse individuelle a bientôt subi le même sort que la prospérité nationale.

M. Proust a commencé, sur le choléra, une lecture qui nous paraît destinée à prouver la propagation de cette maladie par contagion. Nous parlerons de cette communication quand nous aurons pu nous en faire une idée complète.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Méningite cérébro-spinale.

Au n° 8 de la salle Sainte-Anne est couchée une femme de vingt-cinq ans, de constitution délicate, rachitique dans son enfance, depuis lors toujours faible, pâle et maigre. Elle a été réglée à onze ans sans aucun accident.

Elle est accouchée il y a trois ans. Depuis cette époque elle a toujours éprouvé des douleurs dans le bas-ventre, accompagnées de pertes blanches et abondantes, et a été traitée jusqu'à son arrivée dans nos salles par des cautérisations utérines répétées tous les huit jours. Enfin elle a eu une pneumonie il y a deux ans, laquelle ne paraît avoir laissé aucune trace.

Il y a vingt jours, après un sérieux amaigrissement et après quelques malaises vagues, elle a été prise de céphalalgie avec courbature et perte de l'appétit, et mouvement fébrile constaté par le médecin qui soigne son utérus. Un purgatif lui est prescrit. Néanmoins le lendemain la céphalalgie augmente, ainsi que la courbature et les douleurs des membres, et les premiers vomissements apparaissent. Bref, la malade est entrée ici il y a aujourd'hui douze jours.

Dès le lendemain matin, à la visite, elle se plaignait de douleurs de tête atroces, de raideur dans le cou, et les vomissements persistaient. Je constate aussi de l'herpès labialis très prononcé, la langue blanche, de l'embarras gastrique ; il y a de la fièvre ; la température, à 40 degrés au moment de son entrée, était le lendemain matin à 40°,8, puis elle descend pour remonter encore et descendre de nouveau. Disons-le tout de suite, la température a présenté les plus curieuses oscillations pendant les sept premiers jours de son séjour ici. En même temps le pouls variait entre 100 et 110. Le surlendemain, l'état de la malade était parfaitement caractérisé : immobilité dans le lit, douleurs excessives de tête avec élancements de temps en temps, petits cris, raideur du cou complète, tête renversée en arrière et absolument immobile. La nuit, la malade avait encore eu des vomissements, la langue très chargée était recouverte d'un enduit blanc très épais, la température était à 40°,9, le pouls très ralenti n'était plus qu'à 60, c'est-à-dire en disproportion complète avec celle-ci. Cependant pas de délire, la parole est nette, bien qu'un peu brève ; il y a de la photophobie ; la lumière augmente les douleurs de tête ; mais pas de convulsions, ni contracture, ni parésies d'aucune sorte.

Pendant plusieurs jours ces phénomènes persistent ; je dois ajouter que la raie cérébrale que l'on trace avec l'ongle sur le ventre était aussi marquée que possible. Vendredi dernier seulement, — c'est-à-dire il y a quatre jours, — nous avons constaté un léger amendement ; mais ce n'est qu'hier lundi que les douleurs de tête ont réellement diminué, ten-

dant à se calmer, que les vomissements ont commencé à être plus éloignés, et surtout que la raideur du cou a diminué, que la malade a pu, sans trop souffrir, essayer de faire quelques mouvements. La fièvre s'est aussi modifiée, le pouls et la température tendent à se rapprocher, 84 pulsations et 38°,8, signe d'un pronostic favorable. Ce matin, les pupilles sont égales, la photophobie est moindre, mais la raie cérébrale persiste.

D'après tous les phénomènes que nous venons d'énumérer, à quel genre de maladie avons-nous affaire? A quelque embarras gastrique? Non, malgré l'herpès labialis et l'état de la langue, car la rachialgie, l'opisthotonos, la fièvre et la durée des accidents s'y opposent; les phénomènes gastriques ne sont ici que des symptômes accessoires. S'agirait-il d'une fièvre typhoïde? Pas davantage, malgré la disparate qui existe entre le pouls et la température; du reste, nous n'avons pas ici de phénomènes abdominaux, mais bien des phénomènes cérébraux comme dans la méningite; du reste la rate est normale, le ventre est mou, il n'y a pas de diarrhée mais seulement de la constipation.

En résumé, nous sommes bien en présence d'une affection méningitique caractérisée par des douleurs de tête atroces, des vomissements répétés, de la photophobie, de la raideur du cou, de l'opisthotonos et la raie cérébrale, enfin une disproportion des plus prononcées entre le pouls et la température. A lui seul, ce dernier symptôme serait déjà un indice de méningite.

Du reste, je ne vois pas que ce puisse être autre chose; ce n'est pas une de ces névroses comme l'on en observe chez quelques hystériques. Mais à quelle méningite avons-nous affaire et quel est son siège? D'après les symptômes déjà énumérés, la localisation est facile à diagnostiquer. En effet, les douleurs et la raideur du cou, l'opisthotonos sans convulsions, ni paralysie, ni délire, indiquent la partie postérieure du cerveau (le mésocéphale, le cervelet et la partie supérieure de la moelle épinière). De plus, les quelques troubles respiratoires que la malade a éprouvés pendant plusieurs jours et caractérisés par la respiration de Cheynes-Stokes indiquent aussi que le bulbe a été légèrement envahi. Mais les nerfs crâniens ne paraissent pas avoir été atteints malgré les phénomènes de photophobie.

En somme, il s'agit bien ici d'une méningite cérébro-spinale, mais non pas de la méningite simple ordinaire, commune, que l'on observe assez fréquemment chez l'adulte, car cette dernière ne dure généralement que très peu de jours, quatre, cinq, six au plus, qu'elle se termine par la mort ou par la guérison. Serait-ce quelque méningite tuberculeuse? Sa marche et sa durée (elle varie entre quinze jours et cinq ou six semaines) semblent bien l'indiquer, ainsi que la lenteur du pouls, bien que l'irrégularité de celui-ci nous manque ici complètement. De plus, nous n'avons pas eu non plus cette dépression véritable que l'on observe lorsque le mal en est arrivé à la seconde période; la malade a toujours bien répondu à mes questions. En somme, la marche des accidents a présenté des analogies et des dissemblances avec la méningite tuberculeuse. Enfin cette femme n'a aucun antécédent personnel ou héréditaire de tuberculose. Elle ne tousse pas, et le ventre non plus que la poitrine ne nous ont fourni le moindre signe tuberculeux.

Aussi je crois devoir encore à ce sujet rester dans l'incertitude. Je crois bien plutôt à une variété de méningite cérébro-spinale caractérisée par une longue période prodromique, par des phénomènes d'embarras gastrique et par l'association d'accidents cérébraux et rachidiens. La marche que nous avons observée est bien la sienne, du reste, car lorsqu'elle ne se termine pas par la mort, — et les deux tiers environ des malades succombent, — la maladie est longue (trois semaines, un mois, six semaines) avant d'en arriver à la guérison. Or aujourd'hui la malade va mieux, elle est dans les conditions du typhus cérébro-spinal qui guérit. A cela cependant il y a une objection, savoir que cette affection est généralement épidémique, et, à ma connaissance, il n'en existe pas en ce moment à Paris. Mais d'autre part, de même que le choléra, le typhus, la dysenterie, etc., nous savons aussi que l'on rencontre de temps à autre des cas sporadiques. Aussi en résumé, et c'est là notre conclusion, nous croyons qu'ici nous avons eu affaire à un de ces cas sporadiques de méningite cérébro-spinale.

Quant au pronostic, il est moins grave depuis deux jours, et nous avons quelque lieu d'espérer dans une terminaison favorable.

Dans le traitement que nous avons employé, nous avons eu recours, contre les accidents inflammatoires, aux émissions sanguines (ventouses scarifiées à la nuque), elles ont été suivies d'un léger amendement pendant quarante-huit heures). Nous avons prescrit le calomel à dose réfractée (0gr20 en dix doses) qui agit comme révulsif antiphlogistique. Nous avons fait appliquer aussi des vésicatoires à la nuque et nous avons fait prendre du bromure de potassium. Enfin, comme moyens locaux, nous avons cherché à calmer les douleurs par l'application de compresses éthérées; nous avons ordonné des frictions sur les tempes et le cuir chevelu avec une pommade composée de :

Vaseline.	60 grammes.
Cyanure de potassium.	60 centigr.

répétées trois fois par jour. De plus, deux ou trois fois nous avons purgé notre malade, nous avons prescrit des lavements simples et des lavements purgatifs, et hier nous avons de nouveau fait appliquer un petit vésicatoire volant derrière chaque oreille. Enfin pendant tout le temps nous avons soutenu la malade en lui faisant prendre du lait.

Voilà le traitement que nous avons fait jusqu'aujourd'hui.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

I. Fracture compliquée du fémur. — II. Cancer du rectum, colotomie inguinale, anus contre nature.

Je vais tout d'abord vous montrer les pièces anatomo-pathologiques du pauvre homme qui nous a été amené ces jours-ci dans le service avec une horrible blessure du membre inférieur droit, blessure qui a nécessité une grave opération : la désarticulation de la hanche.

En quelques mots, je vous rappellerai son observation : elle est des plus simples. C'est un homme, charretier et alcoolique, sur la cuisse duquel la roue d'une lourde voiture a passé en lui causant d'épouvantables désordres : fracture du fémur, plaie, hémorragie assez considérable, tendance à la mortification de toute la partie du membre située au-dessous du traumatisme. En un mot, la situation était telle que le lendemain matin, la température s'étant un peu élevée, aucune hésitation n'était permise; il fallait

procéder non à l'amputation du membre, qui eût été une opération insuffisante, mais bien à la désarticulation de la hanche.

Cet homme a succombé quelques heures plus tard.

Ce qu'il y a pour nous de particulièrement intéressant dans l'autopsie, dans les pièces que je vais faire passer sous vos yeux, c'est l'état des vaisseaux. En effet, l'artère est complètement rompue, et, pièce unique, elle nous démontre de la façon la plus évidente cet état de spasme qui a déterminé la contraction du bout du vaisseau entre la blessure et la première collatérale la plus rapprochée; elle nous montre aussi que le volume du caillot oblitérant est proportionnel au calibre de l'artère. La veine fémorale a été également rompue, et ce fait nous explique le sphacèle de la partie inférieure du membre.

Je n'insisterai pas davantage sur ce fait capital et me bornerai à vous rappeler la lettre que j'écrivais autrefois à ce sujet à M. le docteur Notta (de Lisieux), et qui a paru alors dans la *Gazette hebdomadaire*. La théorie que j'émettais n'a pas été immédiatement admise; mais quand on a une bonne théorie, il faut savoir attendre : un jour survient un fait qui en démontre de la façon la plus évidente le bien fondé.

La pièce que nous avons sous les yeux nous montre aussi comment le fémur a été fracturé. Cette fracture s'est produite un peu au-dessus du genou ; elle s'est faite presque transversalement et, par suite de la contraction musculaire, le fragment inférieur s'est trouvé attiré en bas, tandis que le bout supérieur pénétrait pour ainsi dire dans l'articulation. C'est en pareils cas que toute réduction est impossible si, au préalable, on n'a soin de chloroformer le blessé.

II. — J'ai fait, avant-hier samedi, une opération d'anus contre nature chez une femme sur laquelle j'avais déjà pratiqué l'an dernier une extirpation partielle du rectum pour une affection cancéreuse. Le mal avait récidivé au bout de quelque temps. J'avais tout d'abord songé à faire une nouvelle extirpation, mais l'existence d'une double adénopathie inguinale m'en a empêché. Ce que voyant, et en présence d'une récidive s'accentuant, de douleurs assez prononcées, d'hémorragies abondantes, j'ai proposé à la malade de lui faire l'entérotomie inguinale.

Mon incision a porté à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale et dans sa moitié externe. En ouvrant l'abdomen, j'aperçus immédiatement tout d'abord une anse d'intestin grêle : je l'ai replacée dans le ventre. Au-dessous d'elle était un appendice épiploïque qui m'a conduit directement sur le gros intestin. Le fixant immédiatement avec deux grosses aiguilles transversales, afin que l'intestin bouche la plaie péritonéale, j'ai appliqué dix-huit points de suture avec le chasse-fil, et j'ai ouvert largement l'intestin afin d'avoir un bel étalement de la muqueuse ; l'anus artificiel, but de l'opération, n'étant pas un anus temporaire comme dans certains cas, mais bien définitif puisqu'il s'agissait de remédier à une obstruction de nature cancéreuse.

Notre malade était une femme pâle, défaite, quasi moribonde, car depuis longtemps déjà elle était sujette à d'abondantes hémorragies. Quand nous l'avons opérée, sa température était à 37 degrés ; eh bien, le soir cette température n'était que de 37°,4, hier matin de 37°,2, hier soir 37°,4, et ce matin 37°,3. Elle n'a présenté, depuis deux jours, ni ballonnement du ventre, ni vomissement; en somme, aucun ébranlement ne s'est produit, aucune réaction fâcheuse n'a eu lieu. Tout jusqu'à présent s'est passé dans les meilleures conditions.

J'ai d'autant plus tenu à faire une large ouverture de l'intestin que tout récemment, chez une malade opérée pour un cas semblable, le jeune chirurgien qui m'a remplacé pendant quelques jours, tout en faisant une excellente opération, a pratiqué une ouverture trop petite pour donner une voie suffisamment large à l'issue des matières. D'ailleurs la colotomie inguinale est une opération généralement bénigne, et si à l'hôpital nous la pratiquons à peu près comme nous le voulons parce que les malades ne tiennent pas beaucoup à l'existence, il n'en est malheureusement pas de même en ville où la plupart des malades auxquels nous proposons la création d'un anus artificiel qui leur donnerait tout au moins une certaine survie, considèrent cette infirmité comme tellement repoussante qu'ils n'y consentent pas ou qu'ils ne l'acceptent qu'à la dernière extrémité.

Ainsi tout récemment encore j'ai vu un habitant de la province atteint d'un rétrécissement cancéreux de l'intestin, situé à 18 centimètres de l'anus, inaccessible au toucher par sa profondeur, accessible seulement par la sonde œsophagienne munie de ses petites olives en ivoire. Cet homme ne peut plus se lever, il éprouve de vives douleurs dans le bas-ventre, ses selles sont extrêmement difficiles, les lavements et les purgatifs sont douloureux. Eh bien, dans ces conditions, il a encore refusé la colotomie que je lui avais proposée.

Je viens de voir avec M. Trélat un étranger qui présente une affection du même genre ; la maladie n'est pas encore aussi avancée, il n'y a point encore chez lui de phénomène d'obstruction, les douleurs sont encore peu de chose. Bientôt cependant, le mal s'aggravant, l'opération deviendra nécessaire, et d'après la conversation que nous avons eue avec lui, nous avons tout lieu de supposer qu'il la refusera également.

C'est ainsi que, dans la clientèle, nous sommes constamment refusés. C'est au point même que lorsqu'il s'agit d'enfants porteurs d'une imperforation de l'anus, nous sommes également presque toujours certains de voir la colotomie repoussée bien loin par les parents, et dans les quelques cas où elle est acceptée par eux, il faut bien le dire, c'est le plus souvent avec l'arrière-pensée que l'enfant en mourra.

Cette répugnance à accepter une infirmité seule capable pourtant soit de sauver la vie, soit de la prolonger, n'existe pas partout. Elle est beaucoup moins prononcée en Angleterre et en Amérique, ce qui tient peut-être à la différence dans la manière d'être des chirurgiens anglais ou américains vis-à-vis de leur malade. Ils leur disent nettement qu'ils sont atteints d'un cancer qui doit se terminer par la mort dans le délai de quelques mois, ils le disent comme une chose toute naturelle, et devant une pareille perspective ceux-ci n'hésitent plus devant une opération qui, ils le savent, ne les guérira pas, mais prolongera leur existence. Tandis que nous, chirurgiens français, nous nous bornons à faire comprendre au malade la gravité de sa situation, redoutant pour eux d'appeler les choses par leur nom, de leur dire la nature de l'affection dont ils sont atteints et le pronostic qui y est attaché. Voilà pourquoi bien certainement en France la colotomie est si souvent repoussée dans la ville, tandis qu'en Angleterre et en Amérique elle est acceptée.

TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE

PAR LE COPAHU A HAUTE DOSE

Par M. le docteur Talbert (de Ladoix-Serrigny).

Vu les différents traitements préconisés en ce moment contre la diphtérie, vu le découragement manifesté par la plupart des médecins dans le traitement de cette maladie, je crois devoir vous communiquer le résumé de ma pratique depuis 1860.

Élève de Bretonneau, puis de Trousseau, de 1860 à 1866, je donne le calomel, je cautérise, j'ouvre la trachée. Je perds les deux tiers de mes malades.

De 1866 à 1872, je donne copahu et cubèbe d'après la formule de Trideau (d'Andouilllé). Je perds la moitié de mes malades. Beaucoup d'enfants refusent de prendre ces médicaments ou ne les tolèrent pas du tout.

En 1872, j'essaie le saccharure de cubèbe, de Delpech. Les enfants le prennent bien, mais ne guérissent pas mieux.

En 1873, très forte épidémie dans une commune rurale. Un vieux médecin allemand, résidant dans cette commune, traite les diphtériques par sangsue et vésicatoire. Il perd les dix premiers malades.

J'arrive deuxième. Je les traite par le saccharure de cubèbe à haute dose ; les enfants semblent avoir une amélioration qui n'est que momentanée.

Bref, je perds aussi mes dix premiers malades.

Mon onzième prend à haute dose et tolère bien un sirop de copahu, dont voici la formule :

Baume copahu.	80 grammes.
Essence menthe.	30 gouttes.
Gomme.	20 grammes.

Mêlez, puis ajoutez :

Sirop	400 grammes.

Battez rapidement, et ajoutez :

Eau.	50 grammes.

Mon malade éprouve un urticaire très intense. A partir de ce moment disparaissent, comme par enchantement, toux rauque, voix éteinte, commencement de tirage, fausses membranes du pharynx.

Les vingt-deux malades, vus après ce onzième, ont suivi le même traitement et ont guéri.

Les sceptiques disent : l'épidémie était sur son déclin.

Mais depuis 1873 jusqu'à aujourd'hui, j'ai suivi le même traitement. J'ai été appelé à voir plus de trois cents cas de diphtérie graves, très graves même (plusieurs étaient condamnés par les confrères).

J'affirme avoir guéri par le copahu à haute dose tous les diphtériques non arrivés à la troisième période, c'est-à-dire anesthésie et fort tirage.

Je serai heureux de connaître, par la voie de la *Gazette des hôpitaux*, les observations de mes confrères.

THÉRAPEUTIQUE

Dysménorrhée et stérilité.

Par le Dr Decoux.

Mme X..., âgée de vingt-quatre ans, mariée depuis cinq ans, a toujours eu des règles douloureuses et irrégulières. Elle n'a jamais eu d'enfants. Elle a suivi de nombreux traitements sur lesquels elle ne peut s'expliquer, mais aucun n'a eu de résultat satisfaisant. C'est dans ces conditions qu'elle vient me consulter. Ayant déjà guéri plusieurs cas de dysménorrhée et d'aménorrhée par l'emploi du phosphure de zinc, je lui donne ce médicament à la dose de 16 milligrammes par jour, soit 2 milligrammes de phosphore actif. En d'autres termes, deux granules de 4 milligrammes au repas du matin, et deux au repas du soir.

Elle suivait le traitement depuis vingt jours, lorsque les règles se montrèrent sans la moindre douleur. Je fis continuer la même dose pendant un mois, afin d'agir efficacement sur deux époques consécutives ; mais les règles ne parurent pas : la jeune femme était devenue enceinte.

Elle accoucha d'une fille, l'allaita, et le onzième mois les époques se montrèrent de nouveau, tout aussi douloureuses qu'auparavant.

Huit mois se passèrent ainsi. Fatiguée enfin, elle se décida à se soigner, et elle reprit le phosphure de zinc.

Or les choses se passèrent à peu près comme la première fois. Les règles revinrent deux fois sans douleur, et le troisième mois survint une grossesse.

On ne saurait nier, en présence de ces faits, la corrélation qui existe si fréquemment entre la stérilité et la dysménorrhée, la cessation possible de l'une après la disparition de l'autre, et enfin l'action véritablement typique du phosphure de zinc, agissant ainsi sur les deux états en même temps.

Ce fait m'a paru intéressant à signaler, et j'en trouverais bien d'autres à l'actif du phosphure de zinc, si j'avais noté nombre de cas que j'ai observés : hystéries, névralgies, ataxies, anémies, etc., où ce médicament m'a donné des résultats inespérés.

Aussi, je regrette que le phosphure de zinc ne soit pas plus employé en France, soit faute d'études suffisantes, soit par le fait de la mauvaise qualité du médicament, qui, n'ayant pu alors produire de résultats, aura découragé ceux qui auront voulu l'essayer.

Un mot à ce sujet. Le phosphure de zinc agit, comme toutes les préparations de phosphore, sous forme d'hydrogène phosphoré. Seulement, quoiqu'il contienne chimiquement le quart de son poids de phosphore, il agit comme s'il n'en contenait que le huitième, la moitié n'étant pas absorbée.

Or c'est là un point qu'on méconnaît peut-être trop souvent. Pour administrer un milligramme de phosphore, il faut donner 8 milligrammes de phosphure de zinc. Qu'arrive-t-il quand on emploie des granules dosés à 1 milligramme, comme nous en avons vu ? On n'obtient rien, et l'insuccès est attribué au médicament.

Autre chose. Le phosphure de zinc n'agit que lorsqu'il est cristallisé. Amorphe, il est inerte. Or sa préparation est tellement difficile, qu'à part une marque, fort connue, il est vrai, on ne trouve guère dans le commerce qu'un produit impur, entièrement ou partiellement inefficace.

Les Allemands, qui emploient le phosphore sur la plus grande échelle, paraissent ne pas connaître le phosphure de zinc. Ils se servent d'huile phosphorée ou de pilules. Ce sont des préparations extrêmement altérables, et dont l'énergie diminue pour disparaître totalement après quelques jours. Et cependant ils obtiennent des succès tellement nombreux, que leurs journaux sont constamment remplis d'observations à ce sujet.

Le docteur Kassowitz (de Vienne) publie, à lui seul, le résumé de 560 observations, ayant surtout trait au rachitisme ; et il affirme, tout comme les docteurs Soltmann (de Breslau), et Hagenbach (de Bâle), que le phosphore est le véritable spécifique du rachitisme.

Que n'obtiendrions-nous pas nous-même, si, à leur exemple, nous étendions les applications si nombreuses du phosphore, en employant le phosphure de zinc, dont l'action peut en quelque sorte être mathématiquement calculée, et dont le maniement, à l'encontre du phosphore en nature, est aussi simple et aussi peu dangereux que l'est, par exemple, celui de l'arsenic.

Il n'y a pas, en effet, d'accumulation à craindre, l'élimination étant complète le troisième jour, et eût-on donné par erreur une dose trop forte, il n'y a aucune crainte à avoir, parce qu'il survient aussitôt des vomissements qui arrêtent l'action du médicament, ce qui n'a pas lieu pour la plupart des autres agents très actifs de la matière médicale, et notamment pour l'huile phosphorée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 janvier 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Schutzemberger, professeur de chimie au Collège de France, pour remplir la place de membre titulaire, devenue vacante par suite du décès de M. Dumas.

Sur l'invitation de M. le président, M. Schutzemberger prend place parmi ses collègues.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remercîment de M. De Roubaix (de Bruxelles), récemment élu correspondant étranger;

2° Un mémoire de M. A. Villiers *sur la formation des phénomènes dans le choléra;*

3° Deux plis cachetés, déposés l'un par M. Dubois, l'autre par M. Courseran (Acceptés);

4° Une lettre de candidature de M. Alphonse Milne-Edwards pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre associé national.

La commission présente :

En première ligne, M. Tourdes (de Nancy);

En deuxième ligne, M. Desgranges (de Lyon);

En troisième ligne, M. Durand-Fardel.

Le nombre des votants étant de 71, majorité 36,

M. Tourdes obtient	59 suffrages.
M. Durand-Fardel.	11 —
M. Desgranges	1 —

En conséquence, M. Tourdes ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé membre associé national.

COMMUNICATION

Sur la dépopulation de la France. — M. Gustave Lagneau signale la diminution de la population de 26 départements de France, diminution qui de 1836 à 1885 a été de 648,027 habitants; en moyenne, 7 p. 100. Ces départements sont : l'Orne, l'Eure, le Calvados, la Manche, la Mayenne, la Sarthe, l'Eure-et-Loir, la Somme, le Puy-de-Dôme, le Cantal, le Lot, le Lot-et-Garonne, le Tarn-et-Garonne, le Gers, les Basses et Hautes-Pyrénées, l'Ariège, les Hautes et Basses-Alpes, la Vaucluse, le Jura, la Côte-d'Or, la Haute-Saône, la Haute-Marne, les Vosges et la Meuse.

Toute diminution de population tenant à l'excédent de la mortalité sur la natalité ou à l'excédent de l'émigration sur l'immigration, on reconnaît que tous ces départements, moins le Lot-et-Garonne, doivent à l'émigration la totalité ou une partie de leur diminution.

L'excédent d'émigration tient principalement au déplacement des ruraux vers les villes d'autres départements. Cette émigration des campagnards vers les grands centres urbains est très regrettable au point de vue démographique, car dans les villes, en particulier à Paris, les naissances, si on les rapporte aux adultes, sont moins nombreuses (89 au lieu de 102 en France pour 1,000 femmes de quinze à cinquante ans). Les naissances illégitimes sont beaucoup plus nombreuses (47,4 au lieu de 18 sur 1,000 en général); ces naissances illégitimes sont suivies d'une mortalité plus de deux fois supérieure (740 à 743 au lieu de 332 à 346 sur 1,000 garçons de zéro à vingt et un ans, âge de l'appel au service militaire); enfin la mortalité générale est plus élevée (26,2 décès au lieu de 22,5 sur 1,000). L'émigration des ruraux vers les villes est une grande cause de la diminution de la population.

L'émigration vers les pays lointains, vers les colonies, plus de 14 fois moins que l'émigration d'un département à l'autre, ne paraît pas être aussi préjudiciable.

Certains départements, comme celui des Basses-Pyrénées qui paraît fournir le plus d'émigrants pour les pays lointains, après avoir vu leur population diminuer par une émigration trop rapide, maintenant que le courant émigratoire semble s'être établi régulièrement, voient leur population s'accroître, une natalité plus considérable venant combler les vides causés par l'émigration.

L'émigration lointaine, en déterminant une importation considérable, améliore les conditions biologiques des habitants restés dans la mère patrie, et conséquemment diminue leur morbidité et leur mortalité.

Mais les émigrés eux-mêmes se trouvent dans des conditions très différentes, suivant qu'ils se fixent dans un pays salubre, comme le Canada, l'Algérie, où ils vivent et procréent une nombreuse descendance, ou dans un pays insalubre, comme le Sénégal, la Guyane, où ils ne peuvent résider sans compromettre leur santé, souvent leur existence.

Les départements dont totalité ou partie de la diminution de leur population est due à l'excédent de la mortalité sur la natalité, sont au nombre de huit. Ceux de l'Eure, de l'Orne, du Calvados, de la Manche, constituent le groupe normand, depuis longtemps remarqué par cette diminution tenant non à la haute mortalité, mais à la faible natalité. Un second groupe est constitué par les départements du Lot-et-Garonne, du Tarn-et-Garonne et du Gers.

D'ailleurs d'autres départements présentent également un excédent de décès sur les naissances, bien que leur population ne décroisse pas, l'émigration comblant les vides laissés par l'excédent de décès. En 1883, les départements à excédent de décès sont au nombre de vingt-neuf, répartis pour la plupart dans la Normandie et régions voisines, dans le bassin de la Garonne, mais aussi au sud des Alpes, dans la Provence.

La faible natalité de ces départements ne peut être attribuée à une inaptitude procréatrice. Elle n'est due qu'au désir des parents d'assurer à leurs enfants une position au moins égale à celle dont ils jouissent eux-mêmes. Conséquemment la natalité devient proportionnelle aux carrières, occupations, débouchés suffisamment lucratifs pour rassurer le sentiment de prévoyance des parents.

La décroissance de population, due à la faiblesse de la natalité, en temps de paix, détermine une immigration considérable d'étrangers (1,001,090 en 1881), qui, plus économes que nous, tout en s'y chargeant des travaux les plus pénibles et les moins rétribués, non seulement vivent, mais font de notables épargnes.

Si cette faible natalité continue, notre nation s'accroissant trois ou quatre fois moins que les nations allemande et anglaise, il est à craindre que la France ne perde sa prédominance politique et ne se trouve dans des conditions d'infériorité numérique fâcheuses pour les guerres futures.

M. Rochard demande la parole sur le même sujet pour la séance prochaine.

RAPPORT

M. Polaillon donne lecture du rapport sur le concours du prix Godard.

LECTURE

M. Proust commence la lecture d'un mémoire dans lequel il résume les renseignements fournis par divers inspecteurs des épidémies sur la marche du choléra en 1884. L'heure avancée le force à remettre à la séance prochaine la suite de cette lecture.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1884.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL.
1er	16	13	2	31
2e	30	30	4	64
3e	39	45	5	89
4e	61	74	17	152
5e	39	46	7	92
6e	22	37	6	65
7e	30	29	3	62
8e	8	15	0	23
9e	24	30	5	59
10e	38	49	5	92
11e	129	182	36	347
12e	57	69	12	138
13e	47	106	46	199
14e	47	84	24	155
15e	57	77	25	159
16e	13	19	2	34
17e	48	96	15	159
18e	73	110	22	205
19e	76	103	32	211
20e	82	150	36	268
	936	1,364	304	2,604

MALADIES OBSERVÉES.

A. — Angines et laryngites.	102
Croup	27
Coqueluche	5
Ophtalmie	1
B. — Asthme	41
Affections du cœur	63
Bronchites aiguës et chroniques	142
Pleuro-pneumonie	92
Congestion pulmonaire	11
C. — Choléra	145
Choléraphobie	11
Affections et troubles gastro-intestinaux	237
Cholérine	273
Dysenterie	2
Athrepsie	19
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	83
Hernie étranglée	22
Rétention d'urine	32
Orchite	4
Phimosis	1
D. — Métrite, métro-péritonite	43
Métrorragie	43
Fausse couche	65
Accouchement, délivrance	284
E. — Affections cérébrales. Paralysies	105
Convulsions, éclampsie	56
Névralgie	58
Névroses	100
Épilepsie	29
Aliénation mentale	10
Alcoolisme, delirium tremens	33
Chorée	1
F. — Rhumatisme	31
Affections éruptives	58
Fièvre intermittente	11
Fièvre typhoïde	46
Hémorragies de causes internes et externes	89
G. — Plaies, contusions	94
Fractures, luxations, entorses	41
Brûlures	6
Empoisonnements	12
Pustule maligne	2
Asphyxie par le charbon	4
Suicide	6
H. — Mort à l'arrivée du médecin	63
Total	2,604

La moyenne des visites par nuit est de 28 30/100. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 19 27/100.

Visites du quatrième trimestre de 1883	1 773
Visites du quatrième trimestre de 1884	2 446
Différence en plus	831

(Le mois de novembre comprend à lui seul 1 185 visites.)

Les hommes entrent dans la proportion de 36 p. 100;
Les femmes — — 52 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 12 —

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1884.

	Hommes.	Femmes.	Enfants.	TOTAL
1er trimestre	633	1017	282	1 932
2e trimestre	555	907	268	1 730
3e trimestre	880	1 256	310	2 446
4e trimestre	936	1 364	304	2 604
	3 004	4 544	1 164	8 712

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876, première année	3 616 visites de nuit.
1877, deuxième année	3 312 —
1878, troisième année	3 571 —
1879, quatrième année	5 282 —
1880, cinquième année	6 341 —
1881, sixième année	6 521 —
1882, septième année	6 891 —
1883, huitième année	6 895 —
1884, neuvième année	8 712 —

(Le service est assuré par 639 médecins et 308 sages-femmes.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 19 janvier 1885, la démission de son grade, offerte par M. Hébrard, aide-médecin de la marine, a été acceptée. — M. Hébrard est nommé à un emploi d'aide-médecin dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle, en date du 6 janvier 1885, M. Brault, élève du service de santé militaire, attaché à l'hôpital de Rennes, reçu docteur en médecine, a été nommé à l'emploi de médecin stagiaire à l'École de médecine et de pharmacie militaire, pour prendre rang du 14 janvier 1885.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les docteurs en médecine ci-dessus désignés ont reçu les récompenses suivantes pour leur thèse soutenue pendant l'année scolaire 1884-1885.

Médaille d'argent. — MM. Alfred Auvard, Joseph Barette, Georges Bellangé, Alphonse Boissard, André Chantemesse, Paul Gibier, Frédéric Monvenoux, Alfred Pousson, Georges Quesneville et Jean Vauthier.

Médailles de bronze. — MM. Enrique de Arguez, Léon Baron, Paul Binet, Albert Boquin, Charles Cantacuzène, Achille Cochez, François Colanéri, Louis Coudray, Henri Crosnier de Varigny, Abel Dancourt, Paul Dourdin, Paul Geffrier, Émile Levillain, Fernand Levillain, Achille Malécot, Victor Ménard, Paul Michaux, Émile Renouard, Georges Thibierge, Émile Turquet et Paul Verchère.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — Un congé d'inactivité est accordé à M. Chavarron, préparateur de physique.

— *Faculté des sciences de Toulouse.* — M. Barthélemy, docteur ès sciences, est chargé du cours de zoologie, en remplacement de M. Filhol.

— M. le docteur Reignier fils est nommé médecin adjoint du lycée de Moulins (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chéreau, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris.

— Le 13 mai prochain, un concours s'ouvrira à l'École de médecine et de pharmacie de Bône, pour une place de professeur suppléant de la chaire de clinique chirurgicale, pathologie externe et obstétrique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié, 1883-1884, par le professeur Jaccoud. 1 vol. in-8° avec 12 figures intercalées dans le texte. — Prix : 13 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le massage par le médecin. Physiologie, manuel opératoire, indications, rédigé et annoté d'après les ouvrages du docteur Reibmayr, publiés en 1883-1884, par le docteur Léon Petit, précédé d'une préface par le docteur P. Reynier. In-18°, avec 126 figures. — Prix : 4 francs. — Paris, Coccoz.

Contribution à l'étude des maladies de la peau, l'eczéma, par le docteur L. Deligny, ex-interne de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, membre de la Société de médecine de Paris, de la Société d'hydrologie médicale de Paris et de la Société française d'hygiène. 1 vol. in-8° de 120 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Recherches expérimentales sur la tuberculose des os, par le docteur Castro Soffia. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17303.

N° 10. — SAMEDI 24 JANVIER 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 24 JANVIER 1885. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Fièvre intermittente pneumonique.

Les auteurs anciens sont pleins d'histoires de fièvres intermittentes péripneumoniques ou pleurétiques, de péripneumonies intermittentes ou rémittentes, contestées depuis faute de la sanction de l'auscultation inconnue alors, rétablies aujourd'hui dans la plupart des Traités généraux ou des Monographies sous les dénominations de pneumonies périodiques, de pneumonies intermittentes ou rémittentes, de fièvres pernicieuses pneumoniques. Il n'est pas indifférent, à beaucoup près, de se servir de telle ou telle de ces dénominations, de placer le mot pneumonie avant celui de fièvre ou le mot fièvre avant le mot pneumonique, ni de confondre la pneumonie proprement dite avec la simple fluxion ou congestion, dans leurs rapports avec la fièvre. L'exemple que nous allons rapporter et qui vient de se passer dans le service de la clinique de la Pitié et les réflexions qu'il a suggérées à M. le professeur Jaccoud, justifieront cette proposition, si toutefois elle en avait besoin.

Une femme de vingt-neuf ans, fille de salle, en pleine santé, est prise un jour d'une forte fièvre avec 40°4 de température; cette fièvre persiste le jour suivant et il s'y joint un point fluxionnaire du poumon droit, très nettement circonscrit à la région moyenne latérale. On entend dans cette région, à l'auscultation, des râles crépitants sans souffle; à peine un peu d'obscurité du bruit respiratoire. L'état général ne présentait d'ailleurs, malgré l'intensité de la fièvre, rien d'inquiétant. Le lendemain la fièvre était très diminuée, la température était notablement abaissée. M. Jaccoud, se fondant sur cette diminution de l'état fébrile, en conclut qu'on n'avait pas affaire à une pneumonie, mais à un simple état fluxionnaire qui ne dépasserait probablement pas le délai de quatre à cinq jours.

Le cinquième jour, en effet, la défervescence était complète, la température était descendue à 38 degrés. Les râles avaient disparu. La résolution de l'état local était complète. La malade accusait elle-même un retour parfait à la santé, sans être passée par une période de convalescence. C'était bien là un type de la fluxion pulmonaire aiguë. Cependant un phénomène constaté seulement à ce moment, l'existence d'une augmentation notable du volume de la rate, fit suspendre tout jugement définitif.

Trois jours se passent dans cet état. Le quatrième jour, la malade se plaint d'un malaise général et redemande son lit. La température était remontée à 39°7. C'était un nouvel accès de fièvre, sans localisation pulmonaire. L'accès dure deux jours; entre le deuxième et le troisième jour, la défervescence s'effectue.

Ce deuxième accès sans fluxion donne néanmoins à penser, surtout en le rapprochant de l'état hypertrophique de la rate. N'y avait-il pas lieu de songer, en effet, à une fièvre intermittente?

Deux journées se passent dans l'apyrexie; la troisième, la température remonte à 39 degrés; point de localisation pulmonaire.

Deux nouvelles journées d'apyrexie. De la troisième à la quatrième journée, nouvel accès avec 40 degrés de température durant quarante-huit heures, cette fois avec une localisation pulmonaire du même côté, plus circonscrite encore que la première et occupant un siège un peu différent, la partie moyenne postérieure du poumon, tandis que l'autre avait occupé la partie moyenne latérale.

Dès le troisième accès on avait commencé à administrer la quinine. Aussi, après la défervescence de ce quatrième accès, l'apyrexie fut-elle de quatre jours (un jour de retard sur les accès précédents).

Un cinquième accès est survenu. Cette fois on a augmenté la dose, probablement insuffisante, du sulfate de quinine. La rate, à la suite de cette dose plus élevée, a diminué de volume, mais la région splénique est restée encore un peu sensible. On a continué la médication.

On a fait chez cette malade la numération des globules rouges et des globules blancs du sang. Les uns et les autres sont au-dessous du chiffre normal.

Laissant de côté pour le moment la localisation pulmonaire, on se trouvait en présence d'une fièvre intermittente qui ne s'est pas réglée tout de suite. Quand elle s'est réglée, cela a été d'après le type quarte avec invasion fébrile vespérale, ce qui est la règle pour ce type. Chacun des accès a été annoncé par un frisson et la défervescence était signalée par des sueurs.

Pourquoi le premier accès a-t-il été si long (quatre jours) ? C'est la règle pour les fièvres intermittentes associées à une lésion locale. Dans les fièvres intermittentes d'Afrique, le premier accès est généralement très long, associé qu'il est presque toujours à un embarras gastrique.

Ainsi, en résumé, voilà une fièvre quarte de cinq accès : le premier avec un point circonscrit de fluxion pulmomaire à râles crépitants, si loin de l'hépatisation qu'il n'y avait pas le moindre souffle, pas la moindre exsudation. Les symptômes locaux ont été intermittents comme la fièvre.

Quant à l'origine de cette fièvre intermittente, voici la seule circonstance à laquelle on puisse la faire remonter. Cette femme est originaire de Saint-Malo qu'elle paraît avoir toujours habité jusqu'à l'époque récente où elle l'a quitté pour venir à Paris. Or Saint-Malo n'est point un pays à fièvres. Bien que Paris ne passe pas non plus pour une contrée fébrigène, on y voit naître néanmoins de temps en temps des fièvres d'accès, ce qui arrive notamment dans les quartiers où se font des démolitions et des remuements de terrain. C'est précisément dans ces conditions que s'est trouvée cette femme. En arrivant à Paris, elle a habité le quartier Saint-Jacques, dans les environs du Panthéon, où se fait en ce moment un grand mouvement de terrain et de démolition.

Voici maintenant quelques-unes des considérations cliniques générales que M. Jaccoud a exposées à l'occasion de cette malade.

Une première question qu'il a posée est celle-ci : Pourquoi chez cette malade les accidents pulmonaires, chaque fois qu'ils se sont manifestés, ont-ils disparu avec la fièvre? Par une raison toute simple, c'est que la lésion n'avait pas dépassé le degré de la congestion, qu'il n'y avait eu, par conséquent, ni exsudats à résorber, ni altération de tissu à réparer. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi; il est des cas dans lesquels la fièvre disparaissant, la lésion pulmonaire persiste, parce que cette lésion est plus avancée, parce qu'il y a véritable pneumonie avec hépatisation. Et cependant on désigne généralement ces cas sous le nom de pneumonie intermittente. C'est une dénomination impropre. La manifestation pulmonaire, l'hépatisation, persiste pendant l'apyrexie. Si l'on dit également pneumonie intermittente, alors qu'il n'y a que simple fluxion, l'expression est tout aussi vicieuse.

On met au premier rang ce qui doit être au second. Qu'y a-t-il en effet? Une fièvre intermittente et en même temps une pneumonie, liée, il est vrai, à cette fièvre intermittente. Pourquoi ne pas dire alors fièvre intermittente pneumonique? Si l'on veut être plus exact encore, on devra se servir de l'excellente dénomination de Torti : fièvre intermittente accompagnée pneumonique (*comitata*). Cette épithète « accompagnée », opposée à celle de « fièvre solitaire », est à elle seule toute une définition.

L'importance pratique de cette distinction ne peut échapper à personne. La fièvre intermittente accompagnée pneumonique, ainsi comprise, se présente sous deux variétés ou deux types. Le premier type est celui représenté ici par la malade dont il vient d'être question, c'est celui où la fièvre intermittente s'accompagne de fluxion pulmonaire. Un des plus beaux exemples de ce genre est celui qui a été publié en 1860 par un médecin de Vienne. Il y avait eu dans ce cas sept accès. A chacun d'eux il s'était manifesté un mouvement fluxionnaire, et chaque fois sur un point différent. On ne pouvait pas y voir un simple rappel. Le point fluxionnaire disparaissait après chaque accès. On voit combien ces deux faits se rapprochent.

Dans le deuxième type avec pneumonie véritable, il y a un mouvement fébrile continu, celui de la pneumonie, sur lequel vient en quelque sorte se greffer le paroxysme de la fièvre intermittente, ce qui donne la forme fébrile rémittente. Dans ce cas, si le médecin n'est pas attentif, il peut, croyant n'avoir affaire qu'à une pneumonie, négliger la fièvre intermittente et faire courir ainsi à son malade un danger de mort, s'il s'agissait, par exemple, d'une fièvre pernicieuse. Il faut agir, dans ce cas, en se plaçant surtout au point de vue de l'intoxication palustre, et combattre tout d'abord la fièvre, quitte à s'occuper secondairement des phénomènes pneumoniques.

Mais il peut se présenter tels cas où, en l'absence de toute influence palustre, la pneumonie n'ait point une marche uniforme, que la lésion pneumonique marche par étapes successives, interrompues, la fièvre subissant les mêmes interruptions. Comment distinguer cette sorte de pneumonie vulgaire à marche paroxystique de la fièvre palustre pneumonique? A deux signes ou deux ordres de phénomènes, à l'état de la rate et au frisson. Dans la fièvre palustre, à chaque accès il y a un frisson suivi de sueurs, et toujours un degré plus ou moins appréciable de tuméfaction splénique. Dans la pneumonie commune à marche irrégulière, il n'y a rien de semblable.

En résumé, ce qu'il faut bien retenir, c'est que tant que la lésion pulmonaire qui accompagne la fièvre intermittente ne consiste qu'en une simple congestion, l'apyrexie est complète. Lorsque la lésion est persistante, comme lorsqu'il s'agit d'une pneumonie véritable, la fièvre prend le type rémittent. Dans l'un comme dans l'autre cas, d'ailleurs, l'indication première, principale, est celle de la médication quinique.

Les canaux veineux de sûreté.

Un peu d'anatomie et de physiologie qui ne sera pas inutile, outre son intérêt propre, pour l'intelligence et l'interprétation d'un certain ordre de phénomènes morbides. C'est d'ailleurs la clinique qui nous a suggéré l'idée de cette petite incursion sur le domaine anatomique ; il est juste qu'elle trouve sa place ici.

A l'occasion d'une malade de son service, entrée dans ses salles pour un fibrome utérin, et qui a présenté pendant son séjour à l'hôpital une série successive d'accidents morbides graves, tels qu'une phlegmatia alba dolens de l'un des membres inférieurs, thrombose et lésion probable des reins accusée par une abondante albuminurie, aphasie consécutive, etc., M. Verneuil, cherchant à se rendre compte comment, avec ces lésions multiples, la circulation veineuse générale n'était pas plus troublée chez cette malade, a donné en quelques mots la raison de ce fait par une brève exposition du système d'anastomoses dont le système veineux des membres inférieurs et de la cavité abdominale est si richement pourvu. C'est à l'un de ces systèmes qu'il a donné le nom de veines ou « canaux de sûreté, » exprimant par là le rôle protecteur et en quelque sorte prophylactique que jouent ces vaisseaux dans certaines conditions pathologiques.

En quoi consiste le système de canaux de sûreté? Quelles en sont les dispositions et le jeu physiologique? C'est ce que, sur les indications qu'a bien voulu nous en donner M. Verneuil, nous allons demander à l'excellente thèse

d'un de ses anciens élèves, M. le docteur L. Jarjavay, le fils de l'ancien professeur de clinique chirurgicale de la Faculté, justement regretté.

Canaux de sûreté proprement dits.

Parmi les nombreuses et variées dispositions anastomotiques du système veineux qui ont été mieux constatées anatomiquement qu'étudiées dans leurs attributions physiologiques, il en est une, en particulier, qui consiste dans l'existence, en rapport plus ou moins éloigné avec les troncs principaux, de certaines veines qui jouent le rôle de voies supplémentaires lorsque la carrière veineuse vient à être enrayée dans ces troncs par des causes accidentelles ou pathologiques. Quelques-unes de ces veines collatérales paraissent jouer aussi un rôle important et multiple en physiologie, lors de l'abaissement des valvules ; elles servent d'échappement à la tension veineuse excessive, parent au reflux veineux, protègent les valvules et rétablissent la circulation centripète momentanément entravée.

C'est à ces canaux, dont le rôle est si capital, que M. Verneuil a donné le nom de canaux de sûreté, les distinguant ainsi, par la précision si nette de leurs fonctions, du système de canaux de dérivation qu'a également si bien fait connaître M. Le Dentu, dans son travail sur les veines du membre inférieur. Pendant que le premier système, le canal de sûreté, régularise surtout le cours du sang par équilibration de la tension veineuse, le canal de dérivation le rétablit lorsqu'il est momentanément interrompu.

Voici quelques-unes des dispositions de ce système circulatoire collatéral, que M. Jarjavay a étudiées avec un grand soin, et qu'il a décrites avec une netteté parfaite dans sa thèse.

Supposant une veine unique, cloisonnée en un certain nombre de compartiments par des valvules échelonnées sur son trajet, s'il y a reflux du sang, ces valvules vont s'abaisser et la veine sera divisée en autant de segments indépendants qu'il y aura d'espaces circonscrits entre deux paires de valvules abaissées. Le cours centripète sera suspendu dans des espaces veineux qui sont situés au-dessous.

Pour que le cours du sang se rétablisse, il faudra que la pression soit diminuée dans les segments en question, et elle ne pourra l'être qu'à la condition d'une dérivation suffisante, pour conduire ce qui est en excès vers un débouché où l'écoulement redeviendra facile.

Une anastomose partant du tronçon trop plein dérivera le courant rétrograde au profit du vaisseau même où le canal prend son insertion. Le canal qui dérive ainsi le courant sanguin du point où il y a excès de pression dans un ou plusieurs tronçons veineux, est ce que M. Jarjavay appelle, d'après M. Verneuil, un canal de sûreté. C'est le canal de sûreté type, reliant directement entre eux les différents étages que représentent tous ces tronçons placés bout à bout et cloisonnés par des valvules. C'est ce que les anatomistes ont appelé jusqu'à présent des anastomoses longitudinales, mais sans leur avoir assigné leurs attributions réelles.

Ce canal de sûreté, voie de suppléance naturelle pour la veine à laquelle il est annexé, est généralement d'un calibre inférieur à cette veine, et n'admet par conséquent qu'une part minime de la colonne sanguine que contient le segment veineux qu'il dessert. Sous les conditions qui engendrent le choc en retour de l'onde rétrograde, il peut se dilater suffisamment pour charrier la quantité de sang nécessaire, quitte à revenir à son calibre primitif, dès que le reflux veineux a cessé. Mais que ce reflux se produise fréquemment, la dilatation du canal de sûreté deviendra permanente, et il acquerra un volume égal ou même supérieur à celui du tronc principal. Il y a alors véritable état pathologique.

Le fonctionnement du canal de sûreté est donc absolument lié aux phases de la circulation centripète, intermittent comme celui des valvules, qu'il supplée.

Cette interprétation du rôle physiologique des canaux de sûreté est rendue évidente par la considération de leur origine, de leur trajet et de leurs rapports.

Les dispositions d'un canal de sûreté par rapport à un vaisseau veineux, prenant exemple sur l'une des veines du membre inférieur où le fait a toute sa valeur et sa raison d'être, sont très nettement résumées par cette règle formulée par M. Verneuil : « Un canal de sûreté simple, sans branches, à direction longitudinale et ascendante, qui s'ouvre par deux embouchures dans le même vaisseau, a toujours ses orifices d'abouchement ainsi disposés que l'un, le plus inférieur, s'ouvre au-dessus de la valvule la plus rapprochée de l'extrémité inférieure du membre, tandis que l'autre s'ouvre au-dessus de la valvule la plus rapprochée du cœur. »

Il y a un autre mode de dérivation que celui dont il vient d'être question, qui aboutit au même vaisseau d'où il part : c'est celui qui fait communiquer ensemble deux vaisseaux différents. Ce mode de suppléance de deux vaisseaux l'un par l'autre est de beaucoup le plus commun, et est trop connu pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter ici.

M. Jarjavay explique, par la nécessité d'obvier aux conséquences de la variabilité extrême qui, d'un moment à l'autre, amène des écarts, l'utilité de l'appareil spécial d'équilibration dont il s'agit, et, par le fait des variations plus considérables en certains points ou certaines régions, le nombre plus grand de ces appareils. Ainsi se justifient tous ces nombreux canaux de sûreté qui, après un trajet plus ou moins long, plus ou moins compliqué, vont se rendre dans un vaisseau collatéral où ils déversent le surplus d'une veine voisine. Presque tous les points du système veineux en offrent de nombreux exemples. Les canaux dérivateurs qui unissent ainsi deux veines différentes peuvent donc présenter un trajet assez compliqué. Ce trajet, court ou long, suivant la distance à parcourir d'une veine à l'autre, sera plus ou moins direct, suivant les obstacles qu'il aura à franchir ou à contourner.

De ces canaux de sûreté, les uns sont dénués de valvules, les autres en sont pourvus; ces derniers sont plus nombreux. Deux veines très rapprochées l'une de l'autre comme les satellites, sont unies par de nombreuses communications transversales très courtes qui sont avalvulaires. Les veines les plus éloignées ont presque toujours des canaux de sûreté valvulaires. Dans les canaux qui se bifurquent, les valvules sont situées à l'angle de bifurcation ; dans ceux qui sont simples, elles occupent un point très rapproché de l'orifice d'abouchement.

M. Jarjavay ne s'est pas borné à faire connaître dans leurs plus grands détails ces dispositions anatomiques, destinées à l'équilibration de la tension veineuse ; il en a étudié les divers types, plus ou moins compliqués, ainsi que certaines dispositions spéciales d'arcades et de bifurcations veineuses, qui représentent l'un des appareils les mieux

appropriés aux exigences d'un afflux, dont les origines sont multiples et souvent très compliquées.

Étudiant ensuite successivement les veines satellites, les bifurcations veineuses, les arcades et les veines communicantes, voici en quels termes il résume les considérations qui les concernent :

Veines satellites.

Les veines satellites constituent l'appareil de dérivation le mieux disposé pour parer aux causes nombreuses de reflux dont ces veines peuvent être le siège.

Cette dérivation se fait d'un côté à l'autre, grâce aux canaux qui les relient et qui rendent ainsi les deux veines absolument solidaires. Deux veines satellites se servent donc réciproquement de canal de sûreté.

Généralement, ces mêmes dispositions se retrouvent dans tout système veineux qui réalise les dispositions spéciales des veines satellites.

Bifurcations veineuses.

Toute bifurcation veineuse est un appareil de sûreté : pour chacune des branches de bifurcation qui peuvent se suppléer mutuellement ; pour chacune des veines qui y aboutissent, touté veine qui se rend dans l'une des branches ayant pour canal de sûreté la branche voisine.

Arcades veineuses.

L'arcade veineuse, ne pouvant se suffire à elle-même comme appareil de sûreté, au cas où ses deux branches cloisonnées par des valvules convergent l'une vers l'autre, ou si les valvules sont disposées de telle façon que leur abaissement détermine l'interruption avec les arcades voisines, nécessite l'adjonction de canaux de sûreté.

Veines communicantes.

Enfin toute veine communicante est un appareil de sûreté : pour les deux veines qu'elle réunit, si elle est avalvulaire ; pour l'une d'elles seulement, si elle est munie de valvules. Aux communicantes valvulaires peuvent être annexés des canaux de sûreté. Ces canaux protègent les valvules, dérivent l'onde rétrograde qu'entraîne le reflux veineux, rétablissent le cours du sang momentanément interrompu par un excès de pression dans ces vaisseaux.

Lundi dernier, M. Tillaux a commencé le cours de clinique chirurgicale libre qu'il a annoncé devoir faire cet hiver dans son nouveau service de l'Hôtel-Dieu. Il l'a inauguré par une leçon dans laquelle, après un exposé des principes et des méthodes d'enseignement auxquels il se propose de se conformer, il a fait un brillant tableau de l'état actuel de la chirurgie, et des progrès considérables dont elle est principalement redevable à deux des plus grandes innovations qui y ont été introduites de notre temps : l'anesthésie et l'antisepsie. Cette leçon, faite devant un nombreux auditoire d'élèves en médecine et de médecins, et à laquelle il n'a manqué, à notre avis, pour être parfaite, que quelques noms, a été accueillie par de chaleureux applaudissements. Elle sera reproduite par la *Gazette dés hôpitaux.*

THÉRAPEUTIQUE

A propos du régime dans les maladies de l'estomac

Par M. le docteur A. Judet.

Par leur multiplicité et leur complexité, les affections de l'estomac constituent un des sujets les plus vastes de la pathologie. Les dyspepsies, à elles seules, dyspepsies primitives ou symptomatiques des souffrances d'un autre organe, sont tellement fréquentes, que Beau avait été amené à en faire la clef de voûte de la pathologie tout entière. C'est qu'en effet, en dehors des cas si nombreux où l'estomac est lui-même directement et primitivement atteint, il n'est, pour ainsi dire, pas de cas pathologiques compatibles avec l'intégrité absolue des fonctions digestives.

Nous ne dirons rien ici de la thérapeutique des affections de l'estomac, thérapeutique comportant des indications extrêmement multiples, puisqu'elle n'est rationnelle que si elle vise la cause qui produit ou domine l'état pathologique du ventricule.

Nous voulons uniquement toucher un mot sur l'importance capitale du régime dans le traitement méthodique des affections de l'estomac.

Tâche délicate, et cependant urgente, que celle d'alimenter les gastralgiques et les dyspeptiques aussi bien que les malades atteints d'ulcère ou de cancer de l'estomac !

Délicate ! parce que l'organe malade est précisément celui dans lequel s'accumulent les aliments et les boissons, et que cependant c'est par lui seul que l'on peut atteindre sérieusement les altérations de nutrition provoquées par les troubles fonctionnels dus à son état pathologique.

Urgente ! parce que l'inanitiation conduit fatalement à un certain degré d'anémie, qui vient compliquer la dyspepsie initiale. A l'état pathologique primitif vient s'ajouter cette conséquence que les sécrétions gastriques ne puisant plus leur origine que dans un sang impropre à leur fournir les matériaux convenables et en quantité suffisante, il en résulte que le travail digestif ne s'exerce que sur une petite quantité d'aliments, et encore d'une manière incomplète, ce qui vient augmenter l'atonie des tuniques musculaires de l'estomac et de l'intestin, avec ses conséquences de constipation, anorexie, etc. De telle sorte que dans ces affections on tombe constamment dans ce cercle vicieux d'un estomac à qui il faut du sang pour digérer, et qui doit d'abord bien digérer pour permettre à ce sang de se former.

On voit, sans qu'il soit besoin d'insister, combien il est indispensable que le régime occupe le premier rang dans le traitement des maladies de l'estomac, et quelle importance il y a de s'adresser pour cet effet à des substances nutritives facilement assimilables.

Ce régime, en principe toujours capable de molester l'estomac malade, varie sensiblement, suivant la nature de l'affection. Les bouillons, de légers potages, des jus de viande, et surtout du lait, nous sont, dans cet ordre d'idées, d'un secours extrêmement précieux. L'usage de la viande crue, en outre de ses inconvénients sous le rapport de la possibilité de transmission du ténia, et, ce qui est beaucoup plus grave, de la tuberculose, présente d'ailleurs peu d'avantages dans les consomptions où l'estomac lui-même est en cause. A tous les points de vue, l'usage des peptones, et particulièrement de la peptone *phosphatée*, nous paraît infiniment préférable ; aliment liquide, en quelque sorte tout élaboré, offrant sous un petit volume une puissance nutritive relativement considérable, elle a de plus cette propriété de provoquer, par son phosphate de chaux, une action stimulante des fonctions d'assimilation. Elle a aussi, pour nous, cet immense avantage de nous permettre d'établir, sans fatigue pour l'estomac, un certain degré de suralimentation qui contribue à enrayer ou tout au moins à diminuer les anémies ou cachexies qui compliquent l'état local et, dans les cas graves, terminent le cycle de l'affection mortelle. Nous croyons, en effet, que dans toutes les maladies qui conduisent à un état de déchéance organique, il y a toujours

avantage à transgresser cette loi de l'accommodation, qui veut que l'on conforme l'alimentation à la capacité digestive du malade; et si nous ne rappelons pas ici les magnifiques résultats obtenus par l'alimentation forcée dans la tuberculose, c'est que nous les savons trop présents à l'esprit de tous.

En réalité, nous avons dans les peptones des agents de suralimentation puissants et d'application commode qui, dans les affections de l'estomac et concurremment avec le lait, s'imposent d'une façon toute particulière parce que, faisant profiter l'organe malade d'un travail physiologique préalable, elles sont d'assimilation extrêmement facile.

Pour nous qui, depuis quelques années, faisons un usage fréquent de la peptone phosphatée (*vin de Bayard*), que nous faisons prendre pur ou coupé d'une infusion d'écorce d'oranges amères, suivant les cas, nous en retirons des avantages précieux dans une foule d'affections qui sont ou la cause ou la conséquence d'une altération de nutrition : tuberculose, scrofule, rachitisme, diabète, maladies de l'estomac, etc., et nous hésitons d'autant moins à les signaler que l'élément adynamie nous paraît prendre tous les jours une part plus large dans la médecine contemporaine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 janvier 1885. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Ablation des tumeurs du sein. — M. MONOD fait connaître les résultats de sa pratique relativement à l'ablation des tumeurs du sein. Depuis trois ans il a fait, en ville et dans les hôpitaux, 24 amputations du sein, dont 5 à l'hôpital d'Ivry et 19 en ville. Dans la grande majorité des cas, il a fait l'amputation totale; dans les cas très rares où il a fait l'amputation partielle, il s'agissait de petites tumeurs extra-mammaires, et, dans ces cas, il n'a pas eu à regretter sa réserve. Sur 20 ablations, treize fois M. Monod a trouvé des ganglions axillaires. Dans tous les cas, il prolonge son incision vers l'aisselle pour explorer cette région. Il résulte de ses observations qu'en général l'infection ganglionnaire ne se produit qu'un an et demi, en moyenne, après le début de la maladie.

Depuis qu'il est chirurgien des hôpitaux, M. Monod s'est toujours montré fidèle observateur de la méthode antiseptique. Il a cherché la réunion immédiate chaque fois qu'elle a été possible; il ne l'a pas toujours obtenue, mais il n'a jamais eu à regretter de l'avoir cherchée. A ce point de vue, il divise ses observations en quatre séries : 1° les cas où il a obtenu la réunion immédiate primitive, ils sont au nombre de 5; 2° ceux où il a obtenu une réunion rapide, 10 cas; 3° ceux où il a eu une réunion retardée, 7 cas; 4° enfin les cas de réunion secondaire proprement dite, au nombre de 2.

M. Monod n'a pas eu à déplorer un seul cas de mort après l'opération. La fièvre a presque toujours été nulle. Il n'a eu qu'un seul cas d'érysipèle, survenu deux mois après l'opération, dans un cas de réunion retardée. Ce cas semble au moins démontrer que la réunion immédiate a cet avantage sur la réunion secondaire que, la guérison demandant beaucoup moins de temps, la malade est moins longtemps exposée aux complications opératoires, en particulier à l'érysipèle.

Quant à la question des récidives, M. Monod élimine tout d'abord 5 cas de tumeurs non cancéreuses. Restent 19 cas de cancers : il compte 2 cas sans récidive après un an et demi, 2 cas sans récidive après deux ans, 2 cas avec récidive un an après. Il cite plusieurs exemples, entre autres celui d'une malade, opérée en mai 1880 par Broca, opérée depuis quatre fois par lui-même et qui, actuellement encore, se porte bien. Il a relevé 6 cas de récidive avérée, survenant dans l'année même de l'opération. Il résulte de l'examen de ces faits que l'on doit distinguer deux formes de cancer : l'une, grave, dans laquelle la récidive est fatalement prochaine, quoi qu'on fasse; l'autre, plus bénigne, dans laquelle on peut obtenir des guérisons durables ou même définitives.

M. Monod n'a jamais fait d'opérations parcimonieuses. Il a toujours eu recours au pansement de Lister. Il n'emploie pas le spray, mais il lave toutes les plaies avec la solution phéniquée à 5 p. 100. Il place toujours deux gros drains couchés au fond de la plaie. Selon les cas, il en met un troisième dans l'aisselle. Il fait ses sutures avec le fil d'argent; ses ligatures d'artère, avec le catgut ou la soie phéniquée. Il enlève généralement ses sutures le quatrième jour.

Ablation totale de l'utérus. — M. TERRIER analyse un travail de M. Demons (de Bordeaux) sur deux cas d'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale. L'un de ces cas a été suivi de mort. Dans l'autre, il s'agissait d'un cancer, et la malade, opérée depuis deux ans, n'a pas encore de récidive et se porte très bien. M. Terrier insiste particulièrement sur l'importance de ce fait que, deux ans après l'ablation d'un utérus atteint de cancer, il n'y a pas encore trace de récidive.

M. DESPRÉS fait les plus grandes réserves sur le diagnostic de cancer dans ce cas. On sait, dit-il, que quand un utérus est atteint de cancer, celui-ci remonte généralement très haut, ce qui explique qu'il récidive toujours très vite et que ces malades ne vivent pas plus de dix-huit mois à deux ans. Il ajoute qu'on doit avoir les plus grandes difficultés à enlever l'utérus en totalité et qu'on n'en doit jamais enlever qu'une partie. Il est donc impossible de se mettre complètement à l'abri des récidives. Enfin, dans les cas de prétendue guérison, il faut tenir compte des erreurs possibles de diagnostic, de simples hypertrophies du col étant prises pour des cancers.

M. TERRIER dit que toute discussion est impossible quand on met en doute le diagnostic porté par les auteurs des observations. L'ablation totale de l'utérus n'est pas aussi impossible que semble le croire M. Després. Récamier, qui est un Français et un ancien, et qui, par ces deux titres, doit avoir toute la confiance de M. Després, a fait cette opération. S'il est démontré qu'elle est faisable et facile, il est tout aussi indiqué d'enlever complètement l'utérus atteint de cancer qu'une mamelle également cancéreuse. En outre, il ne faut pas oublier que cette opération a déjà été pratiquée maintes et maintes fois à l'étranger, et qu'il faut féliciter les chirurgiens français qui la mettent sérieusement à l'étude. M. Després, n'ayant pas fait cette opération, n'a pas le droit de la condamner.

M. DESPRÉS demande à tous ses collègues si l'ablation totale de l'utérus sur une femme de trente ans n'ayant jamais eu d'enfants, est possible; si ce peut être une opération réglée. Quand une femme a eu des enfants, ou mieux encore quand elle a un prolapsus utérin, l'opération peut être plus facile. Quoi qu'il en soit, il se croit le droit de faire des réserves sur des observations produites par des confrères des départements. On sait bien que cette opération a déjà été tentée en France et qu'elle a donné de déplorables résultats. Il est donc non seulement de son droit, mais même de son devoir de faire, relativement aux observations du genre de M. Demons, toutes sortes de réserves.

M. BERGER dit qu'en effet, ces opérations ont été très fréquemment pratiquées à l'étranger, mais qu'il semble que, depuis un certain temps, il y ait un retour d'opinion contre elles, à cause de la très grande fréquence, de la constance même des récidives. Les examens microscopiques ont montré que dans les cas de cancer de l'utérus, même en apparence limités, il y avait toujours de la lymphangite cancéreuse qu'on ne peut enlever comme on enlève celle de l'aisselle dans les cas de tumeurs du sein.

M. POLAILLON combat cette opinion que le cancer de l'utérus remonte habituellement très haut. Ce n'est pas ce qui résulte de l'observation. Le cancer est plus habituellement limité au col; le cancer débutant par le corps est très rare. Or on ne doit pas enlever l'utérus en totalité pour un cancer limité au col. Il suffit de dépasser les limites du mal pour avoir des chances de guérison. M. Polaillon rappelle avoir communiqué deux cas de guérison

datant aujourd'hui, l'un de plus de deux ans, l'autre de plus de cinq ans. Ces ablations partielles de l'utérus ne sont donc pas, dans ces cas, seulement des opérations palliatives, mais bien des opérations curatives. M. Polaillon ne veut pas dire que dans l'avenir on n'arrivera peut-être pas à pouvoir enlever facilement et sans grand danger l'utérus en totalité, mais jusqu'ici, pour lui, ce n'est pas une opération à faire.

M. TERRIER répond à M. Després que l'ablation de l'utérus en totalité est possible chez une femme de trente ans. Ce n'est pas une opération réglée; mais ne fait-on pas tous les jours des opérations non réglées? L'ovariotomie, l'hystérectomie, sont-elles des opérations réglées?

A M. Berger, M. Terrier répond que c'est là une question à l'étude, qu'il peut y avoir des indications de l'hystérectomie vaginale comme il y en a de l'hystérectomie abdominale. C'est une question qui mérite d'être examinée, et il est, quant à lui, tout prêt à l'étudier.

A M. Polaillon, qu'il n'est nullement d'accord avec lui, M. Cornil ayant démontré depuis longtemps l'existence de ces lymphangites et de ces adénites éloignées dans les cas de cancer même limités du col de l'utérus. M. Terrier rappelle avoir, en outre, démontré que ces opérations partielles ne sont pas toujours aussi bénignes qu'on veut bien le dire. L'ablation totale de l'utérus est sans doute une opération fort grave; mais un cancer du col de l'utérus est aussi chose grave et qui mérite bien qu'on cherche à y remédier par des moyens plus efficaces que ceux qui ont été employés jusqu'ici.

ÉLECTION

Ont été nommés : associés étrangers, MM. Pellizzarri (de Florence) et Ihlifossowsky (de Moscou); correspondants étrangers, MM. Lewis Stimpson (de New-York), Saltzmann (d'Helsingfors), Plum et Studsgaart (de Copenhague); correspondants nationaux, MM. Poulet et Villeneuve (de Toulouse), M. Turgis (de Falaise) et M. Malherbe (de Nantes).

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Décision ministérielle autorisant les médecins-majors de première classe à se présenter, sans condition d'ancienneté, à l'examen d'aptitude, et modifiant le programme de cet examen.

Paris, le 20 janvier 1885.

Le ministre de la guerre a décidé, à la date de ce jour, que :

1° Les médecins-majors de première classe, employés dans les corps de troupe et dans les hôpitaux militaires, qui n'ont pas encore subi les épreuves instituées par la circulaire ministérielle du 26 avril 1883, sont autorisés, sans condition d'ancienneté, à passer cet examen au moment de l'inspection générale du service de santé ;

2° Que le programme des interrogations sur la législation et l'administration militaires, fixé par la circulaire précitée et complété par la décision ministérielle du 18 avril 1884, insérée au *Journal militaire officiel* (1er semestre, partie réglementaire, page 442), sera remplacé par le suivant :

Organisation générale.

Loi du 27 juillet 1872, sur le recrutement de l'armée. — Loi du 24 juillet 1873, relative à l'organisation générale de l'armée. — Loi du 13 mars 1875, relative à la constitution des cadres et des effectifs de l'armée. — Loi du 16 mars 1882, sur l'administration de l'armée.

Pensions et secours.

Loi du 11 avril 1831, sur les pensions de l'armée de terre. — Ordonnance du 2 juillet 1831, sur les justifications à faire, par les militaires, veuves et orphelins, pour établir leurs droits à la pension. — Loi du 25 juin 1861, qui modifie celle du 11 avril 1831, sur les pensions de l'armée de terre. — Loi du 20 juin 1878, sur les pensions des veuves et les secours aux orphelins. — Loi du 22 juin 1878, relative aux pensions de retraite des officiers de l'armée de terre. — Circulaire ministérielle du 3 janvier 1879, portant classification des blessures ou infirmités ouvrant des droits à la pension. — Loi du 18 août 1879, sur les pensions des sous-officiers, caporaux ou brigadiers et soldats de l'armée de terre.

Congés de réforme et gratifications renouvelables.

Instruction du 6 novembre 1875, relative à la délivrance des congés de réforme. — Instruction du 25 février 1877, sur les maladies, infirmités ou vices de conformation, qui rendent impropres au service militaire. — Circulaire du 24 décembre 1864, concernant la concession des gratifications de réforme renouvelables. — Circulaire du 25 octobre 1877, au sujet de la visite bi-annuelle des titulaires de la gratification renouvelable. — Circulaire du 4 mars 1878, au sujet des pièces à joindre aux propositions d'admission à la gratification renouvelable.

Service de santé.

Décret du 28 décembre 1883, portant règlement sur le service de santé à l'intérieur, et les notices annexées. — Instruction du 29 septembre 1882, sur la statistique médicale de l'armée. — Règlements du 30 juin 1856, sur le service du casernement; du 2 octobre 1865, sur le couchage des troupes à l'intérieur et en Algérie (dans leurs parties afférentes au service de santé). — Décret du 25 août 1884, portant règlement sur le service de santé en campagne, et les notices y annexées. — Note ministérielle du 18 août 1879, relative aux costumes et aux insignes du personnel actif de la Société française de secours aux blessés.

Service de l'intendance.

Décret du 16 janvier 1882, portant règlement pour l'exécution de la loi du 16 mars 1882, en ce qui concerne le service de l'intendance. — Décret du 13 août 1884, précisant les attributions spéciales des fonctionnaires de l'intendance. — Avis du conseil d'État, en date des 2 avril et 23 juillet 1884, portant interprétation de la loi du 16 mars 1882, sur l'administration de l'armée, en ce qui concerne les attributions des fonctionnaires de l'intendance.

Service des réquisitions.

Loi du 3 juillet 1877 et décret du 2 août 1877, sur les réquisitions militaires.

Services généraux de l'armée.

Décret du 28 décembre 1883, portant règlement sur le service intérieur des corps de troupe. — Décret du 23 octobre 1883, sur le service dans les places de guerre et les villes de garnison. — Décret du 26 octobre 1883, sur le service des armées en campagne. — Décret du 7 juillet 1884, portant création d'une direction générale des chemins de fer et des étapes. — Règlement ministériel du 21 août 1884, sur l'organisation et le fonctionnement du service, des étapes aux armées. — Règlement général du 1er juillet 1874, modifié par décret du 29 octobre 1884, pour les transports militaires par chemin de fer.

Corps du contrôle de l'administration de l'armée.

Décret du 28 octobre 1882, portant organisation du corps du contrôle de l'administration de l'armée. — Notes ministérielles des 13 mars et 16 avril 1883, sur l'organisation et le fonctionnement du corps du contrôle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu le mercredi 28 janvier 1885, à trois heures et demie.

Ordre du jour : 1° Allocution de M. Marc Sée, président;

compte-rendu des travaux de l'année 1884, par M. Lucas-Championnière, secrétaire annuel; 3° Éloge de M. le professeur Sédillot, par M. Horteloup, secrétaire général; 4° Proclamation des prix pour l'année 1884.

— Par décret, en date du 21 janvier 1885, M. Doué, médecin principal de la marine, a été promu au grade de médecin en chef.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 janvier 1885, et sur la proposition de l'Académie de médecine, les récompenses suivantes ont été accordées aux personnes ci-dessous désignées qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies, pendant l'année 1883.

Médailles d'or : MM. les docteurs Mauricet (de Vannes) et Constan, médecin-major à l'hôpital militaire de Bordeaux.

Médailles d'argent : MM. les docteurs Blanquinque (de Laon); Bousseau (de Maine-et-Loire); Fichot (de Nevers); Guidoni (de Calvi); Rousseau (de Vouziers) et Spitalier (de Grasse).

Médailles de bronze : MM. les docteurs Bompaire (de Millau); Bourgeois, médecin-major au 7e cuirassiers; Burlureaux, médecin-major au régiment de sapeurs-pompiers de Paris; Calmels (de Carmaux); Coronat (de Gap); Empereur (de Moutiers); Fauré (de Foix); Fleys (d'Aurillac); Grange (de Saint-Jean-de-Maurienne); Larue (de Laval), Lemoine (de Château-Chinon); Petel (de Louviers); Petit (de Saint-Jean-de-Maurienne); Piot (d'Aiguebelle) et Rességuier (de Carcassonne).

Rappels de médailles d'or : MM. les docteurs Mignot (de Chantelle); Pilat (de Lille); Paris (de Versailles); Peroud (de Lyon); Daga, médecin inspecteur du service de santé de l'armée, et Manouvriez (de Valenciennes).

Rappel de médailles d'argent : MM. les docteurs Babrau (de Rochefort); Prestat (de Pontoise); Pennetier (de Rouen); Homo (de Château-Gontier); Jablowski (de Poitiers); Pujos (d'Auch); Fournier (de Soissons); Amat, médecin-major; Aufrun (d'Oléron) et Decool (d'Hazebrouck).

— Par décision ministérielle, en date du 6 janvier 1885, M. Bourdin, élève du service de santé militaire, attaché à l'hôpital Saint-Martin, a été nommé à l'emploi de médecin stagiaire à l'École de médecine et de pharmacie militaire, pour prendre rang du 19 janvier 1885.

— Nous recevons de M. le docteur Poznanski une lettre que nous publierons dans notre prochain numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17321.

8

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande à la maison de gros, recevront une bouteille de *vin de Bugeaud* à titre d'échantillon.

140

HUILE DE FOIE DE MORUE DE HOGG

Extraite à Terre-Neuve des foies de morues fraîchement pêchées.

Sans odeur ni saveur des huiles du commerce.

Se vend en *flacons triangulaires* seulement.

HOGG, rue Castiglione, 2, Paris, et toutes Phies.

78

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

7

INALTÉRABLE, D'UN GOUT EXQUIS.

VIN D'ALMANZA DE LAVOCAT

Au *quinquina, cacao, colombo* et *moka.*

Rétablit les fonctions de l'APPAREIL DIGESTIF, reconstitue les TEMPÉRAMENTS AFFAIBLIS.

Combat sûrement :

ANÉMIE, CHLOROSES, DIARRHÉES, FIÈVRES, etc.

Des flacons à l'essai sont envoyés gracieusement à **MM. les Docteurs** qui en feront la demande : à Lyon, phie LAVOCAT, 42, rue Ferrandière ; à Paris, phie MOPPERT, 51, rue du Temple.

17

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs ; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phtisiques, affections des bronches, insomnies,* etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot. Dr Zed

67

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel ; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

1

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

79

GOUTTES DE HOLLANDE.

CAPSULES FROMENT

A *l'huile pyrogénée du Juniperus oxycedrus et au benzoate de lithine.*

Contre la gravelle, les coliques néphrétiques et hépatiques, la lithiase biliaire, le catarrhe vésical chronique, les affections goutteuses, rhumatismales, spasmodiques, etc.

Très recommandées pour leurs remarquables propriétés dialytiques.

Chaque capsule contient 4 gouttes.

Dose ordinaire, de 2 à 4 capsules par jour.

3 francs la boîte de 30 capsules.

Gros : phie normale à Marseille, 52, rue de Rome.
Détail : dans toutes les phies. — REMISES D'USAGE.

4

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50.

50, boulevard de Strasbourg.

12

NOUVELLE MÉDICATION

Affections cardiaques, rhumatismales, goutteuses.

LE VIN DUFLOT

Macéré de Scille à base de vieux bordeaux

(FORMULE DU DOCTEUR TARTENSON)

est un diurétique qui a le mérite de ne pas congestionner les reins. Administré pendant les repas aux doses de 100 grammes, il produit une diurèse abondante très favorable dans les **Affections cardiaques, rhumatismales, goutteuses**, etc.

(Expérimenté en 1880 par le Professeur M. RAYNAUD à la Charité, et prescrit par la plupart des praticiens.)

Pharmacie DUFLOT, 30, rue de Trévise, Paris, et dans toutes les pharmacies de province.

7

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

80

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : Ch. Le Perdriel

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

2

CHATEL-GUYON GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concerts Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(Amers et ferments digestifs.)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance,* etc.

Paris, Phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

9

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

PULLNA (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, Loëdres (Cong. mér. univ.) 1881, Trieste 1882, Vienne 1883, Amsterdam 1883.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

39

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 41.

143

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex* n° 603).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

74

APPAREILS EN FEUTRE PLASTIQUE

moulés pour chaque cas spécial de *scoliose, cyphose, coxalgie, luxation, mal de Pott,* etc. Conformément à des mesures à nous fournir, collection de bulletins et échantillon de feutre gratis et franco.

Ramie à pansement hygroscopique.

Ramie phéniquée, salicylique, boratée.

Véritables bandes du docteur Martin pour la guérison d'ulcères chroniques.

Fabrique internationale d'objets de pansement, à MONTPELLIER. Directeur : H.-Th. BAESCHLIN.

7

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE POITRINE.

SIROP & PATE PIERRE LAMOUROUX

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 11. — MARDI 27 JANVIER 1885. 58e ANNÉE. MARDI 27 JANVIER 1885. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. TILLAUX.

L'enseignement de la clinique ; l'anesthésie et l'antisepsie.

Avant de commencer ici nos études cliniques, il me paraît nécessaire de résoudre trois questions importantes : 1° la manière dont il convient d'envisager l'enseignement clinique ; 2° la méthode à suivre pour examiner les malades et parvenir le plus sûrement possible à un diagnostic exact ; 3° les conditions dans lesquelles se trouve actuellement la pratique chirurgicale.

1° *L'enseignement clinique.* — Il y a deux manières d'enseigner la clinique. Pour certains chirurgiens, appliquant le mot grec κλίνη, il suffit d'étudier strictement le malade et de cette étude tirer les indications thérapeutiques, c'est la clinique pure ; les autres, tout en étudiant le malade, généralisent le sujet, font l'histoire de la maladie et font même une incursion dans la médecine opératoire, alliant ainsi la clinique avec la pathologie et la médecine opératoire.

Que, dans l'enseignement officiel, le professeur de clinique ne veuille pas empiéter sur le terrain du professeur de pathologie, à la rigueur cela peut se comprendre. Mais ici, où je fais un enseignement libre, la situation n'est plus la même et je préfère, comme supérieure de beaucoup, la deuxième manière à la première.

En passant, je ferai remarquer combien il est regrettable de voir les entraves mises par les règlements universitaires aux études cliniques. Permettez-moi de dire là-dessus toute ma pensée. On dit que la clinique est le couronnement des études médicales, que pour faire de bonnes études cliniques il est nécessaire au préalable de bien connaître ceci et cela, la pathologie, les sciences accessoires, etc. Cela peut être juste, mais ce qui l'est plus encore, c'est de reconnaître que l'étude de la pathologie se trouve grandement facilitée par la clinique. Aussi voudrais-je voir les élèves en médecine astreints à venir à l'hôpital pendant toute leur scolarité. C'est à l'hôpital que vous apprendrez la médecine ou la chirurgie, et ce n'est pas en deux années passées auprès des malades que vous y parviendrez : vos quatre années ne seront certainement pas de trop.

Mais je reviens à ce que je disais tout à l'heure : je pense donc que, dans l'enseignement clinique, le professeur doit allier l'étude du malade à celle de la pathologie.

Il est aussi une autre difficulté, c'est le côté technique de la clinique : il faut savoir palper, toucher un malade, soulever un membre blessé, etc. Est-ce dans un enseignement didactique que vous l'apprendrez ? Non ; mais bien à l'hôpital.

Depuis une vingtaine d'années que je suis dans les hôpitaux, j'ai toujours fait examiner avec soin les malades par les élèves du service, afin de bien leur apprendre cette technique de la clinique, et j'en ai toujours eu d'excellents résultats.

2° *Méthode à suivre pour arriver à un diagnostic exact.* — Je passe maintenant à la seconde question. Les chirurgiens suivent, en général, deux modes d'esprit assez différents pour arriver au diagnostic. Les uns font leur diagnostic par intuition ou d'emblée, et d'aucuns disent que leur coup d'œil est tellement sûr que, d'emblée, ils reconnaissent la maladie : c'est ce que l'on pourrait appeler, selon une expression d'artiste, un diagnostic de *chic,* permettez-moi le mot.

Cette façon de procéder est peut-être très brillante, je n'en disconviens pas, mais elle est aussi des plus dangereuses ; même fût-on un Dupuytren ou un Nélaton. Et la science comporte dans ses annales un certain nombre d'erreurs de diagnostic des plus graves commises dans ces conditions par des chirurgiens de très grande valeur, — je ne citerai aucun nom ; — de là des ouvertures d'anévrysme pris pour des abcès, des ponctions dans des cas de grossesse pris pour des kystes de l'ovaire, etc., etc.

Le seul diagnostic vrai est celui que l'on fait par déduction ou, selon l'expression de Velpeau, par exclusion. Telle était la méthode de Nélaton, et c'était merveilleux de le voir ainsi procéder. Mais aussi Nélaton était un très grand clinicien. Il avait une formule à lui, qui n'a jamais été publiée, que je sache, mais que je lui entendis souvent prononcer, tandis que j'étais son interne. Il disait : « Lorsqu'en examinant un malade on constate dans le groupe des symptômes qu'il présente un symptôme qui ne concorde pas avec les autres, il ne faut jamais passer outre, mais le suivre, s'attacher à lui, car c'est lui qui, très probablement, vous mènera au diagnostic véritable. »

Le diagnostic, en somme, ne doit être qu'une conclusion raisonnée, et la meilleure méthode est celle qui procède par déduction.

Examinons maintenant dans quel ordre on doit examiner un malade. Cet ordre est l'ordre anatomique ou mieux anatomo-topographique, qui passe successivement en revue tous les plans anatomiques, depuis la peau jusqu'aux parties les plus profondes. Je dirai aussi qu'il faut suivre la méthode suivante : 1° interroger les antécédents, la marche de la maladie ; 2° la conformation extérieure de la maladie ; 3° déterminer d'une façon très précise la région malade ; 4° examiner les signes physiques, et c'est alors qu'intervient l'étude anatomique, en procédant toujours, couche par couche, de l'extérieur vers la profondeur ; 5° étudier les signes fonctionnels ou physiologiques, puis les signes de voisinage, et là je vise surtout le système lymphatique.

3° *Conditions actuelles de la pratique chirurgicale.* — Nous devons reconnaître que nous sommes aujourd'hui des chirurgiens bien heureux, car la pratique actuelle diffère beaucoup de celle du passé, même d'un passé récent, grâce aux deux grandes découvertes qui, à elles seules, ont fait autant pour l'humanité que toutes les découvertes des siècles passés : la découverte de l'anesthésie et celle de l'antisepsie, qui seront l'honneur du XIXe siècle.

La découverte des propriétés anesthésiques de l'éther, puis du chloroforme, est si peu ancienne que Velpeau écrivait en 1839 : « Éviter la douleur dans les opérations est une chimère qu'il n'est pas permis de poursuivre. » Et cependant, le 14 octobre 1846, Warren pratiquait à Boston l'ablation d'une tumeur du cou sans que son malade en eût conscience, grâce à l'anesthésie. C'était la première opération faite dans ces conditions. Le succès qui suivit cette première tentative fut comme une traînée de poudre, et chacun de s'empresser de recourir à la nouvelle méthode.

Se figure-t-on les épouvantables souffrances endurées jusque-là par les pauvres opérés ? M. Noël Guéneau de Mussy me rappelait encore, ces jours derniers, cette extirpation d'un utérus cancéreux par le vagin pratiquée par Récamier à l'Hôtel-Dieu, au milieu des hurlements de la malheureuse femme, opération qui ne dura pas moins de plusieurs heures. On n'ose plus y penser aujourd'hui.

Mais quand de pauvres patients avaient ainsi supporté de terribles opérations, au moins guérissaient-ils souvent ? Non, mais rarement. M. Notta (de Lisieux) m'écrivait récemment qu'en 1844, il vit Blandin opérer, à l'Hôtel-Dieu, 11 tumeurs du sein et les 11 femmes succomber à l'infection purulente ! Que dirai-je des amputations de cuisse ? C'était miracle quand elles guérissaient.

Je ne dirai pas que tous les opérés succombaient; mais par moments on avait dans les salles de véritables épidémies d'érysipèle, d'infection purulente, à tel point qu'on en était réduit à fermer les portes et à ne plus faire d'opérations pendant un ou deux mois. Les chirurgiens se lamentaient et considéraient ces faits comme une fatalité impossible à éviter.

Voilà où en était la chirurgie il y a quelque vingt ans. Mais quel changement depuis lors ! On peut dire aujourd'hui que les malades ne meurent plus à la suite d'opérations. Dans ma statistique de 1883, à l'hôpital Beaujon, je n'ai qu'une très faible mortalité, car lorsqu'on opère dans les conditions normales on guérit presque à coup sûr. Dans l'espace des sept années que j'ai passées à Beaujon, je n'ai eu que deux cas d'infection purulente : l'un après une castration, l'autre après une résection du tibia, le malade a guéri. Et je me suis demandé si j'avais bien pris, chez ces deux opérés, toutes les précautions nécessaires. En 1884, je n'ai eu qu'un seul cas d'érysipèle, et je dois ajouter que le malade, porteur d'un abcès de l'aisselle, avait son érysipèle déclaré avant d'entrer à l'hôpital.

A quoi ces résultats si beaux sont-ils dus ? A la méthode antiseptique, à la méthode de Lister. Cette méthode a-t-elle eu des précurseurs ? Oui, et, nous devons le dire, le véritable précurseur de Lister, de l'antisepsie, est un chirurgien français, un chirurgien de cet hôpital, M. Maisonneuve, qui parlait constamment à ses élèves de l'intoxication des plaies. Je vous engage à lire certain passage des leçons cliniques qu'il publiait en 1863. Il y recommandait, dans les opérations, l'occlusion des vaisseaux ; il y préconisait de procéder par la cautérisation, par l'arrachement, par l'écrasement, afin de ne laisser aucune porte ouverte à l'intoxication, aucun vaisseau ouvert. Ici nous devons aussi prononcer le nom de M. Pasteur pour ses beaux travaux sur les ferments.

Les indications si bien formulées par M. Maisonneuve ont été réalisées par M. Alphonse Guérin, déclarant de son côté, dans sa thèse de 1845, que l'infection purulente est un empoisonnement miasmatique et proposant plus tard d'y remédier par le pansement ouaté afin de fermer la porte aux ferments. Aussi, en 1870-1871, pendant le siège de Paris, M. Guérin fut-il peut-être le seul chirurgien qui eut un grand nombre de guérisons dans son service.

En résumé, M. Maisonneuve cherchait à fermer la porte au poison par l'occlusion des vaisseaux, M. Alphonse Guérin par l'occlusion de la plaie par une forte couche de ouate l'empêchant de passer, et Lister, enfin, en neutralisant le poison, en empêchant l'accès des microbes. Je ne dois pas oublier ici le nom de M. Lucas-Championnière qui, de tous les chirurgiens français, est certainement celui qui a le plus contribué à acclimater la méthode antiseptique en France.

Avant de finir, un mot sur la façon dont on doit soigner les plaies, c'est-à-dire par l'antisepsie la plus complète. La réunion immédiate dans les plaies avait été jusque-là l'oiseau rare que tous les chirurgiens cherchaient à obtenir. Ce n'est pas l'un des moindres mérites de la méthode antiseptique d'avoir permis de la réaliser, et les chirurgiens qui aujourd'hui ne la recherchent pas sont bien rares.

Pour répondre à la troisième question que je posais en commençant, je dirai donc que la chirurgie se pratique aujourd'hui de telle sorte que les malades ne souffrent plus quand on les opère et ne présentent plus d'accidents opératoires.

ÉTUDE STATISTIQUE

SUR LE CHOLÉRA DANS LES HÔPITAUX CIVILS DE PARIS, DEPUIS LE DÉBUT DE L'ÉPIDÉMIE JUSQU'A CE JOUR (1).

Par M. Émile Rivière.

VII

Depuis le dernier travail que nous avons eu l'honneur de présenter à l'Académie, le choléra a complètement cessé dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

Le dernier cholérique admis dans ces établissements est entré le 28 décembre 1884. Depuis lors, aucun nouveau cas ne s'y est présenté. Quant aux derniers décès, ils ont eu lieu, au nombre de

(1) Présenté à l'Académie des sciences dans la séance du 19 janvier 1885.

deux, le 31 décembre. Enfin les cinq derniers malades qui, à cette date, étaient encore en traitement, sont sortis définitivement guéris : l'un le 1er janvier 1885, le second le 7 du même mois et les trois autres (trois femmes) jeudi dernier, 15 janvier 1885.

Avant de résumer, dans un prochain travail d'ensemble, les faits qui se sont passés dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, depuis le début de l'épidémie, c'est-à-dire depuis la nuit du 4 au 5 novembre 1884, jusqu'au jour de sa disparition, le 15 janvier 1885, nous demandons à l'Académie la permission d'examiner brièvement devant elle la marche du choléra depuis notre dernière communication.

Du 1er décembre 1884 au 15 janvier 1885, le nombre des cholériques venus de l'extérieur dans les hôpitaux civils a été seulement de 40, dont 22 du sexe masculin et 18 du sexe féminin.

Pendant cette même période, le nombre des cas intérieurs n'a été que de 3, dont 1 homme à l'hôpital Saint-Antoine et 2 femmes, l'une à l'hôpital Cochin, l'autre à l'hôpital des Mariniers, où, employée comme infirmière, elle a contracté le choléra.

Le nombre total des cas nouveaux de choléra traités dans les divers hôpitaux depuis le 1er décembre dernier aurait donc été de 43, soit 23 du sexe masculin et 20 du sexe féminin, si sur ces 43 malades 3 n'avaient été renvoyés dans un autre service, le jour même ou les jours suivants, comme étant atteints de toute autre affection que du choléra. Ce qui réduit, en réalité, à 40 le nombre des nouveaux cholériques traités dans ces quarante-six derniers jours, soit 22 du sexe masculin et 18 du sexe féminin.

Pendant le même laps de temps, le chiffre des décès a été de 22, dont 11 du sexe masculin et 11 du sexe féminin. Un certain nombre d'entre eux se rapportent, comme précédemment, à des malades admis à l'hôpital antérieurement au 1er décembre. Il en est de même des malades sortis guéris qui s'élèvent au chiffre de 120, dont 71 du sexe masculin et 49 du sexe féminin.

Au point de vue de l'âge, les 40 derniers cholériques se répartissent ainsi :

Age.	Sexe masculin.	Sexe féminin.
De 1 an à 10 ans	2	4
De 11 ans à 20 ans	3	4
De 21 ans à 30 ans	4	1
De 31 ans à 40 ans	5	7
De 41 ans à 50 ans	5	2
De 51 ans à 60 ans	2	0
De 61 ans à 70 ans	1	0

Les deux plus jeunes d'entre eux avaient : quatre ans, c'était une petite fille, et neuf ans, un petit garçon. Les deux plus âgés étaient un homme de soixante-deux ans et une femme de quarante-deux ans.

Comme professions, la plus atteinte est toujours celle de journalier (1) : 4 hommes et 5 femmes ; puis celle de domestique : 1 homme et 3 femmes ; etc.

Relativement au domicile, nous dirons que, sur les 40 cholériques, 15 provenaient de la banlieue et principalement de la commune d'Aubervilliers qui avait été déjà atteinte par le choléra aux mois de septembre et d'octobre de l'année dernière, c'est-à-dire peu de temps avant que l'épidémie éclate à Paris. Quatre d'entre eux demeuraient dans le passage Saint-Nicolas et dans la même maison, le n° 19, où un véritable foyer s'était formé. Tous quatre appartenaient à la même famille. C'étaient : une femme veuve, âgée de trente-trois ans, journalière, elle a succombé le 17 décembre ; une jeune fille de dix-sept ans, travaillant également en journée, elle est sortie guérie le 26 décembre ; et deux enfants : l'un de neuf ans, sorti guéri le 30 décembre ; l'autre de dix ans, mort le 23 décembre. Tous quatre étaient entrés à l'hôpital du 12 au 16 décembre.

En résumé, ces 15 cholériques se répartissent de la manière suivante comme domicile :

(1) Chacun sait que, sous cette dénomination, sont compris une foule d'individus des deux sexes qui travaillent à la journée, quel que soit le métier qu'ils exercent.

Aubervilliers, 7. — Asnières, 3. — Boulogne, 1. — Clichy, 1. — Issy, 1. — Saint-Ouen, 1, et Vincennes, 1.

Quant aux autres malades, ils appartenaient aux douze arrondissements suivants : Ier arrondissement, 3 ; IVe, 1 ; Ve, 2 ; Xe, 3 ; XIe, 5 ; XIIe, 2 ; XIIIe, 1 ; XIVe, 2 ; XVe, 1 ; XVIIe, 1 ; XIXe, 2, et XXe, 2.

On remarquera que le XIe arrondissement est encore celui qui a été le plus frappé ; puis viennent le Ier et le Xe, et que huit arrondissements sur vingt n'ont pas envoyé un seul cholérique dans les hôpitaux de Paris depuis le 1er décembre dernier.

En résumé, et c'est là le seul point que nous voulions aborder aujourd'hui du travail d'ensemble que nous publierons un peu plus tard, nous dirons que depuis le premier cas de choléra admis dans les hôpitaux de Paris, c'est-à-dire depuis la nuit du 4 au 5 novembre 1884 jusqu'au 15 janvier 1885, date de l'évacuation complète des hôpitaux, le nombre des cholériques venus du dehors ou déclarés à l'intérieur a été de 1 080 (1), dont 636 du sexe masculin ou 58,89 sur 100, et 444 du sexe féminin ou 41,11 sur 100. Sur ces 1 080 malades, 67 ont été des cas intérieurs : 30 hommes et 37 femmes. Ces 1 080 cas ont donné lieu à une mortalité de 587 décès ou 54,35 p. 100, dont 340 du sexe masculin ou 57,92 sur 100, et 247 du sexe féminin ou 42,08 sur 100. Enfin, si l'on compare le nombre des décès au nombre des cas selon les sexes, on trouve pour le sexe masculin (636 cas et 340 décès) une mortalité de 53,459 sur 100 cas, et pour le sexe féminin (444 cas et 247 décès) une mortalité relativement plus considérable puisqu'elle atteint 55,630 sur 100.

THÉRAPEUTIQUE

De l'aconitine dans les névralgies.

Par le docteur Th. Guibert.

L'aconitine est un modificateur puissant et rapide du système nerveux ; elle agit d'une façon prédominante et jusqu'à un certain point élective sur la portion bulbo-spinale du myélencéphale, consécutivement sur le système du grand sympathique, et, par leur intermédiaire, elle exerce une influence plus ou moins profonde sur les principales fonctions de l'économie.

L'action élective de l'aconitine s'exerce sur les nerfs sensitifs dont elle réduit ou supprime les fonctions, et en même temps que cet alcaloïde produit l'anesthésie, il calme la circulation, diminue le calibre des capillaires et abaisse la température (2).

Les propriétés physiologiques si caractérisées de l'aconitine la désignent tout naturellement pour combattre les affections douloureuses, et spécialement les névralgies (Gubler, Franceschini, Laborde, Seguin de New-York, Dumas de Cette, de Molènes).

Elle donne les résultats les plus avantageux dans les névralgies congestives et dans les formes de *dermalgie* ou mieux *dermodynie* qu'on peut appeler *acrodynique*, et qui ont leur siège aux extrémités des membres, là où abondent les corpuscules de Pacini (3).

Dans les névralgies du trijumeau, les effets de l'aconitine sont véritablement merveilleux. On peut, à ce propos, citer un fait des plus remarquables :

« Il s'agit d'un sujet auquel Nélaton avait pratiqué la résection de toutes les branches du trijumeau. Les douleurs étaient reparues aussi horribles, aussi persistantes que jamais. Le malade, réduit au désespoir et prêt à se suicider, réclamait avec instances une nouvelle opération, et l'on s'apprêtait à pratiquer l'extirpation du ganglion de Gasser, lorsque, sur la recommandation du

(1) Nous aurons à défalquer ultérieurement de ce chiffre, après une nouvelle révision des feuilles d'entrée des malades, quelques erreurs de diagnostic, mais en assez petit nombre pour ne modifier que de quelques centièmes peut-être la proportion relative des cas et des décès.

(2) Fac. de méd. de Paris, 1880. — Thèse par le docteur J.-A. Mary.

(3) Commentaires thérapeutiques du Codex.

professeur Gubler, l'emploi de l'aconitine fut décidé ; au bout de peu de temps le malade se trouvait si bien qu'il disait *être dans le paradis*. Jamais aucun autre moyen ne lui avait procuré un soulagement aussi complet et aussi durable.

« Avec l'aconitine pure, on a réussi à supprimer un tic douloureux qui arrachait des cris au patient et lui empêchait tout sommeil. Le même moyen a fait disparaître, chez un de nos collègues les plus sympathiques, une céphalée cruelle qui n'avait pas cessé un instant depuis plusieurs mois. »

L'aconitine donne d'excellents résultats dans les affections irritatives et douloureuses des voies respiratoires; ainsi dans l'asthme, la toux convulsive, les palpitations nerveuses, l'*angor pectoris* et dans les formes aiguës douloureuses du rhumatisme et de la goutte, où elle calme à la fois l'éréthisme nerveux et l'éréthisme vasculaire (1).

Certains malades sont très sensibles à l'action énergique de l'aconitine, aussi doit-on commencer par faire prendre des doses très minimes et largement espacées. Pour faciliter l'emploi de ce médicament, le docteur Moussette a composé des pilules très exactement dosées, contenant chacune un cinquième de milligramme d'aconitine pure.

Il sera bon de tâter la susceptibilité du malade, et de commencer le premier jour par faire prendre trois pilules : une le matin, une à midi et une le soir.

Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour, jusqu'à six dans les vingt-quatre heures; on se tiendra à cette dose jusqu'à la cessation des douleurs, et, à moins de cas exceptionnels, il sera bon de ne pas aller au delà. S'il survenait un peu de diarrhée, on diminuerait la dose de ces pilules.

« En résumé, les études physiologiques et les observations cliniques recueillies dans les hôpitaux de Paris ont démontré que l'action sédative que les pilules Moussette exercent sur l'appareil circulatoire, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indiquent leur emploi dans les névralgies du trijumeau, les névralgies congestives, les affections rhumatismales douloureuses et inflammatoires, etc., etc. »

Il est indispensable que le médecin soit assuré de la provenance de l'aconitine qu'il prescrit, car on obtient des effets très variables suivant la provenance de cette substance (2) ; il faut aussi que le médicament employé soit toujours identique dans sa composition, et d'un dosage rigoureusement exact ; à cet égard, on aura toute garantie en employant les véritables pilules Moussette.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 janvier 1885. — Présidence de M. GUYOT.

COMMUNICATIONS

Orchite goutteuse. — **M. DEBOUT-D'ESTRÉES** adresse à la Société, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Guyot, une note sur le même sujet, dans laquelle il rapporte un cas analogue observé par lui, à Lyon, sur un médecin; il rapproche de ce cas deux faits semblables observés à Londres et un autre observé à Paris. Ces faits d'orchite goutteuse sont très rares. M. Debout a eu également l'occasion de rencontrer un cas de goutte parotidienne.

M. MARTEL (de Saint-Malo) rapporte également des faits analogues.

M. OLLIVIER fait observer que ce sont là des faits très rares, et qu'il y aurait un grand intérêt à les grouper et à les rapprocher des faits d'orchite rhumatismale mieux connus, ou d'orchite diabétique, à peine mentionnés par Marchal (de Calvi), par M. Huchard. L'histoire de ces orchites constitutionnelles offrirait un grand intérêt.

Cancer de l'estomac. — **M. DUJARDIN-BEAUMETZ** rappelle avoir, dans une précédente communication, insisté sur les difficultés du diagnostic du cancer de l'estomac, et avoir montré que l'une des causes de ces difficultés était la longue durée de l'évolution de ce cancer. Il vient communiquer un fait dans lequel cette durée a été de cinq ans. Il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans, ayant toujours souffert de l'estomac, mais qui, en 1880, éprouva des douleurs lancinantes et se mit à vomir. Il alla bien pendant trois ans qu'il fut soumis exclusivement au régime lacté. En 1883, il entre à l'hôpital Necker ; on lui fait le lavage de l'estomac, il éprouve une amélioration, mais chaque fois qu'il s'écarte de son régime lacté, il souffre et vomit. En 1884, il entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Beaumetz, qui constate chez lui une énorme dilatation de l'estomac, mais qui n'y trouve pas de tumeur. Ce malade est en outre atteint parfois de crises de tétanie. L'ayant examiné par la méthode de Rommelaere, il constate une diminution du suc gastrique. Cependant il ne trouve toujours qu'une dilatation de l'estomac, sans traces apparentes de cancer. Ce malade ayant succombé, l'autopsie montra qu'il était atteint d'un cancer atrophique et non ulcéré du pylore.

Traitement de la sciatique par le chlorure de méthyle. **M. DEBOVE** fait observer que les résultats obtenus par M. Desnos (voy. *Gazette des hôpitaux*, numéro du 12 janvier 1885) sont encourageants, et qu'ils confirment ce qu'il a dit lui-même de ce mode de traitement. Il a, comme M. Desnos, constaté une certaine faiblesse du membre inférieur, après l'application de ce traitement, mais faiblesse toute passagère.

M. Rendu a échoué avec le chlorure de méthyle ainsi qu'avec l'éther. Il y a en effet des cas, surtout ceux de névralgies symptomatiques, où rien ne réussit.

Quant au fait de névralgie faciale atroce et rebelle, dont a parlé M. Bucquoy, M. Debove fait remarquer qu'on est un peu gêné pour agir sur la face, à cause des traces que peut laisser ce mode de traitement, traces qui, si elles se produisent, n'ont aucun inconvénient sur la fesse, mais pourraient en avoir sur la face.

M. Lailler reproche à ce moyen de n'être pas d'une application dosable ; il suffit de savoir que quand la peau est congelée, il faut s'arrêter. Il préfère l'acide carbonique liquéfié. Mais cet agent, qui ne peut être conservé que dans des canons Krupp, sous une énorme pression, n'est pas d'une application bien pratique ni bien facile.

M. Legroux n'a pas été heureux; il a eu un érysipèle (il y en avait dans la salle) et des escarres. Il y a dans l'application du chlorure de méthyle une certaine mesure qu'il ne faut pas dépasser. Dans les très nombreuses applications qu'en a faites M. Debove, il n'a jamais eu d'accidents semblables. Il a employé ce mode de traitement avec succès aussi dans certaines affections rhumatismales, le lumbago par exemple. Il a aussi guéri trois malades d'une hyperesthésie plantaire. En résumé, M. Debove ne prétend pas que le chlorure de méthyle réussit toujours, mais il affirme qu'il réussit là où toutes les autres médications échouent, et il continue de le recommander.

M. ALBERT ROBIN communique l'observation d'un homme de trente-cinq ans, qui depuis cinq à six mois souffrait horriblement d'une sciatique avec névrite et atrophie du membre. Il fit une première application de chlorure de méthyle, le malade se redressa et put aussitôt marcher et courir. Le résultat fut merveilleux : le lendemain, il avait au niveau de l'application une vésication immense; il est resté complètement guéri pendant trois semaines. Au bout de ce temps, légère rechute, nouvelle application, guérison cette fois définitive. Il reste, à la suite de ce mode de traitement, une pigmentation considérable, qui en rendrait l'application sur la face bien difficile.

M. LETULLE cite deux faits également suivis de succès, dont l'un avait trait à une névralgie sciatique symptomatique d'un mal de Pott tuberculeux.

(1) Leçons de thérapeutique faites à la Faculté de médecine de Paris.
(2) Société médicale des hôpitaux de Paris. (Séance du 22 oct. 1880.)

Congestion rénale primitive. — M. ALBERT ROBIN lit un travail sur la congestion rénale primitive, qui est à tort, selon lui, généralement englobée dans la maladie de Bright. Il s'applique à démontrer que la congestion rénale primitive existe avec son étiologie, ses symptômes, sa marche et son pronostic particuliers.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

XXXIII

Le 14 août, j'arrivai à Vitoria où un séjour d'une semaine me permit de me restaurer et de m'habiller de pied en cap. M. Bardol nous quitte pour rentrer en France provisoirement. L'expédition de Valence et la retraite de Madrid l'ont fortement ébranlé au physique et au moral; notre corps médical se trouve ainsi réduit à la trinité de Roch, Dupetit et moi, sous la direction du doyen de service Dupetit.

Le 23 août, ordre de départ pour la Navarre, où notre corps d'armée doit se concentrer pour y attendre une nouvelle destination. Je sangle ma valise sur le dos d'un Espagnol, que je ne dois pas perdre de vue en voyageant *pedibus*. Après Lapuebla et Larminon, nous quittons la route royale pour courir un peu les aventures; nous faisons halte à Estavilla, misérable village où les docteurs furent bien accueillis chez une vieille femme qui nous représentait l'image fidèle et terrible du temps. Ma valise passa du dos de l'Espagnol dans le fourgon d'un officier, dont je fis la connaissance fortuite, et, dès l'aurore du 24, je suivis une colonne qui se rendait à Haro; on traverse une plaine bien cultivée jusqu'à Sembrana; on longe des montagnes, couvertes de chênes verts, et dont l'une est dominée par l'ermitage de San Fermero. On se rapproche des rives de l'Èbre, on traverse le défilé dit la *Concha;* une demi-heure avant d'arriver à Haro, on traverse l'Èbre sur le beau pont de Brignes. Le 29, je rejoins enfin le quartier général et le roi à Logrono. J'y séjourne par ordre jusqu'au 14 septembre, pour assurer le service de l'hôpital provisoire que j'organisai sous la direction du célèbre chirurgien Larrey, que j'avais déjà connu à Madrid, et d'un commissaire des guerres.

Logrono est une ville de 7 à 8,000 âmes, située sur la rive droite de l'Èbre, dans la petite province de la Rioja, aux confins de la Navarre et du Guipuscoa; elle est entourée de beaucoup de jardins, la campagne abonde en grain et en fruits; pont en pierre sur l'Èbre; les rues sont sales, les pots de chambre y pleuvent trop souvent. Peu de belles maisons; nos soldats, pour construire leurs tentes, ont détruit les avenues d'arbres qui formaient la promenade; la ville a été pillée par les Français il y a deux mois, à l'occasion d'une émeute. Les femmes de Logrono ne sont pas jolies. On commence à voir des hommes qui ont toute la tête rasée, à l'exception d'une marge au pourtour du crâne.

Ayant remis à un médecin civil le service de l'hôpital, dont les malades ont beaucoup diminué par suite d'évacuations successives sur Pampelune, je pars pour Lodosa où je suis logé, bien traité, chez l'apothicaire. De ce gros bourg où il y a des jardins, un beau moulin sur l'Èbre, un aqueduc, nous gagnons le village d'Andocilla en traversant un pays montueux, sec, stérile, inhabité: toutes les maisons de ce village sont en terre, à l'exception de l'église, qui est en briques; les habitants ont mauvaise mine; les fièvres intermittentes y sont endémiques.

A Peralta, je rejoins le quartier général de mon corps d'armée, le 16 septembre. C'est la patrie des vins dits de *Rancio;* séjour jusqu'au 23. Je visitai, à Funes, une mine de sel assez abondante pour pourvoir à la consommation d'une grande partie de la Navarre. A Tafalla, on attendit jusqu'au 14 novembre les renforts de la grande armée et les ordres de l'empereur; j'y suis en relation de service médical avec un de mes condisciples à Paris, auquel la ville alloue un traitement annuel de 2,400 piécettes: c'est un usage fréquent dans les villes d'Espagne et que l'on devrait adopter en France. Il y a, paraît-il, dans la Navarre, comme dans d'autres provinces, un tribunal médical où se jugent les affaires litigieuses qui ont trait à l'art de guérir; le président (*proto medico*) a le droit de destituer et même de condamner à des peines celui des gens de l'art qui est reconnu coupable; tous les ans, il fait une tournée d'inspection dans la province, a des conférences avec ses confrères afin d'être à même d'apprécier leur mérite; il voyage avec un pharmacien qui est chargé de contrôler les approvisionnements des officines.

Le 26 octobre, nous entendons la canonnade et la fusillade du côté de Lérin, à cinq lieues d'ici; le lendemain, on conduisit à Tafalla cinq cents prisonniers appartenant au bataillon des tirailleurs de Cadix avec leur commandant et tous leurs officiers. Ces soldats sont des galériens et des hommes bien déterminés; réfugiés dans le château de Lérin, ils ont fait une vigoureuse résistance, sans artillerie, contre six mille Français.

Le 4 novembre, le maréchal Ney vint se concerter avec le maréchal Moncey et le général Harispe, pour un mouvement à opérer vers Saragosse. L'empereur venait d'entrer en Espagne avec des troupes de la grande armée, et se disposait à marcher sur Madrid. La nouvelle de l'arrivée de l'empereur enflamme le courage des troupes.

Le 14 novembre, je reçois l'ordre de suivre les mouvements du quartier général. Après sept heures de marche à travers un pays monticuleux d'une affreuse nudité, on arrive à Lérin, la misérable ville qui a été mutilée tout récemment par nos projectiles; il y a trois cents ans (en 1507), ce même château où les tirailleurs de Cadix ont fait une belle résistance avant de capituler fut attaqué et pris par le roi de Navarre sur son vassal révolté, le comte de Lérin, qui s'y était enfermé.

L'ordre du jour porte que Soult et Bessières se sont emparés de Burgos, que l'on a fait dix mille prisonniers à l'ennemi et capturé son artillerie.

Le 20, nous revenons à Lodosa, malheureux bourg pillé déjà deux ou trois fois, et dont les habitants étaient presque tous partis; je pus, à défaut du logement chez le brave apothicaire, qui s'était enfui, partager la table et le lit d'un employé supérieur des subsistances, M. Chevassieu d'Audebert.

Le surlendemain, toute l'armée, au nombre de dix mille hommes, passe l'Èbre sur le pont de Lodosa. La joie bruyante de nos soldats courant au combat était un spectacle des plus saisissants; on eût dit qu'ils se rendaient à une fête. Nous arrivons au déclin du jour à Calahorra, ville saccagée de fond en comble, et l'on alla bivouaquer dans une forêt d'oliviers, en face de Milagro. La nuit était froide; quelle cruelle guerre on fit à cet arbre, symbole de la paix! Vingt minutes suffirent pour détruire cent oliviers qui demandent vingt ans d'intelligente culture pour arriver à leur apogée. A la guerre, les sentiments d'humanité et de respect pour la propriété ne sont qu'une vaine théorie. Devant la rigueur du froid, le jardin des Hespérides serait fatalement condamné à devenir la proie des flammes; et moi aussi, j'allais de foyer en foyer prendre ma part de ce délit de vandalisme; puis, je me blottis contre un tronc encore respecté de cet arbre alors chargé d'olives; quelles grimaces faisaient nos soldats inexpérimentés lorsqu'ils portaient la dent sur ces fruits immangeables! A l'aube du jour, combattants et pacifiques étaient sur pieds, malheur aux retardataires isolés! le poignard vindicatif les attend aux embuscades. Je n'ai pas oublié le singulier et grave aspect de cette colonne, artillerie, cavalerie, infanterie, équipages, formant une chaîne silencieuse s'étendant sur une lieue de longueur. On traverse la misérable petite ville d'Alfaro pillée, repillée, inhabitée (*Graccuris* des Romains), et on entend bientôt le canon du côté de Tudela, devant nous.

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 janvier 1884.

La troupe électrisée double aussitôt le pas; l'impatience me gagne aussi, le magnétisme belliqueux accroît ma puissance locomotrice, je dépasse les premiers rangs. Après deux heures d'un pas accéléré bien soutenu, j'atteignis le bord d'un plateau d'où la vue s'étendait sur le théâtre des manœuvres de combat, à une demi-lieue de distance. Le général espagnol de Castagnos était venu à notre rencontre avec une armée forte, disait-on, de cinquante mille hommes; la nôtre ne dépassait pas quinze mille. A notre approche, l'ennemi abandonna les hauteurs de Tudela; il cherchait à se maintenir sur une butte entourée de ravins et armée de canons. Je fus témoin fort émotionné de l'assaut livré par nos soldats, et de la défaite des Espagnols : une vive mousqueterie avec accompagnement du canon s'engagea dans les oliviers de Cascante, mais elle dura peu, et, au soleil couchant, en n'entendait plus que des détonations isolées et s'éloignant de plus en plus. Ce combat fut appelé plus tard bataille de Tudela, mais, d'après ce que j'ai vu et entendu, d'après les récits des officiers, et vu le petit nombre de blessés entrés à l'ambulance et l'absence de prisonniers, je crois que le nom d'engagement est plus approprié à la vérité historique; une seule de nos divisions fut engagée, le général Lagrange fut blessé peu grièvement. L'ennemi s'enfuit vers Saragosse; nous occupâmes Tudela le 23 novembre. J'entrai à Tudela quelques instants avant la nuit; presque tous les habitants s'étaient enfuis dans les montagnes, au delà de l'Èbre. Sachant d'avance que j'étais destiné à demeurer dans cette cité pour l'organisation et le service des hôpitaux, le pillage étant commencé, je m'empressai de pourvoir militairement à mon logement. Je choisis, dans une large rue, une maison de bonne apparence, et je frappai à la porte; les domestiques vinrent ouvrir en tremblant, mais mon titre de médecin les rassura. Les maîtres du logis étaient deux chanoines qui s'étaient réfugiés à l'évêché; je les fis avertir qu'ils pouvaient retourner en toute sécurité dans leur maison, mais ils n'y rentrèrent que le lendemain. Un officier qui passa la nuit avec moi me prêta son appui pour défendre ce logis contre les pillards qui, à chaque instant, se présentaient pour enfoncer la porte. Pendant dix-huit mois, j'ai été l'hôte de la maison Marzal, calle de las Herrerias, et j'ai toujours été en parfaite intelligence soit avec ces honorables ecclésiastiques, soit avec les principales familles de la cité.

Mon retour à Tudela, par la même voie, s'accompagna d'un incident désagréable pour moi. Deux officiers espagnols, prisonniers de guerre, s'évadèrent du convoi, malgré l'engagement d'honneur qu'ils avaient pris envers moi et envers le sous-officier chef de l'escorte, qui, pour se disculper, m'accusa d'avoir favorisé leur évasion; dès mon arrivée, je me hâtai d'informer mon chef M. Rampont; mais je fus devancé auprès de l'autorité militaire par ledit chef de l'escorte, et je reçus, dès le surlendemain, l'ordre de garder les arrêts pendant vingt jours. Ma justification, appuyée par mon chef médical, fut cependant agréée : au cinquième jour, mes arrêts furent levés.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

16. M. Bourdin. Contribution à l'étude des principaux facteurs de gravité dans la syphilis. — 17. M. Boutineau. De la cautérisation actuelle dans le traitement des maladies articulaires. — 18. M. Vaisse. Du rhumatisme cardiaque primitif. — 19. M. Levassor. Contribution à l'étude des éruptions quiniques. — 20. M. Alvarez. Étude sur les pleurisplénites et la pleurésie de voisinage dans la fièvre typhoïde. — 21. M. Barbier. De l'épilepsie syphilitique et de son diagnostic différentiel avec l'épilepsie vulgaire. — 22. M. Monnier. Influence des états constitutionnels et des altérations viscérales sur le traumatisme. Blessures accidentelles, opérations chirurgicales. — 23. M. Legrix. De la crépitation en chirurgie et de l'absence de crépitation osseuse dans certaines fractures. — 24. M. Duhamel. De l'aphasie au début de la paralysie générale.

CORRESPONDANCE

Paris, 23 janvier 1885.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le Paris-premier du n° 3 de la *Gazette des hôpitaux*, une communication, faite à l'Académie de médecine, sur le ralentissement du pouls, signe de l'imminence cholérique, a été qualifiée d'étonnante, ce qui, je l'avoue, ne m'a nullement étonné; il me faut toutefois relever certaines incorrections qui se sont glissées dans l'article de votre estimé journal.

En ce qui touche la principale de mes observations, le ralentissement du pouls, vous changez de terrain d'observations, et alors vous faites des conclusions d'antipodes; chez moi, il s'agit des hommes censés bien portants pendant l'épidémie cholérique, et vous me parlez des cas cliniques, qui, nécessairement, regardent les hommes malades, ce qui est tout différent. Ensuite, après avoir forgé à votre guise les effets d'éternuement, vous égayez vos lecteurs avec vos serpents que vous trouvez en Chine. C'est bel et bon, mais il fallait ne pas défigurer ma définition de l'effet produit par les éternuements, définition que voici : « *Les éternuements font renouveler notre atmosphère pulmonaire, et contribuent à la décarbonisation de sang.* »

En fait d'opposition que j'ai trouvée à Naples pour l'administration de l'acide cyanhydrique médicinal contre le choléra, la Rédaction du journal trouve les raisons faciles à comprendre, sans dire toutefois quelles seraient ces raisons. Or, sans être grand clerc, on les comprend bien, une fois qu'il est dit dans ma communication que la Faculté de Naples est, jusqu'à présent, dominée par une idée erronée de ce que l'acide cyanhydrique est un déprimant absolu.

Enfin, une phrase encore de l'article, qui exigerait une belle correction : « Quant aux observations recueillies dans la garde de l'empereur et dans les prisons de Saint-Pétersbourg, elles nous paraissent témoigner à la fois de la rigueur de discipline et des effets incontestables de la *suggestion soit en mal*, soit en bien. » Or avouons qu'en tout cela, ce n'est pas la suggestion qui fait défaut. Me trouvant obligé d'écrire ces quelques lignes, j'espère que votre obligeance, Monsieur, les fera insérer dans le prochain numéro de votre estimable journal.

Sur ce, agréez, Monsieur le Rédacteur, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr F. Poznansky.

Nos lecteurs, en lisant cette lettre, que notre courtoisie envers un médecin étranger nous a seule engagé à publier, auront vu sans peine que notre honorable correspondant se méprend sur la valeur exacte de certaines expressions médicales françaises, et n'a pas gardé le souvenir du cruel événement survenu dans un service d'épileptiques, à la suite de l'administration de l'acide cyanhydrique, prescrit comme devant être médicinal.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le prix Châteauvillars est décerné par la Faculté de médecine de Paris à l'ouvrage intitulé : « Diagnostic et traitement des maladies du cœur », dont l'auteur est M. Constantin Paul.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 janvier 1885, sur le vu du procès-verbal de l'élection à laquelle il a été procédé le 30 octobre 1884, et sur la proposition du préfet de la Seine, en date du 26 décembre 1884, M. le docteur Neige est nommé médecin du bureau de bienfaisance du VIIe arrondissement de Paris.

— Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. les docteurs Campardon, à Paris; et Salmon, à Chartres.

— Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Broquet, à Gonesse; Debrand, à Paris; Duflocq, lauréat des hôpitaux; Dumontaigne-Grandpré, à Aubervilliers; Marieux, à Paris; Michaud, à Aubervilliers; Obissier, à Paris; Rossi, à Sisteron; Sedan-Miegemolle, médecin-major au 61e de ligne; Signez et Tisné, à Paris.

— Par décision ministérielle, en date du 6 janvier 1885, M. Païsse, élève du service de santé militaire, attaché à l'hôpital Saint-Martin, a été nommé à l'emploi de médecin stagiaire à l'École de médecine et de pharmacie militaires, pour prendre rang du 21 janvier 1885.

— Par décision ministérielle, en date du 24 janvier 1885, ont été désignés, savoir :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Marestaing, pour le 43e d'infanterie; Munier, pour le 8e bataillon de chasseurs à pied; Chouet, pour le 63e d'infanterie; Cristau, pour l'annexe du dépôt de convalescents de Porquerolles, au fort Carré, à Antibes; Dorez, pour le 30e bataillon de chasseurs à pied; Salle pour le bataillon du 54e d'infanterie, stationné à Verdun.

M. le médecin aide-major de première classe Mignon, pour le 74e d'infanterie; M. le médecin aide-major de deuxième classe Bich, pour le 132e d'infanterie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Dans le cas où une inscription est refusée par un motif quelconque, MM. les étudiants sont priés de réclamer, s'il y a lieu, auprès du doyen ou du secrétaire de la Faculté, soit par écrit, soit verbalement.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — M. Duffourc est nommé préparateur des travaux pratiques en remplacement de M. Patein, démissionnaire.

— M. le docteur Legroux, indisposé, ne reprendra son cours que vendredi prochain, 30 janvier 1885.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17330.

N° 12. — JEUDI 29 JANVIER 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 29 JANVIER 1885. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 28 janvier 1885. — Présidence de M. Marc Sée.

M. LE PRÉSIDENT remercie la Société de la bienveillance qu'elle lui a témoignée pendant la durée de ses fonctions.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture du rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1884.

M. HORTELOUP, secrétaire général, prononce l'éloge suivant :

ÉLOGE

De M. Charles-Emmanuel SÉDILLOT, membre correspondant de la Société de chirurgie, membre de l'Institut, médecin inspecteur des armées, directeur de l'École de santé militaire de Strasbourg, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg, commandeur de la Légion d'honneur.

Messieurs,

Lorsque parut le *Manuel du chirurgien d'armée*, de Percy, l'éditeur, pour en faire ressortir l'utilité, commençait ainsi la préface : « Le nouvel ordre de choses établi par la révolution à jamais mémorable que nous venons d'éprouver, impose à tous les chirurgiens l'impérieuse obligation de s'appliquer avec la plus grande attention au traitement des plaies d'armes à feu. »

L'Assemblée nationale venait, en effet, par les décrets d'avril 1792, d'instituer le service médical des armées de la République. Quatorze cents médecins ou chirurgiens avaient répondu aussitôt à son appel; mais ce chiffre était devenu rapidement insuffisant, et la Convention, pour faire face à toutes les exigences du service, décrétait par la loi du 1er août 1793 : « que tous les officiers de santé, chirurgiens, médecins ou pharmaciens, depuis l'âge de dix-huit ans jusqu'à celui de quarante, étaient mis à la réquisition du ministre de la guerre ».

Au moment où la Révolution éclata, le service de santé militaire était régi par l'ordonnance royale de 1788; un remarquable sentiment de justice et d'équité avait présidé à l'organisation médicale dans les régiments et dans les hôpitaux militaires.

A la tête du service elle avait placé un directoire des hôpitaux militaires et un conseil de santé.

Le directoire, chargé de toute la partie exécutive de l'administration, était composé de deux officiers généraux qui le présidaient, d'un commissaire de guerre et de deux médecins ou chirurgiens des armées distingués par leurs connaissances dans leur art et dans la partie administrative des hôpitaux.

Le conseil de santé, exclusivement composé de médecins ou chirurgiens au nombre de douze, huit en activité, quatre honoraires, avait pour fonctions « l'étude de toutes les parties de l'art de guérir qui peuvent avoir rapport aux hôpitaux militaires ». Il devait éclairer l'administration sur les moyens de perfectionner l'instruction des officiers de santé militaires dont il proposait l'avancement.

La composition du directoire des hôpitaux n'accordait pas à l'élément médical une prépondance exagérée, mais elle lui donnait, en la lui faisant partager avec le commandement militaire, une équitable et légitime influence.

L'ordonnance de 1788 ne reçut qu'un commencement d'exécution, car déjà se faisait sentir l'approche de la tourmente révolutionnaire ; mais, au milieu de l'effondrement général de toutes les institutions de la vieille société française, les établissements appartenant à l'armée furent respectés. Le peuple, qui ne s'effraya d'aucune ruine, n'osa pas toucher aux hôpitaux, à l'organisation du service de santé des armées, car, là, il comprit que c'était lui qu'il frappait directement.

La République trouva donc, lorsqu'elle lança ses armées vers la Meuse, l'Escaut, le Rhin, dans les Alpes, un service à peu près organisé, et, surtout, elle trouvait un règlement qu'elle n'avait qu'à s'approprier. Aussi les lois et décrets de 1792 et 1793 ne sont-ils, dans leurs grandes lignes, que la reproduction de l'ordonnance de 1788.

La composition du conseil de santé était modifiée : au lieu de douze membres, il n'y en avait plus que neuf : trois médecins, trois chirurgiens et trois pharmaciens. En remplaçant la vieille dénomination que Molière s'était chargé de ridiculiser, on donnait, pour la première fois, au service des pharmaciens le même rang que ceux des autres branches de l'art de guérir. Parmi les pharmaciens appelés à faire partie du conseil de santé se trouvait Parmentier.

Les attributions du conseil de santé étaient augmentées; le directoire des hôpitaux ayant disparu, le conseil de santé correspondait sans intermédiaire avec le ministre. Il lui présentait les candidats aux places vacantes et, chose plus grave, il intervenait dans la délivrance des certificats de civisme, pièce indispensable pour obtenir un emploi quelconque.

A la tête de chaque armée se trouvaient un chirurgien, un médecin, un pharmacien en chef ayant sous leurs ordres le personnel des officiers de santé.

Dans les hôpitaux, le commissariat de la guerre n'avait qu'un rôle secondaire de surveillance et de police : il ne pouvait prendre de décision que de concert avec le médecin ou le chirurgien en chef.

Devant l'ennemi, le chirurgien en chef avait toute la responsabilité du service, ses collaborateurs ne dépendaient que de lui ; son autorité demeurait supérieure, ses ordres s'imposaient sans réplique.

Avant les engagements, le chirurgien en chef désignait l'emplacement des hôpitaux, indiquait la marche des ambulances sur

le champ de bataille et devait prendre la direction de l'enlèvement des blessés.

Je ne puis, Messieurs, vous donner qu'un aperçu de cette organisation qui subit bien des secousses, contre-coups des bouleversements politiques, mais ce qui ressort, d'une façon éclatante, de ces premiers règlements, c'est la grande autorité dont étaient investis les médecins et chirurgiens en chef; les résultats en furent merveilleux.

Malgré les difficultés effrayantes tenant à la pénurie des ressources, aux guerres continuelles, aux épidémies, à la famine et, même, à ce système de suspicion et d'inquisition si fort en faveur à cette époque, le service de santé militaire, en donnant la confiance aux soldats, contribua largement aux victoires des armées de la République. Percy organisait le bataillon des infirmiers militaires et inventait ces voitures, appelées « wursts », pour l'enlèvement des blessés; Larrey installait ses légions d'ambulance volante dont la seule création, a écrit un historien, suffirait pour lui mériter la reconnaissance de la patrie.

Acceptée par la force des choses, au début de la Révolution, cette grande autorité donnée aux chefs du service médical rencontra devant elle, dès que le calme politique sembla renaître, une puissance bien plus considérable : l'administration de la guerre.

Si, à la tête des armées, on trouvait des hommes de valeur, derniers survivants de l'Académie de chirurgie ou de son école, des anciens amphithéâtres militaires, des écoles de santé de Metz et de Strasbourg, le niveau médical n'était pas élevé.

De vieux chirurgiens-majors sans diplôme, un grand nombre de séminaristes ne pouvant plus songer au sacerdoce, des individus ayant une teinte de latinité, avaient été heureux de trouver, dans le service médical des armées, une sécurité que ne leur donnait pas le service des villes. Des conflits d'attributions, vieux souvenirs des discussions d'école, s'élevaient souvent entre médecins et chirurgiens. L'esprit d'indépendance qui régnait dans ce corps, justement fier de ses services, devait être un des premiers atteints par les mesures contre-révolutionnaires qui suivent toujours les luttes politiques.

Exploitant habilement ces raisons, le commissariat de la guerre profita d'une période d'accalmie pour soumettre à la signature du ministre un décret qui faisait passer entre ses mains tout le pouvoir exécutif.

Ce décret du 30 floréal an IV a été un malheur pour le soldat, un désastre pour le corps de service de santé militaire, auquel il a fallu près d'un siècle pour conquérir, par la loi du 14 mars 1882, ses droits les plus élémentaires : son autonomie et la responsabilité de ses actes.

Est-ce que, reconnaissant enfin les services rendus par les médecins de l'armée, le législateur a voulu récompenser leur abnégation, leur dévouement, leur courage? Non, Messieurs, car depuis longtemps justice eût été forcément rendue.

Sans crainte d'être démenti, on peut dire que si les fautes accumulées par une administration orgueilleuse et incompétente lui ont fait perdre une partie de son pouvoir, il faut attribuer les causes de cette déchéance à la haute situation que le corps de santé militaire a su conquérir, dans l'opinion publique, par la part considérable qu'il a prise au mouvement scientifique de notre pays.

Vous avez tous présents à l'esprit les découvertes, les travaux que nous devons aux plus élevés de la hiérarchie militaire; mais lisez seulement la liste des lauréats de la Société de chirurgie, vous y trouverez chaque année les noms de jeunes confrères de l'armée; parcourez les procès-verbaux de vos séances, il n'y a pas de mois que l'envoi d'observations intéressantes, recueillies souvent dans de pénibles conditions, ne vous donne la preuve d'un travail continuel.

En prononçant l'éloge de l'éminent correspondant de la Société de chirurgie, M. le professeur Sédillot, membre de l'Institut, médecin inspecteur des armées, nous rendons un juste hommage à un des médecins militaires qui a puissamment contribué, par ses travaux et par son enseignement, à préparer ce légitime succès.

M. Charles-Emmanuel Sédillot naquit à Paris, le 18 septembre 1804.

Sa famille, originaire d'Auvergne, comptait plusieurs médecins dont la science a conservé les noms : le premier, habile accoucheur, connu sous la dénomination de Sédillot l'ancien, a laissé une formule antisyphilitique qui porte son nom; un autre, appelé Sédillot le jeune, a publié des journaux de médecine et de pharmacie qui forment une curieuse collection de près de cent volumes. Son père, astronome et savant orientaliste, avait épousé la fille d'un officier distingué, le colonel Fossé, auteur d'importants travaux sur l'attaque et la défense des places de guerre.

On pourrait presque dire que, par droit de naissance, M. Sédillot était destiné à étudier la médecine et à en suivre la carrière militaire.

Étudiant en 1822, il concourut pour l'externat des hôpitaux de Paris, et entra au Val-de-Grâce en 1824; l'année suivante, il prend part au concours de l'internat, mais il ne dut pas l'achever, car le 20 novembre de la même année, il est à Metz comme chirurgien sous-aide-major à l'hôpital d'instruction, où il obtient le premier grand prix en 1826.

Rappelé à Paris, l'année suivante, il remporte la même distinction au Val-de-Grâce et le prix d'anatomie et de physiologie à l'École pratique de la Faculté.

En 1829, M. Sédillot soutient une remarquable thèse de doctorat sur le nerf pneumogastrique et ses fonctions chez les mammifères, les oiseaux et les reptiles.

A peine reçu docteur, il fait, soit officiellement, comme démonstrateur au Val-de-Grâce, soit librement à l'École pratique, des cours d'anatomie descriptive et chirurgicale, des cours de médecine opératoire, et, en 1832, il se présente au concours de l'agrégation de la Faculté de Paris.

Il n'est pas nommé, mais cet échec ne le décourage pas, et pour se préparer avec plus de succès, M. Sédillot, se réunit à un de ses jeunes collègues, héritier d'un grand nom qu'il devait encore illustrer. Chaque jour une leçon d'une heure, une argumentation approfondie les rompent aux difficultés de la lutte, et au concours de 1835, ils étaient nommés, M. Sédillot le premier, M. Larrey le troisième; Lenoir obtenait la seconde place et Malgaigne, récemment sorti du Val-de-Grâce, complétait la liste.

De ce travail de chaque jour est née une mutuelle affection qui n'aura pas à redouter l'illusion des amitiés de la terre dont parle Bossuet, qui s'en vont avec les années et les intérêts. Lorsque les événements sépareront les deux amis, il s'établira entre eux une correspondance, gracieusement mise à ma disposition, qui, jusqu'à la dernière heure, sera empreinte des sentiments les plus délicats de sympathie et d'estime.

Le brillant succès qu'il venait de remporter engagea M. Sédillot à se mettre sur les rangs pour la chaire de clinique chirurgicale vacante par la mort de Dupuytren, et, trois ans plus tard, pour celle de médecine opératoire. Dans ce concours, il eut à traiter, comme sujet de thèse, de l'empyème, opération alors bien discréditée; Dupuytren avait affirmé que, sur cinquante opérés, il en avait perdu quarante-huit; Velpeau, que, sur douze empyèmes, il avait eu douze morts; on trouvait, à cette époque, qu'il fallait « avoir une tendance bien hasardeuse pour proposer d'injecter dans la cavité de la plèvre un mélange d'huile et de vin, car, pour émettre semblable avis, il fallait avoir oublié toutes les conditions du foyer pleurétique ». M. Sédillot s'éleva avec énergie contre ces propositions en prenant pour épigraphe : *L'opération de l'empyème est mal connue, mal appréciée et mal faite.* Il indiqua tout un plan opératoire et thérapeutique. *Puisque la nature*, dit-il, *nous montre le mécanisme et les phénomènes de la guérison spontanée du pyothorax et que l'anatomie nous l'explique, l'art doit profiter de ces enseignements et trouver des ressources là où l'organisme n'en fournit plus.* La pratique conseillée par M. Sédillot semblerait, ainsi que l'a écrit un de ses élèves, aujourd'hui bien timide, mais en se reportant à 1839, il y avait un certain courage à l'exposer et cette thèse eut une réelle influence.

Malgré le talent que M. Sédillot déploya dans ces concours, il

comprit qu'il arriverait difficilement à Paris, et lorsque Bégin, venant prendre la direction du Val-de-Grâce, abandonna la chaire de clinique chirurgicale à Strasbourg, il se mit sur les rangs.

En même temps que la chaire de clinique chirurgicale, une chaire de pathologie externe était vacante; la Faculté de Strasbourg décida que les deux chaires n'en formeraient plus qu'une, mais que la chaire serait dédoublée et que les professeurs nommés feraient alternativement six mois le cours de pathologie et six mois le cours de clinique. Mais la Faculté voulut aussi décider que le titre de professeur à la Faculté serait incompatible avec celui de professeur à l'hôpital d'instruction militaire que le départ de Bégin laissait vacante, et qu'avant de s'inscrire, les candidats militaires devraient s'engager, s'ils étaient nommés, à donner leur démission de l'armée.

Cette prétention souleva de nombreuses réclamations; le conseil royal de l'instruction publique refusa de la sanctionner, et, pour couper court à des discussions qui auraient pu influencer le résultat, il décida que le concours pour les deux chaires de pathologie externe et de clinique chirurgicale aurait lieu devant la Faculté de Paris avec un jury mixte.

M. Sédillot se présentait avec des titres considérables : agrégé de la Faculté, professeur de médecine opératoire au Val-de-Grâce, il avait publié un manuel de médecine légale, le premier volume de sa médecine opératoire; il avait fait connaître de nouveaux procédés pour l'amputation partielle du pied et pour celle de la jambe avec un lambeau musculo-cutané externe; il avait proposé une classification des luxations scapulo-humérales; il avait surtout appelé l'attention sur l'importance de l'application du dynamomètre dans la réduction des luxations à l'aide des moufles; enfin, le *Dictionnaire de médecine* lui devait un grand nombre d'articles.

L'issue du concours n'était pas douteuse : M. Sédillot fut nommé pour remplir une des chaires, et Rigaud, chirurgien des hôpitaux de Paris, agrégé de la Faculté, obtint la seconde chaire.

Malgré le désir exprimé par la Faculté, M. Sédillot succéda à Bégin dans ses fonctions à l'hôpital d'instruction militaire.

Il est permis de regretter que cette nomination de professeur à la Faculté de Strasbourg ait éloigné M. Sédillot du service militant, car, dans ses rares apparitions sur le champ de bataille en Pologne et en Algérie, il avait déployé les qualités du vrai chirurgien d'armée.

Il venait à peine de passer sa thèse que, quelques mois après la révolution de Juillet, éclata l'insurrection de Pologne. Cette nouvelle : « La Pologne est libre », fut accueillie avec enthousiasme par la France. Appui à nos frères de Pologne ! était le cri général. Encore tout fiers du succès qu'ils venaient de remporter à Paris, nombre de jeunes libéraux coururent se joindre à ces bandes de généreux patriotes, espérant que leur avant-garde volontaire allait être suivie d'un appui plus réel; espérance qui ne devait pas se réaliser. Le nouveau gouvernement français ne pouvait pas se lancer dans de semblables aventures; mais braver les sympathies de la France eût été un réel danger : aussi sembla-t-il s'y associer.

MM. Sédillot, Malgaigne, et quelques autres chirurgiens obtinrent l'autorisation de partir. Quoiqu'on ait écrit qu'ils furent entraînés plutôt par l'amour de la chirurgie que par la passion politique, je me plais à croire que l'idée de servir une noble cause ne fut pas étrangère à leur détermination.

La campagne fut dure, et, quoique très occupé par ses opérations, M. Sédillot put réunir d'intéressants matériaux sur la plique polonaise, qu'il publia à son retour.

L'histoire a enregistré avec quel héroïsme fut soutenue cette lutte dont le triomphe aurait pu changer la face de l'Europe; mais mal dirigés par des chefs hésitants, en proie à des discussions de partis, ne voyant pas venir les secours espérés, écrasés par des forces considérables, les Polonais durent s'avouer vaincus, et le maréchal Sébastiani pouvait prononcer ce mot tristement célèbre : « L'ordre règne à Varsovie. »

Plusieurs bandes cherchèrent un refuge en Autriche, où M. Sédillot paya de quelques mois d'internement sa chevaleresque équipée.

Trente ans plus tard, la Pologne essayait encore de secouer le joug de l'oppresseur; un interne des hôpitaux, aujourd'hui votre collègue, qui a vu de près ce suprême effort, peut vous affirmer qu'on n'avait pas oublié le courageux dévouement des jeunes chirurgiens venus de cette France à laquelle la Pologne mourante adressait cette touchante plainte : « Dieu est trop haut et la France trop loin. »

La campagne d'Algérie à laquelle M. Sédillot prit part fut la seconde expédition de Constantine en 1837.

L'année précédente, arrivés devant Constantine après neuf jours de marche, pendant lesquels il fallut lutter contre la pluie, la neige, la boue, l'absence de vivres, nous avions été obligés, après une tentative d'assaut, de battre en retraite. Le désir de venger un tel désastre remplissait d'ardeur l'armée, mais dès la première journée les difficultés survinrent, et l'on put redouter le retour des épouvantables scènes de la première expédition. La pluie tombait par torrents, il y eut des nuits de tempêtes et les soldats couchaient dans l'eau.

Les fièvres, la dysenterie, le choléra, ne tardèrent pas à éclater; aussi M. Sédillot, chirurgien de l'ambulance de l'avant-garde, eut-il plus à faire de médecine que de chirurgie. Dans le très intéressant récit qu'il a laissé de cette pénible campagne, il a cependant appelé l'attention sur la marche des balles, qui, pénétrant par l'aisselle, allaient fracturer les vertèbres et développer une myélite rapidement mortelle, que la marche inconnue du projectile n'aurait pas fait redouter, et il a fait connaître quelques points curieux sur les appareils inamovibles employés par les Arabes.

Chargé de reconduire à Bône un convoi de cinq cents malades, M. Sédillot souffrant lui-même ne dut qu'à sa forte constitution le succès de cette périlleuse mission.

Le rapport qu'il remit au ministère de la guerre ne fut pas très bien accueilli; on ne voulait tenir aucun compte des faits médicaux, attendu « que n'étant pas médecin, il n'avait pas pu, disait-on, leur avoir donné aucune valeur ». M. Sédillot ne pouvait accepter semblable affirmation. « C'est là, écrit-il, une prétention médicale que le chirurgien doit repousser; nous sommes au moins aussi aptes que MM. les médecins à juger des influences épidémiques et de l'effet des remèdes, attendu que les influences locales et les constitutions épidémiques ont toujours eu aux yeux des chirurgiens le plus grand intérêt. Avant d'entreprendre une opération, nous interrogeons les maladies régnantes, les épidémies, les saisons, les conditions individuelles ou prédisposantes. »

Ces préceptes qui ont dirigé toute la pratique chirurgicale de M. Sédillot, sont ceux de la doctrine hippocratique dont notre éminent collègue a toujours cherché à s'inspirer. Depuis sa thèse sur l'empyème jusqu'à sa dernière communication, en 1879, à l'Académie des sciences, sur l'évolution en chirurgie, il soutiendra que cette doctrine toute d'observations et d'expériences, mais d'expériences basées sur la réalité et non sur l'hypothèse, est la seule qui puisse conduire dans la voie du progrès. Chaque écart de cette doctrine est une faute, un retard, un péril.

Rappelant l'idée fondamentale de la conception hippocratique : « La tendance de la vie est la santé; les maladies sont le résultat des agents extérieurs qui la troublent et l'altèrent. La première indication à remplir est d'éloigner ces agents, de s'en préserver, de les détruire et d'en combattre les nocivités. » M. Sédillot montre, dans ce travail, que la chirurgie antiseptique est appelée à résoudre ce problème. Dès l'origine des immortels travaux de M. Pasteur, il en a compris toute la portée, car « ils vont, dit-il, ouvrir à la médecine des siècles d'études, de connaissances et de ressources ». Pour ces nouvelles espèces d'êtres innombrables dont il regarde « la découverte comme donnant l'espoir de triompher, par des procédés aussi simples qu'efficaces, des maladies, pestes ou épidémies », il propose le nom de microbes, expression si caractéristique, qu'acceptée d'emblée, elle désignera, dans l'histoire, les doctrines actuelles.

On s'explique l'accueil que M. Sédillot dut faire à ces recherches, dont la première conséquence a été de faire disparaître de nos services hospitaliers cet horrible fléau, l'infection purulente, dont il avait, dans son *Traité de la pyohémie*, publié en 1849, indiqué la prophylaxie et déclaré la curabilité.

Que la théorie professée par M. Sédillot sur la pathogénie de cette complication des plaies ne soit plus acceptable aujourd'hui, peu importe; mais il faut se rappeler que, véritable précurseur de l'antisepsie, il avait toujours soutenu qu'avec des pansements d'une grande propreté (il avait interdit dans son service l'usage des éponges, comme réceptacles d'impureté), avec des procédés opératoires permettant d'éviter l'étranglement et la rétention des liquides, on pouvait se préserver de la pyohémie, et, allant plus loin, il en avait affirmé la curabilité en détruisant le foyer d'infection, soit par une profonde cautérisation, soit par une amputation pratiquée plus haut.

Aussi n'a-t-il pas craint d'écrire en tête de son *Traité de médecine opératoire :* « Le succès des opérations dépend de l'habileté du chirurgien. Les revers accusent notre ignorance ou nos fautes. »

Que l'on ne voie pas dans cette phrase un sentiment d'orgueil du chirurgien heureux; non, Messieurs, il ne faut y voir que la confiance absolue, la foi ardente que M. Sédillot avait dans son art : « La croyance, dit-il, à l'efficacité souveraine de l'art et le sentiment de sa propre responsabilité ne manquent jamais au vrai chirurgien, dont la première règle de conduite est la foi dans la réussite des opérations qu'il conseille ou entreprend. Engagé par ses jugements, il les prononce avec réflexion, maturité et prudence. »

Pour M. Sédillot, les soins qui réclament l'attention du chirurgien avant, pendant et après les opérations, représentent un ensemble immense où le moindre oubli peut entraîner de graves et funestes complications.

C'est en se basant sur cette opinion que, dans sa *Médecine opératoire,* M. Sédillot ne s'est pas seulement attaché à la description des différents procédés opératoires, mais qu'il y a introduit nombre de chapitres, que l'on ne trouve pas dans les ouvrages analogues, sur les indications et contre-indications des opérations en général, sur la préparation du malade, sur les locaux, l'aération des salles, sur le choix et la disposition des aides, sur l'anesthésie, sur la pyohémie, sur les pièces de pansement, les bandages, les appareils de fractures et même sur les procédés de réductions de luxations.

Malgré la critique que l'on a faite de ce plan, quatre éditions entièrement épuisées prouvent la valeur du livre. Pour la quatrième, M. Sédillot avait cru utile, à partir du deuxième volume, de s'adjoindre un collaborateur, et l'ouvrage parut sous les noms de MM. Sédillot et Legouest. « Au moment de me retirer de l'enseignement et de l'activité professionnelle, dit-il en offrant son livre à son ancien collègue, j'ai désiré placer ma *Médecine opératoire* entre les mains d'un jeune successeur actif, capable d'apprécier avec autorité les progrès de la chirurgie; j'espère assister, dans quelques années, à une cinquième édition aux noms de MM. Legouest et Sédillot. Je ne serai plus qu'en deuxième ligne, mais ce sera un souvenir de mes travaux antérieurs. » Il était difficile de remettre entre des mains plus dignes le soin de sa mémoire; mais si la cinquième édition n'a pas paru, je crois savoir que, malgré son apparente philosophie, M. Sédillot n'eut jamais le courage d'accepter cette abdication.

Plus que tout autre, M. Sédillot appréciait l'habileté manuelle; mais il n'a pas seulement voulu la vanter et la recommander, car « ne serait-ce pas, dit-il, se borner à élever un autel un peu stérile à la perfection ». Chaque opération est étudiée d'après ses chances de guérison et d'après la préservation des fonctions, et lorsqu'il préconise un procédé, il veut faire passer sa conviction dans l'esprit du lecteur.

A chaque page, on trouve la preuve de son esprit inventif; sans vouloir parler des nombreux procédés dont il a doté la médecine opératoire des membres, il suffira de rappeler ces ingénieux procédés de blépharoplastie, de cheiloplastie, de staphylorraphie, et la part considérable qu'il a prise dans la vulgarisation de l'urétrotomie interne. N'a-t-il pas été le plus ardent promoteur de l'urétrotomie externe, « opération, sans contredit, des plus difficiles, lorsqu'on se trouve en présence d'un rétrécissement infranchi, mais qui doit être comptée parmi les plus belles conquêtes de la chirurgie »?

De toutes ces conceptions opératoires, la plus hardie et la plus originale, a dit un juge autorisé, est certainement celle qui consiste à tourner les rétrécissements infranchissables de l'œsophage, en pratiquant directement une bouche à l'estomac.

Ce fut en 1847, se fondant sur les expériences faites sur les animaux et sur les observations de fistules stomacales, que M. Sédillot conseilla la gastrotomie, mais il ne put mettre à exécution ses idées que deux ans plus tard. Malgré tous les soins dont il entoura son opéré et celui sur lequel il tenta pour la seconde fois cette belle opération, il ne put les sauver. On a souvent dit que certains succès opératoires sont des malheurs, car ils entraînent dans une mauvaise voie, mais jamais un insuccès n'a empêché une idée sage et juste de triompher; Sédillot a eu le bonheur de pouvoir le constater.

Tous ces travaux avaient ouvert à M. Sédillot les portes de toutes les sociétés savantes de France et de l'étranger. Depuis 1846, l'Académie de médecine le comptait parmi ses correspondants, titre qu'il devait échanger plus tard pour celui de membre associé, et l'Académie des sciences l'avait nommé correspondant.

Quoique ses occupations ne lui eussent jamais permis d'assister aux séances de la Société de chirurgie, M. Sédillot prit souvent part à ses travaux, soit par lettres, soit par d'importants mémoires. Quelques-uns d'entre vous, Messieurs, n'ont peut-être pas oublié la brillante discussion que souleva la question des résections sous-périostées, dont M. Sédillot ne voulut jamais admettre le principe fondamental. « En transplantant ou en décollant le périoste, on obtient de l'os, disait-il, mais jamais on n'obtiendra un os. Le périoste, complètement séparé des os subjacents, laissé en place ou transporté dans une autre région sous forme de gaine et de lambeau, ne rendra aucun service à la chirurgie comme moyen et organe des régénérations des os. » A cette méthode il oppose l'évidement, opération qui consiste à excaver les os pour les séparer des parties malades et n'en laisser que les couches corticales saines.

La discussion fut excessivement vive. M. Sédillot soutint, avec d'autant plus d'énergie, l'évidement qu'il faut bien reconnaître que les résections sous-périostées avaient séduit la jeune école chirurgicale qui se fit le champion des idées de leur émule de Lyon.

Triompher devant la Société de chirurgie pouvait avoir une importance considérable, car l'Académie des sciences avait mis au concours, pour le grand prix de chirurgie à décerner en 1866, la question : « De la conservation des membres par la conservation du périoste. »

L'Académie, voulant marquer par une distinction notable l'importance qu'elle attachait à la question, avait décidé que le prix serait de dix mille francs, et l'empereur, informé de cette décision, avait fait écrire qu'il doublait le prix.

M. Sédillot, le maître incontesté de Strasbourg, et le jeune chirurgien qui devait porter si haut la réputation de l'École de Lyon, soumirent les deux méthodes au jugement du tribunal suprême.

Mais ces deux méthodes ne doivent pas être considérées comme des rivales : l'une et l'autre ont leur indication spéciale, et l'Académie, dans un verdict que l'opinion devait confirmer, décida qu'elle partagerait le prix entre les deux compétiteurs.

Pour expliquer l'opposition que M. Sédillot fit aux résections sous-périostées, on peut croire qu'il y avait un peu d'amour-propre d'inventeur, car, par nature, il était disposé à applaudir à toutes les idées nouvelles.

Un des premiers, il soutint que, « pour bien juger soi et les autres, il faut quitter de temps à autre son milieu habituel, et

que s'immobiliser au sein de ses propres dieux, c'est risquer de se réveiller aux échos d'un autre monde et de s'y trouver étranger ».

Ce fut dans un voyage qu'il fit à Londres, en 1847, qu'il vit Hancock, à Charing-Cross, amputer la cuisse d'un malade « qu'on éthérisa en plaçant au-dessous de ses narines une éponge imbibée d'éther ».

A son retour à Strasbourg, il commença une série d'expériences sur ce nouvel agent qui allait bientôt céder la place au chloroforme.

Cette merveilleuse conquête de la science ne fut pas acceptée sans résistance, et je crois que, sans manquer de respect à la mémoire de vénérés maîtres, on peut dire que beaucoup d'entre eux eurent longtemps peur de l'anesthésie. Aussi ce ne fut pas sans provoquer une certaine émotion que M. Sédillot vint affirmer à l'Académie, en 1848, « que le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais ».

Il voulait ainsi rassurer les esprits et propager l'emploi de l'anesthésie; mais il ne s'en était jamais dissimulé le danger; il savait toute la prudence que l'on doit déployer : aussi, avant d'énoncer cette assertion un peu hardie, eut-il soin de déclarer que « toutes les fois qu'on a recours au chloroforme, la question de vie ou de mort se trouve posée », et que « chloroformer est un art qui exige une attention de tous les moments et beaucoup d'habileté et d'expérience ».

M. Sédillot, conséquent avec de tels principes, chargeait toujours la même personne d'administrer le choloroforme. Quelquefois les élèves s'en plaignirent : « On apprend mieux en voyant bien faire, répondait-il, qu'en faisant mal soi-même. »

La tranquillité qu'il trouvait dans cette organisation lui permettait de faire briller la remarquable habileté opératoire, que tous ses élèves se sont plu à proclamer, et de conserver, dans les circonstances les plus graves, un calme et un sang-froid imperturbables. Voulant mettre en pratique tous les devoirs du chirurgien, que résument les trois mots : *cito, tuto* et *jucunde*, M. Sédillot tenait beaucoup à l'élégance opératoire, et il mettait une véritable coquetterie à terminer une grave opération sans avoir une goutte de sang sur ses vêtements et sur ses manchettes.

M. Sédillot avait la tournure du commandement : il était... Mais je m'arrête, Messieurs, car n'ayant jamais vu M. Sédillot, je ne pourrais vous en donner qu'une pâle copie, et pour vous le dépeindre, laissez-moi placer devant vos yeux le portrait vivant que son plus fidèle ami nous en a tracé :

« Charles Sédillot était de taille élevée. A cette taille avantageuse se joignait une prestance aisée, une belle figure, une physionomie fine et expressive; son œil tout ouvert et son regard franc, sa voix sonore et bien timbrée, son langage clair et précis, attiraient l'attention, comme l'enjouement, la gaieté même de son esprit, la distinction de ses manières, et jusqu'à l'élégance de sa tenue, inspiraient la sympathie. »

Bon et affable avec ses élèves, dont il aimait à être entouré, M. Sédillot exigeait d'eux une attention de tous les instants; le moindre oubli était relevé sévèrement. Grand partisan du fer rouge, qu'il employait couramment pendant sa visite, l'entretien du réchaud rempli des fers était confié à la garde d'un externe. Mais, nouvelle vestale, malheur à lui, me disait un de ses élèves qui se rappelait encore ses émotions, si le feu s'éteignait!

M. Sédillot apportait dans l'examen de ses malades un soin minutieux, et ses anciens internes n'ont pas oublié « la patience admirable qu'il déployait dans certaines circonstances, et particulièrement dans le cathétérisme. C'est certainement à cette patience et à l'habileté avec laquelle il maniait les bougies filiformes, qu'il a dû de nier d'une façon trop absolue les rétrécissements infranchissables, mais il obtenait des succès inespérés. »

Dans son cours de pathologie externe, M. Sédillot voulait être et était très élémentaire, mais, dans ses leçons cliniques, il en était tout autrement.

D'une grande sûreté et d'une grande précision de diagnostic, exposant les faits avec une lucidité parfaite, il ne laissait aucun point obscur, et, emporté par la chaleur de l'improvisation, il aimait, dans un langage animé et d'un tour quelquefois paradoxal, par lequel il captivait encore plus l'attention de ses auditeurs, toucher aux points les plus élevés de la science et aux questions les plus délicates de notre profession.

« M. Sédillot se faisait, nous a dit M. Eugène Bœckel dans une délicate étude qu'il lui a consacrée, une haute idée de l'exercice de notre art, et du rôle du médecin dans la société. D'après lui, le médecin devait être le supérieur, ou au moins l'égal de ses clients, par la connaissance et par le talent, aussi bien que par l'éducation et l'honorabilité. Mais, s'il exigeait beaucoup du médecin, il voulait aussi de la part du client respect et reconnaissance. Avec son expérience, ses qualités personnelles, sa renommée européenne, M. Sédillot était recherché par les malades de près et de loin, il n'avait qu'à se laisser aller à ce courant pour acquérir une grande fortune. Ce n'était pas son but, il avait une ambition plus noble, celle d'attacher son nom à des découvertes scientifiques; souvent il se retirait, pendant des semaines, de la pratique pour poursuivre quelque recherche scientifique. »

Outre ses leçons à la Faculté, M. Sédillot fit le cours de clinique chirurgicale à l'hôpital militaire d'instruction, jusqu'en 1850, époque à laquelle un décret présidentiel vint, en modifiant le mode de recrutement des médecins de l'armée, fermer les hôpitaux d'instruction.

M. Sédillot resta attaché à l'hôpital militaire, où il fut promu successivement médecin principal de deuxième et de première classe.

Mais les résultats donnés par l'application du décret de 1850 furent loin de répondre à ce que l'on attendait, et l'urgence d'une nouvelle réforme se fit bientôt sentir.

Le gouvernement décida la création d'une école de service de santé militaire analogue aux autres écoles militaires. Les élèves seraient casernés, ils suivraient les cours d'une Faculté et seraient dirigés dans leurs études par des répétiteurs choisis parmi les jeunes docteurs.

Strasbourg, avec sa Faculté si savante, son grand hôpital, et surtout avec tous ses souvenirs se rattachant à l'histoire de la médecine militaire, était tout indiqué.

L'École, ouverte en 1857, ne fut définitivement organisée qu'en 1860, lorsque le ministre de la guerre se décida à élever au grade de médecin inspecteur M. Sédillot, qui mettait cette condition pour accepter la direction de l'École.

Lorsqu'on relit la correspondance échangée à l'occasion de cette nomination, on est attristé de la situation secondaire que les règlements donnaient à nos confrères de l'armée : « N'apparaître jamais, écrivait M. Sédillot, que dans un état de dépendance; jusqu'à ce titre d'officier de santé qui est un repoussoir entre toutes les mains administratives militaires ou civiles, il nous faut plus de mérite pour faire accepter et supporter notre malheureux uniforme, qu'il ne faut de fautes et d'inconséquences aux autres pour diminuer la splendeur du leur. »

M. Sédillot n'avait pas oublié que, pendant l'assaut de Constantine, les ambulances avaient été placées, par ordre de l'intendance, à une telle distance qu'elles n'avaient été d'aucune utilité.

« J'espère toujours, disait M. Sédillot, une révolution pour notre corps; non pas une révolution générale, culbute universelle, mais le redressement des torts qui affligent notre misérable constitution spéciale. Combien n'avons-nous pas à nous plaindre de l'esprit funeste de dénigrement et d'abaissement qui plane malheureusement sur nous! »

M. Sédillot rêvait un corps de santé fortement organisé, maître absolu de son matériel, réunissant, sous l'autorité du médecin-chef tous les personnels appelés à concourir au service sanitaire, et dans lequel les travaux scientifiques auraient été pris en considération pour monter en grade.

La loi de 1882 n'a pas entièrement réalisé ce rêve, mais elle est cependant un premier pas fait vers le progrès, et l'on sait que le progrès est œuvre de temps et de travail.

Malgré les difficultés administratives dont M. Sédillot eut à

triompher, pour l'organisation de la nouvelle École, on put rapidement constater d'excellents résultats, qui furent principalement dus à l'institution du répétitorat qui a permis aux maîtres d'aujourd'hui de faire leur début dans le professorat.

En 1865, la croix de commandeur de la Légion d'honneur apportait une légitime récompense au savant directeur de l'École de santé.

Le 7 janvier 1869, M. Sédillot quittait le service militaire, heureux « de pouvoir sans préoccupation hiérarchique ou disciplinaire » se consacrer à sa clinique. La même année, il publiait un important mémoire sur la trépanation.

M. Sédillot a toujours été partisan de la trépanation, il n'a cessé de protester contre les théories de Malgaigne et contre les allégations de Stromeyer, qui affirmait, comme vous pouvez vous le rappeler, qu'un chirurgien ne peut songer à trépaner que s'il est tombé lui-même sur la tête.

M. Sédillot voulait qu'on opérât de bonne heure. Si, pour intervenir, il faut attendre le début des accidents, « c'est opérer, disait-il, lorsqu'il n'est plus temps, et dans le doute d'une fracture de la table interne il vaut mieux faire une trépanation exploratrice que de laisser éclater des lésions qu'on ne peut plus enrayer. »

Les événements de 1870 allaient donner à M. Sédillot la triste occasion de refaire de la chirurgie de guerre. Les premiers combats avaient inondé de blessés les villages environnants de Strasbourg. M. Sédillot va prendre à Haguenau le service de l'hôpital. Mais, au milieu de ces graves événements, la science ne perd pas ses droits, et il recueille des observations qui modifient ses opinions sur le traitement des fractures des membres par armes à feu. Jamais M. Sédillot n'avait été un adepte de la chirurgie conservatrice, mais l'occlusion et l'immobilité lui donnent de bons résultats qu'il fera connaître à l'Académie des sciences, par les soins de M. le baron Larrey « heureux, lui dit-il, de pouvoir glorifier vos idées et celles de mon maître, votre illustre père ».

Rentré à Strasbourg, M. Sédillot y trouve la ruine et le pillage : toutes les collections de l'École ont été encaissées et expédiées en Allemagne. « Elles seront probablement perdues, dit-il dans une lettre, à moins que nous ne les retrouvions un jour à Berlin. Strasbourg ne se relèvera pas de sa chute. L'Allemagne est trop inférieure à la France sous tous les rapports : sciences, arts, industrie, moralité, et ne peut qu'abaisser Strasbourg par ses idées et ses mœurs rétrogrades. L'Alsace n'a jamais été allemande et nous ne l'avions pas conquise : elle s'était volontairement donnée à nous qui la traitions avec libéralité et affection. »

M. Sédillot ne voulut pas assister à la déchéance de la grande cité qu'il considérait comme son pays natal ; refusant la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de Nancy, il quitta Strasbourg et vint s'établir à Paris, bien accablé et bien effrayé de l'avenir.

M. Sédillot avait toujours ambitionné l'insigne honneur d'être nommé membre de l'Académie des sciences, mais deux fois il avait échoué, et, dans la tristesse de son cœur, il ne voulait plus y songer : « Vous faites mirer à mes yeux, disait-il, mon ancienne ambition académique; mais où j'ai échoué, j'échouerai encore; je suis trop vieux, je manque d'ardeur. » Lorsque la mort de M. Laugier laissa une place vacante, il fallut toute l'influence de l'amitié pour l'engager à se mettre sur les rangs.

Vous vous rappelez, Messieurs, dans quelles conditions se présentait cette élection. L'Académie semblait vouloir ne plus accueillir que des savants et paraissait, suivant l'expression de M. Sédillot, vouloir chasser la médecine, l'art par excellence, l'art divin.

Enfin, le 25 juin 1872, il était nommé et voyait ainsi réaliser son vœu le plus cher.

Toujours sur la brèche, M. Sédillot vient à l'Académie de médecine soutenir la nécessité de l'émancipation du corps de santé de l'armée; à l'Académie des sciences, il fera applaudir de beaux rapports sur les découvertes de Lister et de Pasteur; il publiera son livre du relèvement de la France, dans lequel il montrera tout ce que l'instruction et l'éducation peuvent sur le perfectionnement individuel et le rôle qui incombe, dans ce grand mouvement, au médecin.

Mais M. Sédillot voit ses forces s'affaiblir; attristé par une surdité de plus en plus prononcée, il se renferme dans son appartement, ne voulant plus recevoir; frappé d'hémiplégie, il consentit enfin à se rendre à Sainte-Menehould, chez son fils, où, avec le calme et la résignation d'un savant et d'un croyant, il s'éteignit le 29 janvier 1883.

M. Sédillot restera comme une des grandes figures de la chirurgie de notre siècle; ses découvertes, ses ingénieux procédés, son enseignement, le placent au premier rang.

Au moment de prendre sa retraite, M. Sédillot avait voulu dans deux volumes intitulés : *Contributions à la chirurgie*, réunir toutes les communications dont il avait enrichi les revues et les journaux : « La vie, de nos jours, est si occupée et si active; le milieu de nos agitations si mouvant, les institutions si variables; l'instabilité si grande; tout se succède et s'oublie avec une telle rapidité qu'il vient un moment où l'on est disposé à jeter les yeux sur la carrière que l'on a parcourue, en se demandant quel en a été l'esprit, la direction, la portée. C'est une sorte de revue où se reflète le caractère du temps où l'on a vécu et dans la science expérimentale dont la marche est transitoire, il est permis de dresser le tableau de ses propres œuvres et de les disputer, un moment au moins, à l'oubli. »

M. Sédillot pouvait regarder avec orgueil son passé, et sans crainte la postérité, son nom ne périra pas : ses œuvres en sont les sûrs garants; mais M. Sédillot était de la famille de ces grands cliniciens jetant à pleines mains, et sans compter, idées nouvelles, préceptes, observations dont il ne reste bientôt que le souvenir. Aussi quel ne dut pas être le déchirement de cœur de M. Sédillot assistant à l'effondrement de cette brillante école qu'il avait créée, et voyant ses élèves dispersés par la force brutale !

Mais tous ne sont pas partis : quelques-uns sont restés là-bas, conservant les traditions du maître vénéré et portant haut et ferme le drapeau de la chirurgie française.

Merci à ces fiers enfants de France, dont parle le poète, qui,

Gardant l'espoir au fond de leurs cœurs résolus,
Sont toujours là pleurant sur ceux qui n'y sont plus.

PRIX DE 1884.

Prix Duval. — M. Pousson, pour sa thèse intitulée : *De l'intervention chirurgicale dans le diagnostic et le traitement des tumeurs de la vessie dans les deux sexes.*

Prix Laborie. — Le prix n'a pas été décerné ; on accorde un encouragement :

1° De 700 francs, à MM. Poulet et Vaillard, professeurs agrégés au Val-de-Grâce, pour leur travail intitulé : *Des corps étrangers articulaires ;*

2° De 500 francs, à M. Charvet, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour son travail intitulé : *De la névrite traumatique.*

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1885.

25. M. Lemoyne. Ostéomyélite chez les adultes. — 26. M. Mavel. De l'exentération du globe oculaire. — 27. M. Duchesne. Contribution à l'étude des iodiques (leur action sur la nutrition générale et leur mode d'élimination). — 28. M. Meigé. Recherches sur les variations de l'urée du sang dans différentes maladies et en particulier dans la rétention d'urine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous sommes heureux d'annoncer que l'un des deux prix fondés par le maréchal Vaillant, d'une valeur de 1500 francs, et dont le sujet était : « Nouvelles recherches sur les fossiles faites dans une région qui, depuis un quart de siècle, n'a été que peu explorée sous le rapport paléontologique », vient d'être décerné par l'Académie des sciences de Paris à notre collaborateur et ami M. Émile Rivière.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Charrin, préparateur du laboratoire de pathologie et thérapeutique générales, est nommé chef dudit laboratoire en remplacement de M. Capitan, démissionnaire.

M. Roger, interne des hôpitaux, est nommé préparateur du laboratoire de pathologie et thérapeutique générales en remplacement de M. Charrin.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Le concours pour la place d'aide de physiologie s'est terminé par la nomination de M. Griffe.

— *École de médecine de Tours.* — Un congé de trois mois est accordé, sur sa demande, et pour raisons de santé, à M. Charcellay, professeur de clinique interne.

M. Sainton, suppléant, est chargé du cours de clinique interne, pendant la durée du congé accordé à M. Charcellay.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Lagarde, docteur ès sciences, est chargé, à titre de suppléant, du cours de physique.

— *École supérieure de pharmacie de Nancy.* — M. Noël est nommé préparateur de matière médicale, de minéralogie et d'hydrologie en remplacement de M. Ruttinger, appelé à d'autres fonctions.

— M. Edmond Retterer soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 30 janvier 1885, à une heure et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse sur le « développement du squelette des extrémités et des productions cornées chez les mammifères ».

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur la période préataxique du tabes d'origine syphilitique, par le docteur Alfred Fournier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, recueillies par M. W. Dubreuilh, interne des hôpitaux. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, G. Masson.

Conférences cliniques et thérapeutiques sur les maladies des enfants (tome II), par Jules Simon. 1 vol. in-8° de 304 pages. — Prix : 7 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Recherches expérimentales sur la rage et sur son traitement, par le docteur P. Gibier, avec une préface de M. H. Bouley, de l'Institut. In-8° avec une planche en chromolithographie. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Traité de la goutte de Sydenham, traduit et annoté par le docteur A. Tartenson. In-8° de 110 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'angine herpétique, par le docteur A. Ollivier. In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17342.

27

ANALYSE DE JANVIER DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de janvier, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1.033,40
	gr.	
Beurre par litre	49.000	
Albumine	8.400	
Caséine	22.600	
Sucre de lait	56.000	
Sels	7.000	
Total des matières fixes	143.000	143.000
Eau par litre		889.400

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.044
Acide sulfurique	0.171
Chaux	1.530
Magnésie	0.149
Potasse	1.736
Soude	0.541
Silice, chlore, acide carbonique, fer et perte	0.829
Total	7.000

PRIX :

Dans les dépôts	75 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	80 c. le litre.
—	50 c. le 1/2 litre.

Adresser les commandes à M. L. NICOLAS. propriétaire-agriculteur, 22, rue de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif.

78

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

79

CAPSULES LAGASSE

A LA GEMME DE PIN MARITIME

HYDRO-GEMMINE LAGASSE

EAU DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE.

Rhumes, toux, catarrhes, bronchites, affections des reins, catarrhes utérins, urétrite.

4

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50.

50, boulevard de Strasbourg.

49

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande à la maison de gros, recevront une bouteille de *vin de Bugeaud* à titre d'échantillon.

25

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences .— Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

14

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.

St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.

CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, 20 et 30 francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

113

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.

Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

38

LE VÉRITABLE EMPLATRE

A LA RÉSINE PURE DE THAPSIA

Dû aux savantes recherches du docteur Reboulleau et aux travaux pratiques de M. Le Perdriel, est sparadrapé sur toile de couleur chamois. Chaque décimètre carré est entouré d'une division centésimale noire (propriété de l'auteur) et contient en diagonale les signatures que MM. les docteurs voudront bien exiger s'ils ne veulent pas s'exposer à des mécomptes et même à des accidents.

Ch. Le Perdriel *Reboulleau*

99

Rapport favorable de l'Académie de médecine.

VINAIGRE PENNÈS

ANTISEPTIQUE, HYGIÉNIQUE.

Guérit les affections de la peau. Préserve des maladies épidémiques et contagieuses. Purifie l'air chargé de miasmes. Précieux pour les soins intimes et hygiéniques du corps.

Eviter contrefaçons en exigeant Timbre de l'Etat.

Détail : rue des Écoles, 49, et toutes pharmacies.

Gros : 2, rue de Latran, Paris.

136

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

33

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le* 29 *mars* 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

9

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

65

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

78

Anémie, scrofule, dermatoses, arthritis.

SULFURINE DU Dr LANGLEBERT

Bain sulfureux sans odeur.

Contenant tous les principes actifs des bains sulfureux ordinaires, et pouvant être pris dans toute espèce de baignoires et à domicile.

GROS : 11, rue de la Perle, Paris.

140

HUILE DE FOIE DE MORUE DE HOGG

Extraite à Terre-Neuve des foies de morues fraîchement pêchées.

Sans odeur ni saveur des huiles du commerce.

Se vend en *flacons triangulaires* seulement.

HOGG, rue Castiglione, 2, Paris, et toutes Phies.

9

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

PULLNA (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, Loédres (Cong. mér. univ.) 1881, Trieste 1882, Vienne 1883, Amsterdam 1883.

N° 13. — SAMEDI 31 JANVIER 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 31 JANVIER 1885. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Proust a achevé la communication qu'il avait commencée dans la dernière séance, relativement au choléra. Il a rassemblé, en les recueillant dans les rapports de médecins des épidémies, certains faits où la transmission du choléra d'individu à individu semble établie ou du moins probable. Ces faits auraient paru vulgaires il y a quelques mois : il est aujourd'hui bon de les grouper pour fortifier des convictions qui sont devenues chancelantes.

La discussion sur la dépopulation de la France s'est continuée par un discours de M. Rochard et quelques courtes réflexions de M. Le Fort. Ce dernier nous a paru prendre un peu facilement son parti d'un mal qui menace de tarir la prospérité de notre pays dans ses sources vives. Persuadé que nous n'avons pas, nous autres Français, les facultés colonisatrices que manifestent d'autres peuples, il se demande comment la France pourrait contenir une population qui s'accroîtrait indéfiniment sans se résoudre à émigrer jamais.

Il oublie que ce sont des Français qui ont peuplé le Canada, la Louisiane, l'île Maurice et tant d'autres colonies parmi les plus prospères. Il oublie que si ce mouvement d'expansion féconde s'est arrêté, la faute en est d'abord à nos victoires, puis à nos défaites continentales, qui ont absorbé l'attention publique, plus encore qu'aux malheurs de nos guerres maritimes. Si l'excédent de population devenait réel par rapport aux besoins du sol, de la main-d'œuvre, de l'industrie de notre pays, nous serions d'abord débarrassés de l'immigration étrangère, puis nous verrions le trop plein déborder, portant en s'étalant au loin le nom et l'amour de la France.

Une des remarques de M. Le Fort nous a frappé très vivement : c'est celle qui concerne la très faible natalité dans les provinces rhénanes sous le régime de notre Code civil et de nos lois de succession. Là serait donc la cause principale du malthusianisme pratique dont on constate en ce moment les déplorables conséquences. Mais, et en cela M. Rochard a pleinement raison, ce qui est une fois entré dans les mœurs devient indépendant des lois et subsiste quand on les change.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Un cas de tétanos traumatique.

Depuis longtemps nous n'avions pas eu l'occasion d'observer, dans le service, de cas de tétanos traumatique, lorsqu'on nous a amené ces jours-ci un garçon jeune et vigoureux, atteint de cette complication redoutable des plaies, dans les conditions suivantes :

Quelques jours auparavant, il avait eu, en travaillant, la dernière phalange du doigt indicateur de la main droite écrasée; cependant il avait continué à travailler sans rien présenter de particulier, lorsque le dixième jour qui suivit cet accident, il commença à éprouver une gêne légère dans la mâchoire inférieure. Habitant alors dans les environs, il vint à Paris, consulta un médecin de la ville qui, reconnaissant bien vite la nature du mal, nous l'adressa aussitôt.

C'est ainsi qu'il nous arriva avec un certain degré de trismus. Le cas n'était pas de ceux que l'on classe parmi les faits foudroyants, et le malade présentait cet heureux élément de succès que son état général était très bon. Néanmoins il s'agissait bien d'un tétanos d'origine traumatique.

Cet homme fut placé immédiatement dans la gouttière de Bonnet, de façon à être absolument immobilisé, le corps complètement enveloppé de ouate, afin de le maintenir dans une température constante et à la fois élevée. Puis le chloral à haute dose fut prescrit et administré aussitôt. De plus, nous tenions en réserve les opiacés et la morphine pour le cas où le chloral ne suffirait pas. En même temps le malade devait être convenablement alimenté, et s'il survenait de la constipation, on le purgerait légèrement.

Tel est en quelques mots le traitement auquel nous avons l'habitude de soumettre les sujets atteints de tétanos léger. Voici, du reste, pourquoi : Je condamne les malades au repos, parce qu'il est démontré que tout mouvement, tout frottement, toute irritation externe, sont, par action réflexe, des causes d'aggravation des phénomènes tétaniques. Je fais envelopper les malades de ouate parce qu'il a été aussi prouvé qu'une température à la fois constante et élevée était des plus utiles. On se rappelle toujours le fait de ce soldat blessé, en proie à des accidents tétaniques, qui fut jeté par

une fenêtre, et qui, tombant, heureusement pour lui, dans un tas de fumier où il se trouva pour ainsi dire enterré, à la température que l'on sait, guérit parfaitement. Ainsi quelques médecins ont préconisé le séjour dans une étuve; d'autres, l'usage des bains de vapeur, mais ceux-ci présentent de graves inconvénients, en ce sens que le fait seul d'essuyer les malades sortant du bain est une cause d'irritation de la peau. Enfin l'emploi de la ouate a aussi pour but d'éviter tout refroidissement chez des individus qui par cela seul qu'ils sont tétanisés sont sujets à une transpiration plus ou moins abondante.

Enfin j'ai recours au chloral, parce que ses heureux effets dans le delirium tremens, m'ayant donné l'idée d'en faire l'application au tétanos, j'ai obtenu, de son emploi, des succès véritables. Depuis lors, du reste, l'usage s'en est grandement vulgarisé.

C'est ainsi que pendant la guerre de 1870-1871, où nous avons eu malheureusement l'occasion d'observer de nombreux cas de tétanos traumatique, le traitement que je viens d'indiquer, m'a donné 50 p. 100 de succès véritable.

On a parlé de curare, de morphine, de belladone, etc., mais ces divers agents n'ont donné que par-ci par-là un ou deux succès. Le chloral, au contraire, est un médicament de premier ordre et les insuccès auxquels il a donné lieu, dans certains cas sont dus, soit à ce qu'il a été mal administré, soit à ce qu'il n'a pas été absorbé.

Ici se pose donc la question de savoir comment il faut donner le chloral et pendant combien de temps. Il n'y a pas de dose précise, il faut avant tout que le malade soit plongé, sous son influence, dans un sommeil constant.

D'aucuns ont dit que le chloral était un agent tonique capable de déterminer des accidents gastriques, des ulcérations de la muqueuse stomacale, et par suite ont préconisé son administration sous la forme d'injections intra-veineuses. Pour ma part, je n'y crois pas et je n'ai jamais vu aucun accident résulter de son emploi; aussi je m'élève, sauf dans certaines circonstances sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure, contre ces injections. Je me contente de la voie buccale et si, par hasard, il n'est pas supporté par les malades, je m'adresse à la voie rectale. Car la première indication est de plonger les malades dans une sorte de coma continu, coma qui ne gêne en rien leur alimentatation. Mais il faut bien savoir qu'il ne suffit pas de donner le chloral pendant quelques jours pour juguler le tétanos et en obtenir la guérison, sous peine d'assister bientôt à des rechutes, à des récidives. Il faut, au contraire, en continuer l'usage pendant une moyenne de quinze à dix-huit jours. J'ai vu les accidents tétaniques survenir chez des malades après dix, douze et quinze jours, j'ai failli perdre l'un d'eux au dix-huitième jour, parce que j'avais suspendu l'administration du chloral le quinzième jour.

En résumé : doses suffisantes et prolongation pendant quinze jours *au moins*, sinon plus, et n'en suspendre l'emploi qu'après en avoir diminué progressivement la dose, c'est-à-dire en tombant par exemple de 12 ou 15 grammes à 10, 8 et 7 grammes.

Il faut aussi savoir que chez quelques malades le chloral n'est pas absorbé; le fait est facile à juger, d'abord d'après la persistance des accidents, ensuite et surtout par l'examen des urines. S'il est absorbé, en effet, il passe dans la miction et vous l'y retrouverez en nature. Dans le cas où vous constatez que par la voie buccale il n'a pas été absorbé, adressez-vous à la voie rectale, et si, de ce côté encore, vous ne constatez aucune absorption, c'est alors que vous pourrez recourir aux injections intra-veineuses. J'ai rejeté ces injections en raison du danger qu'elles offrent, le chloral pouvant déterminer avec la plus grande facilité des thromboses et des embolies terribles. De plus, il n'est réellement pas possible de faire au même malade quatre fois par jour, pendant dix-huit jours, de pareilles injections.

Notre malade est actuellement dans un état satisfaisant : il prend de 9 à 10 grammes de chloral par jour, et depuis son arrivée ici sa bouche commence à mieux s'ouvrir; nous avons déjà obtenu un écart de 12 à 13 millimètres : aussi ne devons-nous pas nous relâcher pour cela du traitement, mais bien en continuer l'application dans toute sa rigueur.

Si, comme je l'espère, cet homme guérit, on dira peut-être que le cas était léger, que le tétanos était survenu tardivement, au dixième jour de sa blessure, et que, par suite, nous avions d'autant plus de chances de guérison. C'est là une erreur profonde. Le tétanos tardif, de même que le tétanos à marche lente, peut très bien affecter tout à coup une haute gravité et emporter le malade. Ce qui fait sa gravité, c'est la localisation, les muscles jouant un rôle inégal dans la vie selon la région qu'ils occupent.

On peut être tétanisé de tout le corps sans danger tant que les muscles du larynx, du pharynx, des poumons ou du cœur ne sont pas envahis ; que ceux-ci, au contraire, soient seuls pris et la mort peut survenir avec la plus grande rapidité, par suffocation, par dysphagie, par spasme glottique. Lorsque surviennent de pareils phénomènes deux moyens sont encore à notre disposition : 1° les courants continus auxquels j'ai dû de sauver des malades sur le point de succomber; 2° la trachéotomie qui m'a donné aussi, en pareil cas, des guérisons remarquables. La dysphagie est aussi un accident des plus redoutables, car alors ni médicaments ni aliments ne sont possibles et vous assistez à des spasmes pareils à ceux de l'hydrophobie. J'ai essayé en semblable occurrence la sonde œsophagienne, mais elle ne passe pas davantage. Aussi, si je me trouvais de nouveau en face d'un état dysphagique aussi accentué, je n'hésiterais certainement pas à pratiquer la gastrotomie pour alimenter et médicamenter le malade, tout étant, pour ainsi dire, permis dans des cas pareils.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Maladie de Basedow (goitre exophtalmique); formes frustes; nouveau signe physique; traitement par l'électricité.

I

Je veux vous parler aujourd'hui de la maladie de Basedow, appelée aussi maladie de Parry, de Graves, goitre exophtalmique. L'honneur de lui donner son nom doit revenir à Basedow, l'auteur allemand, qui l'a décrite en 1840.

En France, si je ne me trompe, la première observation de cette singulière maladie fut publiée par moi en 1856.

Conformément à ma méthode habituelle, je décrirai d'abord la forme type. On sait qu'elle est constituée par une triade de symptômes des plus faciles à reconnaître et dont la présence simultanée est caractéristique : protrusion des globes oculaires, tumeur thyroïdienne, tachycardie. A ces trois symptômes fondamentaux il convient d'ajouter le tremblement, phénomène d'une très grande valeur clinique.

En outre, on peut observer un certain nombre de phénomènes secondaires qui peuvent intéresser presque tous les appareils. Voici réunis en un tableau tous ces symptômes (inutile de faire remarquer qu'ils sont classés d'une façon purement arbitraire et dans le seul but d'aider la mémoire) :

Symptômes de la série de Basedow.

1er ordre : cardinaux.		Tachycardie, asystolie. Goitre. Exophtalmie. Tremblement.
2e ordre : secondaires.	Digestion. .	Vomissements, diarrhée spéciale. Boulimie, fringale. Ictère.
	Respiration.	Toux. Respiration fréquente. Symptômes d'angine de poitrine, névralgies. Paralysies, sign. de De Graefe. Convulsions, crises épileptiformes. Modific. de l'état psychique. Émotivité.
	Peau	Vitiligo, urticaire. Sueurs, sensation de chaleur. Diminution de la résistance électrique.
	Sécrétion urinaire. . .	Polyurie, albuminurie. Glycosurie.
	Fonction génitale. . .	Suppression des règles. Impuissance.

Disons d'abord quelques mots des particularités que peuvent présenter les symptômes cardinaux. L'exophtalmie peut être portée très loin. Elle ne s'accompagne en général d'aucun trouble fonctionnel. Les cornées ont un éclat humide spécial. A l'exophtalmie doit être rapporté le signe de De Graefe. Il consiste en ce que la paupière supérieure n'accompagne pas jusqu'au bout le mouvement du globe de l'œil lorsque le regard est dirigé de haut en bas. Ce signe est loin d'être constant.

La tumeur thyroïdienne est plus ou moins volumineuse et pulsatile. En palpant la région, on sent les fortes pulsations des artères carotides et thyroïdiennes.

La tachycardie est, ainsi que nous le verrons, le phénomène essentiel. Les battements sont ordinairement au nombre de 130 par minute et plus. On ne constate d'ailleurs, en général, aucun signe de lésion organique du cœur. La peau est colorée, la transpiration facile et abondante ; mais, fait capital, avec toutes ces apparences d'un état fébrile, il n'y a pas, dans la règle du moins, la moindre élévation de température.

Le quatrième symptôme principal, le tremblement, n'avait jusque dans ces derniers temps été noté que d'une façon incidente. Je l'avais cependant, depuis trois ans, fréquemment signalé a mes auditeurs. M. le docteur P. Marie, actuellement mon chef de clinique, a montré que c'est là un phénomène à peu près constant dans la maladie de Basedow ; de plus, il en a fait l'objet d'une étude approfondie, à l'aide notamment de la méthode graphique (1). Ce tremblement diffère de tous ceux que l'on peut observer en neuropathologie. Ainsi il est plus rapide que le tremblement sénile et que celui de la paralysie agitante (huit ou neuf secousses par seconde). Les doigts ne tremblent pas par eux-mêmes. D'autre part, il est général ; il met en jeu tous les grands muscles du tronc et des membres ; mais il ne paraît pas qu'il occupe jamais les muscles de la tête ou des extrémités. On n'observe dans ces parties que des mouvements de totalité qui leur sont imprimés par le reste du corps.

Passons maintenant aux symptômes secondaires. Quelques-uns d'entre eux, pas tous, ont aussi une physionomie particulière. La diarrhée, par exemple, n'est jamais ou presque jamais accompagnée de coliques. Elle se montre par intervalles, sous forme de crises. C'est un flux séreux qui dure de quelques heures à deux ou trois jours et disparaît spontanément pour revenir à des intervalles plus ou moins réguliers.

J'appelle encore votre attention sur la fausse angine de poitrine et sur la toux sans expectoration, deux phénomènes particulièrement étudiés par M. Marie.

Voici un autre signe qui mérite probablement de faire partie du groupe principal. Il est particulièrement intéressant en ce sens qu'il s'agit d'un caractère objectif et mesurable. C'est la diminution de la résistance électrique, fait constaté il y a quelques années par le docteur Romain Vigouroux et que je vous ai déjà signalé dans une leçon de 1882. Si vous appliquez sur un sujet sain les électrodes d'une pile de dix éléments, en les plaçant par exemple l'une sur le sternum et l'autre sur le dos, vous constatez au galvanomètre une déviation de trente divisions, je suppose. En répétant l'expérience, avec la même pile, sur un sujet atteint de maladie de Basedow, on constaterait une déviation beaucoup plus considérable, 90 ou 100 divisions. Le courant est donc plus fort dans le second cas : d'où nous concluons que la résistance du corps est plus faible. Cette particularité n'a manqué chez aucun des malades examinés par M. Vigouroux. En dehors de la maladie de Basedow, il a rencontré cette diminution de la résistance électrique dans diverses affections du cœur, notamment l'asystolie. Je me borne à vous indiquer la partie essentielle du fait. En réalité, il est assez compliqué ; mais je laisse à M. Vigouroux le soin d'en développer le détail technique dans les leçons qu'il vous fera sur l'électrothérapie. J'ajoute seulement que les ressources de l'électricité nous permettent, après avoir constaté cette diminution de résistance, d'en établir la valeur exacte et de l'exprimer au moyen des unités adoptées par les électriciens. Nous avons ici un nouveau signe susceptible d'une grande précision et nous allons voir que son importance peut être très grande, dans les formes frustes, pour certains cas douteux.

Avant d'aller plus loin, je vais vous présenter deux malades offrant le type complet de la maladie.

La première est une jeune fille de vingt-sept ans, employée de commerce. Elle est de constitution assez faible. Nous ne trouvons rien de notable au point de vue de l'hérédité. Pendant son enfance, elle n'a eu ni convulsions ni exanthèmes fébriles. La menstruation s'est établie à l'âge de dix-sept ans. Elle a été précédée pendant trois ans par des épistaxis revenant presque régulièrement une ou deux fois par mois. Vers la fin de 1879, les règles commencent à se déranger, et apparaissent des douleurs névralgiques à la tête, puis quelque temps après à l'épigastre. En novembre 1881, palpitations qui augmentent lentement, au point de gêner la respiration. Le tremblement aurait commencé à la

(1) *Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow*, par le docteur Pierre Marie. — Paris, 1883.

même époque, par les membres supérieurs. La malade ne pouvait plus faire certains ouvrages délicats.

En juillet 1882, elle s'alite pendant une douzaine de jours, pour une affection caractérisée par de la courbature et de la fièvre. Pendant la convalescence, le goitre et l'exophtalmie attirent l'attention de la malade et de sa famille.

Dans les premiers jours d'octobre 1882, l'amaigrissement se prononce ; bientôt après la marche commence à devenir difficile, et un an après, en janvier 1884, la paralysie était complète.

A la date de l'entrée de la malade dans notre service (22 juillet 1884), cette paraplégie persistait ; il y avait une émaciation considérable des membres inférieurs ; toutefois sans anomalie de réaction électrique, sans troubles de la sensibilité ni du côté de la vessie.

Actuellement, comme vous le voyez, la malade peut marcher assez facilement, ce qui doit être attribué au traitement dont j'aurai à vous parler ; l'exophtalmie, qui était très prononcée, a aussi un peu diminué ; la tumeur thyroïdienne est stationnaire ; le tremblement est encore très marqué ; le pouls a 130 ; la résistance électrique, très faible, était, au début du traitement, de 1080 unités (ohms).

En somme, nous sommes bien en présence d'un cas type. Mais, outre les signes cardinaux que je viens d'énumérer, la malade a présenté quelques-uns des phénomènes secondaires ; ainsi, en mars 1883, nous voyons dans son observation qu'elle a été tourmentée par des quintes de toux. Depuis qu'elle est ici, elle a eu des crises de diarrhée ; enfin les règles, après avoir été pendant longtemps rares et douloureuses, sont supprimées depuis quatorze mois.

Comme étiologie, on peut sans doute attribuer de l'importance à des excès de fatigue et à des chagrins de famille ayant précédé de près le développement de la maladie.

Notre seconde malade est une femme de quarante-trois ans, mariée et mère de famille. Son père est mort d'une affection vésicale ; sa mère a été opérée pour un glaucome double ; une de ses filles a eu des convulsions, une autre (elle a eu cinq enfants) est morte de méningite à cinq ans.

La maladie actuelle date de dix-huit mois. Le début a été brusque. Après s'être fatiguée à frotter un parquet, elle fut prise de palpitations, douleur dans les jambes et diarrhée. Ces accidents, le dernier surtout, l'obligèrent à garder le lit pendant deux mois. Après ce temps se montrèrent presque simultanément la saillie des globes oculaires (en commençant par le droit), le gonflement thyroïdien et le tremblement. Plus tard, elle eut des vomissements, des sueurs profuses, une sensation habituelle de chaleur incommode. Elle dort peu, en rêvant beaucoup ; elle reconnaît que son caractère est devenu irritable. Pouls, 140 ; respiration, 24. Bruits du cœur normaux. Résistance électrique : 900 unités.

Je vous ferai remarquer que la tumeur thyroïdienne a presque complètement disparu sous l'influence du traitement ; les autres symptômes se sont aussi amendés, de même que chez l'autre malade. En effet, malgré la gravité des apparences, le pronostic est beaucoup plus favorable qu'on ne le croyait autrefois. La maladie de Basedow est une de celles qui ne nous trouvent pas désarmés. Je vous dirai en terminant le mode de traitement suivi par nos malades. La guérison complète n'est, en général, qu'une affaire de temps ; tout au plus peut-il rester, si le goitre est de date ancienne, un léger degré de tuméfaction dû à la persistance d'un tissu conjonctif de nouvelle formation.

THÉRAPEUTIQUE

Médication béchique.

Par M. le Dr Lefranc.

La médication béchique est celle qui s'occupe spécialement du symptôme toux (βήξ, toux), non pas dans la pleurésie et dans la pneumonie, dont les indications sont essentiellement organiques, mais plus spécialement dans cette bronchite simple des grosses bronches ou de la trachée, qui constitue le rhume vulgaire.

Cette dernière affection, pour être commune et banale même, n'est pas toujours connue des médecins ; elle est trop souvent reléguée dans le domaine de la médecine fantaisiste, ou abandonnée à la direction des pharmaciens, ce qui est un tort à tous égards ; car certains rhumes négligés peuvent aboutir à la phtisie pulmonaire.

Examinons donc brièvement ce qu'est le rhume et quelles sont ses indications.

On peut diviser en trois catégories distinctes les localisations du rhume de poitrine ordinaire : ou bien il affecte l'isthme pharyngo-sus-épiglottique ; ou bien il se fixe à la trachée ; ou bien enfin il occupe la racine des grosses bronches et la partie supérieure de celles-ci.

Ces différentes localisations inflammatoires sur la muqueuse aérienne supérieure dépendent à la fois des influences météorologiques, de la direction des courants refroidis sur les parties internes et des aptitudes individuelles.

Lorsque ces causes réfrigérantes agissent simultanément sur la gorge, la trachée et les bronches, ces régions sont successivement atteintes dans un très court délai ; c'est ce qui a lieu fréquemment par les journées froides et brumeuses du commencement de l'hiver et du printemps, le rhume devient alors la grippe, une pseudo-bronchite épidémique, qui s'accompagne parfois d'un appareil dépressif prononcé.

Quoi qu'il en soit, lorsque la toux est gutturale, c'est-à-dire caractérisée par ce hem incessant et sec, douloureux au début, une médication topique est de rigueur et vraiment très efficace ; la toux gutturale est le triomphe des pâtes pectorales ; parmi celles-ci, nous citerons la *pâte pectorale de Pierre Lamouroux*, comme une des plus agréables, des plus actives et des plus renommées. On comprend du reste l'action adoucissante et décongestive de ce médicament, qui offre en outre au patient l'attrait d'un délicieux bonbon, par un contact sans cesse renouvelé avec la muqueuse de l'arrière-gorge.

La toux trachéale est remarquable par son timbre rude, sonore et corné ; elle développe, ainsi que la toux bronchique proprement dite, une douleur présternale plus ou moins vive.

Dans ces deux derniers cas, les révulsifs locaux externes tels que badigeonnage iodé, papier chimique, sinapismes, emplâtres de Bourgogne ou à l'extrait de piment, produisent de très bons résultats ; mais un agent interne est en outre nécessaire pour agir par voie absorbante et réflexe sur les manifestations de la toux ; car l'exagération de ce symptôme laisse à sa suite une fatigue douloureuse des muscles expirateurs, empêche le sommeil, accroît la congestion des organes thoraciques, fait naître celle du cerveau et détermine la céphalalgie.

Parmi les médicaments béchiques, on préconise particulièrement, mais sans indication précise qui permette de préférer l'un à l'autre, l'opium, la belladone, l'alcoolature de racine d'aconit, l'eau distillée de laurier-cerise ; aussi associe-t-on le plus souvent une ou plusieurs de ces substances dans une même formule.

Ici les tisanes des plantes émollientes, telles que la guimauve, la violette, sont indispensables par la diaphorèse qu'elles provoquent et par la sédation qui lui succède ; mais il est notoire que

celle-ci est bien plus rapidement obtenue, lorsque la tisane mucilagineuse est édulcorée avec un sirop spécial, d'une vieille réputation, et que nous ne saurions trop recommander à nos lecteurs : nous voulons parler du *sirop pectoral de Pierre Lamouroux*, dont la portée, dépassant celle des rhumes ordinaires, s'est étendue jusqu'aux affections chroniques de la poitrine.

Le *sirop de Lamouroux* est en effet le béchique par excellence, soit comme édulcorant d'une tisane, à laquelle il communique sa saveur agréable et aromatique, soit pris à la dose de quatre à six grandes cuillerées dans les vingt-quatre heures; dans l'incertitude du formulaire actuel de la bronchite simple, le *sirop de Lamouroux*, qui a pour lui la sanction d'une longue expérience, doit être préféré à tous ses congénères spéciaux ou magistraux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 janvier 1885. — Présidence de M. BERGERON.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Desnos et Dumontpallier pour la place vacante dans la section de matière médicale et thérapeutique;

2° Un pli cacheté présenté par M. le docteur Sandras sur la *sonorité des cordes vocales*. (Accepté.)

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant étranger.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Krassowski (de Saint-Pétersbourg);

En deuxième, M. Sayre (de New-York);

En troisième, M. Panum (de Copenhague).

Le nombre des votants étant de 58, majorité 30,

M. Krassowski obtient.	33 suffrages.
M. Panum	21 —
M. Sayre.	3 —
Bulletin blanc	1 —

En conséquence, M. Krassowski, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé correspondant étranger de l'Académie.

COMMUNICATION

Sur l'épidémie cholérique de 1884. — **M. PROUST** cite de longs extraits de plusieurs rapports :

1° MM. les docteurs Villard et Queirel, professeurs à l'École de Marseille, traitant de la marche du choléra dans la ville de Gap, dans la vallée de l'Oude ; à Montmorin, dans la vallée de la Meauge, et à Éourre, concluent en ces termes :

« Le choléra a été importé dans les Hautes-Alpes à la fin de juillet par les émigrés du Var et des Bouches-du-Rhône ;

A Gap, par un grand nombre de Marseillais qui y ont passé ou qui s'y sont fixés;

Dans les communes qui s'échelonnent des deux côtés de la voie ferrée de Gap-Briançon, par une foule d'ouvriers italiens regagnant la frontière;

Au hameau de la Couche, particulièrement par une malle renfermant le linge d'un cholérique toulonnais;

A la Péguière, par des linges venant de Marseille.

Là, il s'est formé un foyer et le fléau a gagné la vallée de l'Oude.

La propagation de la maladie a été en raison inverse de la salubrité du pays et des causes de désinfection et d'isolement. »

2° M. Dionis des Carrières, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Auxerre, dit à propos de l'épidémie de Noyers (Yonne) : « Elle se rattache à celle de Puits-de-Bon; elle a été importée à Noyers par le sieur C..., le 18 août. »

3° M. le docteur Gay, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arles, ayant étudié les cas de choléra qui se sont produits à Salin-de-Giraud, dit en résumé : « Si l'origine des premiers cas est inconnue, les autres offrent une corrélation évidente. Le deuxième est celui d'une femme qui a lavé le linge de la première cholérique, puis le mari de celle-ci, qui l'a soignée, est atteint, et enfin la femme B..., qui a lavé le linge au même endroit, est frappée et communique la maladie à son enfant au sein; ensuite le foyer s'éteint. »

4° En Corse, le docteur Saliceti rend compte d'une série de cas qui se sont produits à la Porta, et qui, à partir du premier, dont l'origine est inconnue, peuvent se relier les uns aux autres.

5° M. le médecin des épidémies de Noyon donne l'historique de six cas de choléra, dont trois graves, qui se sont produits à Arpavon, autour d'une grange où s'étaient réfugiées cinq personnes fuyant le choléra et venant d'Omergues. Il ajoute : « Le foyer d'infection est bien évidemment la grange, puisque le choléra ne s'est déclaré que chez les personnes de la maison et chez celles qui sont venues aux alentours.

« Mais j'ai acquis la certitude que c'est par les déjections des émigrants d'Omergues que le contage s'est produit. En effet, l'un d'eux était atteint de diarrhée légère. Il déposait ses selles dans les champs, autour de la grange et surtout le long d'un ruisseau qui passe à proximité de cette habitation et qui sert à l'arrosage et à l'alimentation pour les propriétaires d'Arpavon. »

6° A propos de l'épidémie du Vernet, M. le docteur Massenat conclut en disant « que le choléra a été importé dans la commune par les voyageurs venus des pays infectés comme Toulon, Marseille, Perpignan; que ce germe a pu se développer dans un milieu qui lui est propice, milieu représenté par le quartier infecté situé à l'entrée du Vernet, — qu'il est urgent d'assainir cette partie du village pour empêcher le retour de pareilles calamités ».

7° M. le docteur Chartier, médecin en chef des épidémies à Nantes, pense que le choléra a pu être transmis au premier malade de Nantes par des soldats libérés arrivés du midi de la France et de l'Algérie, et qu'il s'est ensuite transmis de proche en proche. Il s'y est implanté dans des rues sombres et étroites, au milieu d'une population pauvre, sale et intempérante.

8° Le médecin des épidémies de Sedan raconte deux faits qui se sont produits dans le village de Pourru-Saint-Rémy : sur un jeune soldat revenant de Tlemcen par Marseille (où il avait séjourné trois jours) et sur sa mère, qui l'avait soigné;

9° M. Bottard, interne de l'hôpital du Havre, a adressé, au sujet de l'épidémie d'Yport, un rapport terminé par une série de propositions dont voici les plus importantes :

« Le choléra de 1884 a été importé à Yport. Les effets paraissent être devenus agents d'infection après leur imbibition par l'eau. Il n'y a pas eu de constitution médicale diarrhéique à Yport avant le premier cas de choléra.

La diarrhée prémonitoire a, dans presque tous les cas, précédé le choléra confirmé.

La maladie dite *choléra infantile* n'a pas fait plus de victimes en 1884 qu'en 1883.

L'allaitement de l'enfant par une mère atteinte de choléra, même grave, n'a eu aucun effet fâcheux sur la santé de l'enfant.

Aucun enfant à la mamelle n'a eu le choléra.

Les personnes atteintes de diarrhée prodromique qui se sont mouillées et refroidies ont éprouvé aussitôt après les symptômes graves du choléra.

Les mesures de désinfection paraissent avoir été la cause de l'extinction du choléra à Yport et du non-envahissement des régions voisines. »

— « Sans vouloir, à propos de ces rapports, entrer dans une discussion, ajoute M. Proust, il me semble qu'on peut tirer des extraits que je viens de faire connaître à l'Académie les quatre conclusions suivantes :

1° Le choléra a été importé dans les villes et villages des départements cités;

2° L'eau a joué un rôle important dans la transmission;

3° L'intensité de l'épidémie a été en raison directe des conditions d'insalubrité du pays ;

4° Enfin on peut attribuer en partie à l'emploi des mesures hygiéniques et des procédés de désinfection la cessation de l'épidémie dans les pays envahis.

M. JULES GUÉRIN. La communication de M. Proust a pour base des théories qui sont des erreurs graves. Il n'est pas vrai que l'apparition du choléra dans une localité soit le résultat d'une importation due à l'arrivée soit d'un homme, soit d'un sujet contaminé. S'il en était ainsi, on ne verrait pas si souvent cette arrivée n'être suivie d'aucun effet fâcheux pour les populations. Or c'est un fait incontestable que, malgré un nombre considérable d'individus venant d'un lieu où le choléra sévissait, certaines villes sont restées indemnes.

D'ailleurs, et cette seconde observation démontre également bien l'erreur de M. Proust, le choléra n'éclate pas dans une ville, à l'état d'épidémie grave, sans y avoir été précédé d'une constitution épidémique qui l'annonce et qui la prépare. Ce n'est point un événement subit, survenant d'emblée, comme la venue d'un cholérique qui pourrait importer des germes, c'est une éclosion lente et progressive.

M. HARDY. Comment le choléra s'est-il introduit à Paris ?

M. PROUST. On ne le sait pas. Quant à Toulon, il n'y a pas été précédé, pas plus du reste qu'à Paris, d'une constitution épidémique particulière.

M. JULES GUÉRIN. J'écrirai un jour l'histoire véritable de l'épidémie de Paris. Relativement à Toulon, je n'ai qu'à rappeler la lettre de M. le docteur Cunéo, et les faits relevés sur ma demande d'après les registres de l'hôpital Saint-Mandrier.

La discussion prenant un caractère un peu personnel, **M. LE PRÉSIDENT** déclare l'incident clos.

DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

M. JULES ROCHARD. L'accroissement de la population française se ralentit d'une façon menaçante, cela n'est malheureusement que trop vrai, et ce ralentissement est assez rapide pour constituer un véritable péril social.

Au commencement du siècle, la population augmentait dans notre pays de 6,02 p. 1 000 par an; en 1879, de 3,34; aujourd'hui, de 2,42 seulement. Et ce ne serait que de 1,65 si l'on ne tenait compte que des naissances, en déduisant les chiffres relatifs à l'immigration. Pendant ce temps, l'Angleterre s'accroît de 13 p. 1000, l'Allemagne de 10 p. 1000. La France, qui représentait le tiers de l'Europe, n'en représente plus que le dixième. Si cela continue, dans cinquante ans, elle n'en représentera que le quinzième et sera au septième rang, parmi les petits États qui ne comptent plus.

Cela ne tient pas à une augmentation de la mortalité (qui diminue plutôt), mais au petit nombre des naissances. Nulle part les unions ne sont moins fécondes.

On a beaucoup discuté les causes de cette diminution de la natalité.

On a dit que les mariages étaient trop coûteux, exigeaient trop de formalités. Mais on se marie aujourd'hui beaucoup plus qu'au commencement du siècle, et il naît moins d'enfants. En 1801, on ne comptait que 75 mariages par an sur 10000 habitants; aujourd'hui on en compte 80.

On a, avec plus de raison, accusé les lois relatives au partage des biens. Il est très vrai que, dans la classe moyenne, la propriété étant très divisée, chacun cherche à ne pas partager le peu qu'il peut avoir entre beaucoup d'enfants. Mais on ne peut songer aujourd'hui à rétablir le droit d'aînesse. Peut-être serait-il bon d'accroître le droit de tester du père de famille.

Si le paysan craint de partager son petit domaine, l'ouvrier, lui, craint d'augmenter sa peine en accroissant le nombre de ses enfants, et le résultat est le même.

Chez les gens du monde, c'est autre chose; les grossesses fréquentes sont mal vues, elles déforment la femme et elles interrompent les relations sociales.

A la diminution de natalité causée par la *contrainte morale*, il faut, chez ces derniers, ajouter la stérilité qui tient à toutes sortes de conditions vicieuses dans l'éducation des jeunes filles.

La population diminue donc dans toutes les classes de la société, et cela surtout dans les provinces riches. Or ce n'est pas au moment où toute l'Europe est en armes, où elle maintient sous les drapeaux plus de trois millions de soldats, où elle dépense chaque année plus de trois milliards pour de formidables armements que cela peut être sans danger. Si nous ne voulons pas disparaître au milieu des conflits qui se préparent, il faut que nous soyons prêts, à l'heure du péril, à jeter un million d'hommes sur la frontière et pour cela il ne faut pas laisser se tarir le sang français.

D'ailleurs la richesse d'un pays est en danger quand sa population diminue. D'abord l'agriculture périclite; puis, la main-d'œuvre devenant plus rare, se renchérissant, l'ouvrier abusant du principe de l'offre et de la demande pour faire des grèves qui obligent le patron à dépenser plus pour recevoir moins en fait de travail, le renchérissement général des prix a pour résultat l'écrasement du commerce national sous la concurrence étrangère.

Il est plus facile de constater le mal que d'en indiquer le remède.

Les réformes législatives, à moins d'instituer des dispositions absolument tyranniques, ne seront jamais que des palliatifs. Le mal est trop profond pour qu'elles l'atteignent; il est dans les mœurs et c'est elles qu'il faudrait réformer. C'est aux médecins qui ont accès dans toutes les familles, c'est aux économistes, aux savants, à tous ceux qui ont une influence sur l'esprit public, à lutter par leurs paroles et par leurs écrits contre une coutume qui mène notre pays à sa perte. Il faut démontrer aux gens mariés qu'ils font fausse route et qu'à fortune égale, il y a bien plus de chances de bonheur dans les familles nombreuses que dans celles où tout repose sur la tête d'un seul héritier.

M. LÉON LE FORT raconte comment, en 1867, le premier, il découvrit et proclama le fait de la diminution relative de la population française. En Allemagne, la natalité est beaucoup plus grande, sauf dans les provinces rhénanes qui ont conservé le Code civil et notre mode de partage des successions.

Il ne croit pas d'ailleurs à l'efficacité de l'espèce de prédication préconisée par M. Rochard. Si un médecin disait à ses malades : « Faites des enfants »; ceux-ci lui répondraient : « Commencez par en faire vous-même. »

Maintenant, cette décroissance de la natalité une fois constatée, faut-il y voir un si grand malheur que semblent le faire M. Lagneau et M. Rochard ? M. Le Fort ne le croit pas. Cette question offre un double aspect. Toutes les nations qui, comme l'Angleterre, comme l'Allemagne, s'accroissent vite, ont des courants d'émigration considérables. Évidemment l'émigration est un élément de prospérité. Les peuples qui fondent des colonies voient s'élargir leur cercle d'influence. Mais les Français ne sont colonisateurs à aucun degré; ils n'émigrent pas. S'ils se multipliaient trop vite, ce serait pour rester sur place; et il résulterait bientôt de cette natalité trop grande une sorte d'encombrement qui aurait ses inconvénients. On ne parviendra pas à changer ce qui est le caractère national. Les Français, étant sédentaires, ne peuvent pas se multiplier outre mesure.

La suite de la discussion est remise à la séance prochaine.

L'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

29. M. Labry. De la cocaïne et de ses applications en ophtalmologie. — 30. M. Richardière. Étude sur les scléroses encéphaliques primitives de l'enfance. — 31. M. Cotteville. Anasarque sans albumine. — 32. M. Caulier. Glossite profonde aiguë. — 33. M. Rogier. Hyperostoses généralisées. — 34. M. Ourset. Contribution à l'étude des affections oculaires dans les troubles de la menstruation. — 35. M. Boulanger. Contribution à l'étude de la fièvre zoster. —

36. M. Maréchal. Des troubles nerveux dans l'intoxication mercurielle lente. — 37. M. Dargaud. De l'hémiplégie faciale dans la période secondaire de la syphilis. — 38. M. Piliotis. Névrite périphérique du cubital consécutive à la fièvre typhoïde. — 39. M. Laisney. De l'avancement capsulaire. — 40. M. Gouzer. De la suppuration des bourses séreuses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 17 janvier 1885, ont été nommés médecins des bureaux de bienfaisance de Paris : MM. les docteurs Vigouroux, pour le IV[e] arrondissement, et Perrachon, pour le XVIII[e] arrondissement.

— Les dernières élections sénatoriales viennent d'envoyer au Sénat six de nos confrères. Ce sont : MM. Goujon et Robin, dans l'Ain ; Cornil, dans l'Allier ; Combes, dans la Charente-Inférieure ; Garrigat, dans l'Orne, et Georges Martin, dans la Seine.

— Le comité d'organisation du neuvième Congrès international de médecine, qui doit se tenir à Washington, en 1887, a nommé vice-président : M. le docteur Austin Flint, sn. (de New-York) ; vice-présidents : MM. les docteurs Alfred Stillé (de Philadelphie) ; H.-P. Bowditch (de Boston), et R.-P. Flowards (de Montréal) ; secrétaire général : M. le docteur J.-S. Billings, chirurgien de l'armée des États-Unis ; trésorier : M. le docteur J.-W. Browne, chirurgien de la marine des États-Unis.

— Une petite épidémie de typhus règne en ce moment à Tribert et à Fürthwangen, dans le grand-duché de Bade. Dans la première de ces localités, le nombre des malades est actuellement de 45, et celui des guérisons de 10 ; il y a eu 1 décès. Dans la seconde, 6 malades sont encore en traitement, 2 sont guéris, et l'on compte aussi 1 décès.

— Le conseil provincial et le conseil communal de Turin, ont décidé de créer de nouvelles Facultés dans cette ville, afin de faire de l'Université subalpine l'une des plus importantes Universités de l'Italie, voire même de l'étranger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave. **Des maladies spécifiques (non tuberculeuses) du poumon ; bronchites aiguës, pneumonies parasitaires, gangrène, syphilis, cancer et vers hydatiques du poumon**, par le professeur G. Sée. 1 vol. in-8° avec 2 planches en chromolithographie. — Prix : 10 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Peut-on diagnostiquer la mort par submersion, par le docteur Bougier. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Contribution à l'étude des manifestations pulmonaires chez les rhumatisants et les arthritiques, par le docteur Lebreton. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17351.

N° 14. — MARDI 3 FÉVRIER 1885. 58e ANNÉE. MARDI 3 FÉVRIER 1885. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Le médecin peut-il recevoir d'un mourant un pli cacheté ou des objets destinés à une personne tierce?

Par M. le docteur LEGRAND DU SAULLE.

Le médecin ne doit pas s'immiscer dans les affaires privées de ses malades. Son rôle est nettement défini. Il ne faut pas qu'il en sorte. S'il devient l'ami d'une famille, il ne peut plus être son médecin. L'ami, confident tout naturel des faiblesses, des fautes, des perplexités, des infirmités, des secrets, des projets en suspens, des espérances caressées, des intentions les moins soupçonnées, des réparations imprévues, des légitimations possibles et même des volontés formelles d'outre-tombe, traversera bien difficilement toutes les étapes d'une longue intimité, sans qu'il ait été prié un jour ou l'autre d'intervenir comme médecin, de rendre un service étranger à son art ou de figurer, à un titre quelconque, dans les événements les plus graves, les plus délicats ou les plus compromettants de la vie de son client. Ce jour-là, le dévouement affectueux suscite une capitulation de la conscience et prime le devoir. L'ami l'emporte sur le médecin : le service est rendu, mais le médecin n'aura-t-il pas méconnu un instant les réserves obligées que sa profession lui impose?

Plusieurs faits ayant entre eux une certaine analogie vont être résumés ici, et nous conduiront à répondre négativement au point d'interrogation placé en tête de cette note.

1° Un fonctionnaire public, âgé de cinquante ans, célibataire, ayant toujours eu peur du choléra, se mit au lit le 1er octobre 1865, glacé d'épouvante et se sentant mortellement atteint par le fléau. Il donna aussitôt à sa vieille domestique une somme d'argent, en lui transmettant ses dernières instructions, puis il pria son médecin de vouloir bien remettre à une personne, qu'il lui désigna, différents bijoux et un portefeuille contenant des lettres, des billets de banque et des valeurs assez importantes. Le médecin fut intimidé, et, n'ayant en vue qu'une bonne action à accomplir, il promit de rendre le service qui lui était demandé. Le cholérique mourut le lendemain, et quelques jours après notre confrère remplissait fidèlement la mission de confiance que lui avait léguée un mourant.

Assez peu familiarisé avec le Code, notre honorable collègue nous demanda un avis, soumit à notre contrôle la conduite qu'il avait tenue, et nous pria de vouloir bien lui dire s'il était resté *dans les termes de la plus stricte légalité*. Je lui répondis aussitôt : « Vous n'aviez pas mission. Vous n'avez pas remis les objets en temps utile. Le mandat finit par la mort du mandant. La libéralité est nulle (1) ».

2° Un officier de santé et sa femme firent visite un jour à une vieille amie, qui venait d'être très malade. « Je veux profiter de votre présence ici, dit la convalescente, pour vous charger d'une commission très délicate. Je peux mourir demain, et je veux mettre en règle mes affaires. Vous savez combien mon fils m'a causé de chagrins ; je ne peux ni ne veux le déshériter, quoiqu'il ne m'ait pas seulement écrit depuis trois ans ! Je désire seulement que, *lorsque je ne serai plus*, vous remettiez ce paquet à ma petite nièce, Louise C..., qui a maintenant seize ou dix-sept ans, et qui demeure à la ferme de ***, près de ***. Cette pauvre enfant ne m'a jamais causé que de la satisfaction, et je tiens à lui laisser un souvenir, sans que mon malheureux fils le sache. Acceptez-vous tous deux mon dépôt et me jurez-vous de remplir mes instructions après ma mort ? » — L'officier de santé et sa femme s'engagèrent à exécuter fidèlement et discrètement les intentions de leur amie, et reçurent un gros pli cacheté, portant les prénoms, le nom et l'adresse de la destinataire.

Ce fait se passa en 1869. La vieille dame tomba en démence, et l'officier de santé mourut. En 1875, quarante-huit heures après le décès de la disposante, la veuve du médecin remit le dépôt en mains propres. Le pli cacheté renfermait huit mille francs et plusieurs lettres.

Dans ce cas, l'illégalité est tellement flagrante que je ne peux même pas citer le nom et la résidence du notaire qui m'a rapporté et certifié les circonstances insolites que je viens de faire connaître. J'engageai vivement cet officier ministériel à consulter le procureur de la République de son arrondissement et à lui demander des instructions spéciales.

(1) Legrand du Saulle, *Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale.* — Paris, 1874, p. 89.

3° Au mois de novembre 1882, un honorable confrère s'est trouvé mêlé à une aventure un peu romanesque. Il a été, selon toute apparence, un messager de paix et de pardon *in extremis;* puis, sous une forme déguisée, il a reçu une rémunération insolite. En réfléchissant à la situation qui lui a été faite, le médecin s'est inquiété, a été pris d'un scrupule et désirerait savoir s'il a bien ou mal agi.

Et d'abord quels sont les faits? Le 3 novembre 1882, une dame H..., âgée de vingt-neuf ans, veuve et sans enfants, est morte de phtisie pulmonaire. L'avant-veille, au moment de l'arrivée de son médecin, elle avait éloigné de sa chambre une religieuse et deux femmes à son service. « Voulez-vous me promettre, dit-elle au docteur X..., de me rendre un service immense? Il y va du repos de ma conscience, de l'honneur de mon nom et du respect de ma mémoire. » Un peu surpris et troublé, le médecin déclara que l'on pouvait compter sur lui, sur son dévouement et sur sa discrétion.

La malade sortit alors de son lit un petit paquet ficelé et cacheté à la cire, portant ces mots : *A remettre aussitôt après ma mort.* Elle donna ensuite de vive voix le nom et l'adresse du destinataire, les fit écrire sur l'agenda du docteur X..., et essaya de vérifier *de visu* s'il n'y avait point eu erreur. — « Voici enfin une lettre, ajouta-t-elle, qui renferme des instructions particulières; elle vous est adressée, mais vous ne pourrez l'ouvrir que huit jours après ma mort. L'acceptez-vous? » — « Oui, » répondit le médecin.

Aussitôt après le décès de Mme H..., le docteur X... remplit de son mieux la mission mystérieuse, délicate et grave, qui lui avait été confiée. Huit jours après, il décachetait la lettre qui lui était adressée, y trouvait un portrait-carte et trois billets de banque de cinq cents francs chacun, avec ces deux lignes non signées : « A remettre à Marie ***, le jour de son mariage. » Or, Marie *** est la fille du médecin et elle a huit ans et demi.

Deux choses très différentes sont ici à examiner : la remise du dépôt cacheté et la remise de la lettre.

Le dépôt cacheté était un don manuel. Indépendamment de lettres et de papiers d'affaires, ne renfermait-il pas des billets de banque ou des titres au porteur? On ne le saura jamais. S'il est vrai que le don manuel *in articulo mortis* soit valable, lorsque le donateur est sain d'esprit et lorsque les objets sont remis au destinataire par l'entremise d'un tiers, c'est à la condition formelle que ce tiers ait mission pour accepter, comme le père pour son fils, le tuteur pour l'interdit, ou qu'à défaut de ces qualités, il soit nanti de la part du donataire d'une procuration par acte authentique. Le docteur X... avait-il mission? Non.

Si le tiers n'a pas mission pour recevoir, il faut qu'il remette les objets au destinataire avant la mort du donateur, ou que le donataire, dûment averti, déclare accepter *alors que le disposant vit encore.* Il faut, en un mot, le concours de deux volontés : l'une qui donne, l'autre qui accepte. Dans les trois cas qui viennent d'être admis, les deux volontés existent. Hors de ces conditions, on ne les retrouve plus. Le docteur X... a-t-il remis les objets en temps utile? Non. La malade est morte le surlendemain, et notre confrère n'a pu remplir ses engagements que trois jours après l'enterrement de Mme H... Donc, en considérant le dépôt cacheté comme un don manuel, on arrive nécessairement à cette conclusion que la mission du docteur X... a été un acte entaché de nullité.

La lettre renfermant un cadeau pour le jour éloigné du mariage de la petite fille a été un indiscutable don manuel. Le père, quoique médecin traitant, peut-il accepter cette libéralité transmise par la simple tradition, c'est-à-dire de la main à la main? Cela n'est pas douteux. Mme H... laisse une fortune dépassant cent mille francs, et elle n'a point substitué le docteur X... comme l'un de ses héritiers. Elle a voulu laisser un petit souvenir, à titre rémunératoire, et elle l'a elle-même remis. Sa libéralité est certainement valable.

En résumé, dans le cas particulier, notre honorable confrère s'est trouvé placé dans des conditions émouvantes et vraiment toutes spéciales. Il a eu le vif désir d'obliger comme homme une malheureuse femme qu'il ne devait pas sauver comme médecin, et en cela, personne ne songera à le blâmer bien fort, mais il est évident qu'il a eu tort *professionnellement.* Je le lui ai fait savoir (1).

Et maintenant, la situation sera-t-elle la même si, au lieu d'être à son lit de mort, la personne qui s'adresse au médecin se trouve en prison, en plein mouvement révolutionnaire, et menacée d'un moment à l'autre d'une exécution sommaire? Là encore, je crois que l'abstention doit être la règle.

Les événements politiques doivent laisser le médecin absolument froid et insensible dans l'exercice de son mandat médical. Il n'a point à prendre parti pour ou contre la nuance qui triomphe, pour ou contre la nuance qui est vaincue. Un malade a besoin de lui, et il le soigne en prison avec le même dévouement, qu'il soit archevêque de Paris ou insurgé vulgaire. La couleur politique et la qualité du détenu n'ont aucune prise sur lui. Nous cherchons la lésion et nous la combattons par les moyens que la science nous a révélés. Le reste ne nous regarde pas.

Du 18 mars au 24 mai 1871, j'ai rédigé et signé, au Dépôt de la préfecture, plus de sept cents certificats individuels. Je n'ai point été influencé par des considérations extra-médicales, et plus de six cents mises en liberté ont été prononcées, sur le vu de mes pièces. Du 1er juin au 31 juillet, j'ai vu défiler devant moi un nombre absolument colossal de gens arrêtés pour participation aux événements de la Commune. Là encore l'état de santé de ces détenus pouvait seul m'offrir de l'intérêt. Les rôles politiques étaient intervertis, mais le médecin se retrouvait toujours médecin, et c'est là ce qui fait la force et la gloire de notre admirable profession.

Parmi les aventures dont j'ai été le témoin, à cette époque si agitée, mes souvenirs me retracent deux faits qui rentrent à peu près dans la question traitée tout à l'heure.

En avril 1871, un otage de la Commune me pria, dans sa cellule, de lui rendre un service. Il était fonctionnaire public et avait droit à la retraite. Dans la crainte d'une révocation, qui aurait laissé sa famille sans pain, il désirait écrire à M. Thiers, à Versailles, et faire immédiatement valoir ses droits à la retraite. Il s'attendait à être fusillé et désirait que sa veuve reçût une pension. Je trouvai effectivement qu'il n'y avait pas d'autre moyen de sauver la situation, mais je ne répondis pas. Pendant que je parlais à un second détenu, la lettre ployée en quatre fut habilement glissée dans mon chapeau, posé par moi sur l'un des lits de la cellule double. Je ne fis pas semblant de m'apercevoir de cette manœuvre, je me couvris négligemment et je sortis. Je conservai la lettre et la rendis à son auteur, après son évasion de la Roquette, à la fin de mai 1871. S'il eût été passé par

(1) *Le Courrier médical,* 2 décembre 1882.

les armes, je l'aurais remise à M. Thiers. Mais, en y réfléchissant, n'ai-je point eu tort d'agir ainsi?

Un autre otage griffonna un testament, le laissa ouvert et l'oublia *par mégarde* sur mon bureau. Demeuré seul dans mon cabinet, je lus la pièce et la plaçai en lieu sûr. Cet otage survécut également et put rentrer plus tard en possession de son acte improvisé de dernière volonté.

Je n'avais rien promis à ces hommes, que je voyais pour la première fois de ma vie. Le second de ces otages ne m'avait même rien demandé. Jè n'ai donc agi que par le fait d'un bon mouvement, sans engagement aucun vis-à-vis de qui que ce soit, dans ma complète indépendance et sous ma responsabilité personnelle. Néanmoins, au bout de quatorze ans, j'incline à penser qu'il faut peut-être se défier d'un bon mouvement.

Transportons maintenant la discussion sur un autre terrain. Un mourant peut verbalement prier son médecin de dire telle chose à telle personne, d'exprimer tel désir à tel individu, de faire telles excuses ou telles recommandations à celui-ci ou à celui-là, et le médecin, s'il a promis son concours, peut parfaitement bien acquitter sa dette toute morale. Il agit là comme homme et non plus comme médecin, et il ne fait que communiquer une parole reçue. Il n'encourt aucune responsabilité civile, comme dans la transmission d'un paquet cacheté ou d'un objet quelconque. Il peut évidemment refuser la mission, mais s'il l'accepte, il ne s'expose à rien en l'accomplissant.

De même, au milieu de calamités publiques, le médecin peut recevoir d'un homme qui s'attend à mourir telle prière qui le surprenne, l'émeuve et l'engage moralement, s'il promet de déférer, dans la mesure du possible, au vœu suprême qui lui est exprimé. Sa conscience d'honnête homme est en jeu; c'est affaire à lui et la chose ne regarde personne. Parmi plusieurs autres, je choisis un exemple.

L'un des principaux chefs de la Commune fut arrêté et incarcéré, au mois de juin 1871, en compagnie de son frère. Son premier soin fut de me faire appeler. « Je sais ce qui m'attend, dit-il, et je n'ai rien à vous demander pour moi; mais voici un pauvre insensé, qui n'a jamais rien fait et que je vous supplie d'examiner et de sauver. C'est mon frère. Je vous jure qu'il est privé de raison! Promettez-vous de vous occuper de lui? » Après avoir fixé mon interlocuteur, dont l'émotion était grande, je lui répondis simplement: « Si le détenu que vous me présentez est un aliéné, l'Administration le placera. Si je ne le reconnais point malade, l'instruction suivra son cours. » — « Alors, il est sauvé, merci! » s'écria cet ancien chef de la Commune, en pleurant et en me prenant les deux mains. Le soir même, les deux frères furent séparés l'un de l'autre. Le premier fut passé par les armes, à Satory. Le second, effectivement très malade, fut dirigé par moi sur un établissement d'aliénés. Il y est mort deux ans après.

En résumé, mêlons-nous le moins possible ou ne nous mêlons pas du tout des affaires privées de nos clients. N'acceptons ni pli cacheté, ni bijoux, ni argent, avec mandat de remettre ces objets à des tiers. Ne nous transformons point en agents bénévoles de transmission: d'abord, parce que notre dignité professionnelle s'oppose à ce que nous rendions des services qui ne sont point de notre compétence, et ensuite parce que nous nous exposerions à être soupçonnés, calomniés ou poursuivis.

Évertuons-nous, d'autre part, à planer au-dessus des orages de la politique. Si les événements nous assignent un rôle médical dans la tourmente, ne nous passionnons que pour notre art et pour la vérité scientifique. Il importe que le médecin soit tout d'une pièce, et qu'il ne possède qu'une corde à son arc. Sa seule et constante préoccupation doit être de secourir ses semblables. Celui qui défère à d'autres sentiments et qui descend à d'autres soins, est un homme qui se trompe. Il faut l'avertir et le remettre dans son droit chemin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLY.

I. Pleurésie purulente, fistule pleuro-cutanée. — II. Genu valgum, ostéotomie.

I. Parmi les malades que nous avons perdus cette semaine, il en est un duquel je dois vous entretenir, car il est pour nous un grand enseignement, bien qu'il n'ait passé que deux ou trois jours dans le service. Il était atteint d'une pleurésie purulente, dans certaines conditions, datant déjà de six mois, et peut-être eussions-nous pu le sauver.

Quoi qu'il en soit, voici le fait. Cet homme habitait les environs de Paris, et il est arrivé à l'hôpital avec une pleurésie purulente ouverte à l'extérieur, communiquant par suite au moyen d'une fistule pleuro-cutanée. Celle-ci donnait issue à des gaz et à un liquide absolument infects. Il en était arrivé au dernier degré du marasme le plus prononcé, après avoir été traité par des ponctions successives qui avaient, en dernier lieu, déterminé la formation d'une fistule dont le trajet et l'ouverture étaient insuffisants pour l'évacuation du pus.

Ainsi a été favorisée la septicémie pleurale; de là une fièvre assez intense avec exacerbations le soir, œdème prononcé des extrémités inférieures, de la face, etc.; en un mot, cet homme se trouvait en pleine cachexie de suppuration lorsqu'il nous est arrivé.

J'ai fait immédiatement une large ouverture, de façon à donner l'issue la plus facile au liquide purulent; j'ai pratiqué avec soin le lavage antiseptique de la cavité pleurale. Non seulement le résultat de mon intervention a été complètement nul, mais celle-ci semble même avoir précipité la fin de notre malade. Celui-ci a succombé, en effet, dans le courant de la journée, soixante heures environ après son entrée à la Charité. L'autopsie était importante à faire; nous l'avons pratiquée le lendemain de la mort. Nous avons trouvé une vaste cavité purulente dans la plèvre, dont les parois étaient tapissées d'un pus gris depuis sa partie la plus élevée, depuis la clavicule jusqu'à la base même du poumon. Celui-ci, bien qu'il fût très fortement refoulé du côté du médiastin et comprimé par l'épanchement purulent, était encore cependant perméable à l'air dans une certaine proportion. Nous avons trouvé aussi dans le péritoine périsplénique une petite quantité de pus ainsi qu'une inflammation circonscrite qui a, bien certainement, déterminé les derniers instants de notre malade.

D'ailleurs cet homme était tout à fait dans les conditions d'une suppuration généralisée. Le foie était volumineux et très gras; il ne pesait pas moins de 2 900 grammes; les reins étaient en pleine dégénérescence amyloïde; enfin les poumons eux-mêmes étaient malades. Pendant la vie, les signes stéthoscopiques étaient ceux de l'induration pulmonaire, c'étaient des phénomènes de souffle violent, de respiration puérile. A l'autopsie, nous n'avons pas trouvé de masses caséeuses, volumineuses mais seulement de petites

masses et quelques tubercules disséminés çà et là dans le parenchyme pulmonaire, ainsi qu'une petite caverne dans le poumon correspondant à la plèvre du côté malade.

En résumé, nous croyons pouvoir dire que si cet homme avait été convenablement soigné dès le début, la maladie n'aurait pas pris les allures que nous avons observées à son arrivée à l'hôpital, et qu'il n'aurait probablement pas succombé. D'où je conclus que dans toute pleurésie purulente, lorsque après une première ponction vous constatez l'existence d'un épanchement purulent, il faut laisser de côté tous les appareils qui servent à la ponction de la poitrine pour aller, sans crainte, ouvrir la cavité thoracique, comme on le ferait pour un abcès, c'est-à-dire faire un large empyème suivi des lavages antiseptiques de la séreuse pleurale.

En pareil cas, les ponctions sont nuisibles et doivent disparaître et céder le pas à une large ouverture.

II. J'ai fait venir ici, du dehors, pour l'opérer, une petite fille de trois ans environ, atteinte de genu valgum. Les deux fémurs présentent une incurvation rachitique prononcée de telle sorte que les deux genoux sont en dedans et les deux malléoles internes éloignées de la ligne médiane se trouvent écartées l'une de l'autre de 12 centimètres, ce qui est considérable en raison de l'âge de l'enfant. Des deux genoux, tous deux déviés en dedans, celui qui l'est le plus est le gauche. L'écartement entre la malléole interne du côté gauche et la ligne médiane est de 7 centimètres, tandis que celui du côté droit est éloigné, de 5 à 6 centimètres seulement. Aussi chez cette enfant le genu valgum est-il plus qu'une difformité, est-il une véritable infirmité. En effet, les chutes sont des plus fréquentes, et l'une d'elles a même déterminé une fracture du fémur.

De là la nécessité d'intervenir dès maintenant et sans tarder davantage.

Trois grandes méthodes ont été proposées contre le genu valgum ; je vais les passer rapidement en revue devant vous, sans entrer dans de grands détails. Ce sont : le redressement lent ou mécanique ; le redressement brusque par ostéoclasie ; enfin l'ostéotomie, c'est-à-dire la section d'un des os concourant à la déformation.

Chez notre malade, les moyens mécaniques seraient impuissants pour les deux fémurs; ils demanderaient un temps considérable (un an, dix-huit mois peut-être) et par suite placeraient l'enfant dans des conditions très mauvaises pour la nutrition générale ; enfin les appareils nécessaires sont très coûteux, et l'Administration ne les donne pas.

L'ostéoclasie donne de bons résultats, surtout chez les petits enfants, soit que l'on ait recours à l'appareil Collin (de Paris), ou à l'appareil Robin (de Lyon). Mais ici nous ne sommes pas outillés pour pouvoir les employer. Quant à la méthode de Delore, je la repousse comme étant une opération brutale, inconsciente et ne produisant que des résultats insuffisants.

Reste donc l'ostéotomie. C'est elle en effet que je vais appliquer chez ma petite malade, en sectionnant, avec le ciseau et le marteau, l'extrémité inférieure du fémur pour la remettre dans une attitude convenable, section supra-condylienne, c'est-à-dire presque immédiatement au-dessus de l'épiphyse. Le membre est placé ensuite dans une gouttière qui le maintient dans une bonne direction. Les suites de l'opération sont généralement d'une grande bénignité. La consolidation définitive demande environ cinq semaines.

DES RAPPORTS

DE LA DENSITÉ DES DENTS AVEC LEUR COMPOSITION CHIMIQUE.

Par M. le docteur GALIPPE.

Dans une précédente communication à la Société de biologie, nous avons établi ce que nous entendions par *coefficients de résistance* des dents et nous avons montré que ce coefficient variait non seulement d'individu à individu, mais encore que, dans un même appareil dentaire, les dents ne présentaient pas toutes les mêmes caractères physiques. Il nous reste maintenant à démontrer que les variations de la densité traduisent des variations parallèles dans la composition chimique des dents.

Arby avait établi que la densité des os variait en raison inverse de l'eau et des caractères organiques ; il était donc permis de supposer qu'il en serait de même pour les dents. C'est en effet ce que nous avons pu vérifier en comparant la densité des dents à leur composition centésimale en éléments minéraux d'une part et en éléments organiques de l'autre. Nous pouvons donc formuler la loi suivante, basée sur de nombreuses analyses chimiques : *La densité des dents est d'autant plus considérable que leur teneur en matières organiques est plus faible et la proportion d'éléments minéraux plus élevée.*

Toutefois il faudrait bien se garder de croire que la densité soit mathématiquement proportionnelle à la composition chimique des dents, c'est-à-dire qu'elle soit directement proportionnelle à la teneur en matières minérales et inversement proportionnelle à la quantité de composés organiques.

En effet, les matières organiques pas plus que les matières minérales ne sont des corps homogènes de composition chimique constante.

De plus, pour un même poids de matière organique ou de matière inorganique, le nombre et la composition des éléments constitutifs est variable.

C'est ainsi, pour ce qui regarde les matières non minérales, que le tissu fondamental de la dent n'a pas la même densité que l'eau, les matières grasses et les différents tissus constitutifs de la pulpe.

De même pour les corps inorganiques dont on constate l'existence dans les dents, et qui présentent des densités différentes ; le carbonate de chaux n'a pas la même densité que le carbonate de magnésie et leur proportion relative varie suivant des lois non encore déterminées ; le phosphate de chaux n'a pas non plus la même densité que le phosphate de magnésie et leur proportion réciproque est également variable.

En résumé, on peut conclure que, en raison de l'hétérogénéité des matières constitutives de la dent et des variations existant dans leurs proportions réciproques, il n'est pas possible d'établir uniquement par le calcul le rapport entre la densité et la proportion des matériaux organiques et inorganiques. Ces variations ne se font pas dans un rapport simple et il faut recourir à l'analyse chimique pour les établir d'une façon exacte.

Quoi qu'il en soit, s'il n'est pas possible de déduire par le calcul la teneur d'une dent en matériaux organiques, il n'en est pas moins vrai que la densité varie avec la proportion de matériaux organiques et inorganiques et dans le sens de ces derniers.

Les écarts, en général, ne dépassent pas 1 p. 100 et l'on peut établir que, d'une façon générale, les dents, ayant une densité supérieure à 2, renferment plus de 70 p. 100 de matières minérales.

Il nous reste maintenant à constater si les idées que nous venons d'exposer sont conformes ou non aux données de la clinique.

Dans le cours de nos recherches, nous avons établi un fait qui nous paraît être d'une grande importance, c'est le suivant : La densité moyenne générale des dents du maxillaire supérieur est plus considérable que la densité moyenne générale des dents du maxillaire inférieur.

Toutefois, si, au lieu de comparer la densité de toute la série des dents appartenant à un maxillaire, on prend par exemple la densité des incisives centrales ou latérales supérieures, et qu'on

les compare avec leurs homologues du maxillaire inférieur, on trouvera la densité tantôt inférieure, tantôt supérieure.

En effet, si nous comparons la densité moyenne des dents supérieures à la densité moyenne des dents inférieures de toutes les bouches que nous avons eu l'occasion d'examiner, nous trouvons :

Densité moyenne des dents	supérieures. . . .	2,1747
— —	inférieures	2,1575

Bien qu'un fait positif puisse se passer d'interprétation ou d'explication, nous pensons néanmoins pouvoir exposer les considérations suivantes : Si l'on observe ce qui se passe dans l'acte de la mastication, on voit que le maxillaire inférieur mobile vient à la fois frapper ou presser le maxillaire supérieur immobile et faisant partie intégrante de la base du crâne. On peut comparer le maxillaire inférieur à un marteau, et le maxillaire inférieur à une enclume. Le maxillaire inférieur vient frapper le maxillaire supérieur avec une force proportionnelle à l'énergie des muscles masticateurs.

Si violents, si instantanés que soient le choc ou la pression exercés sur le maxillaire supérieur, le maxillaire inférieur, grâce à l'élasticité des muscles élévateurs, tend à devenir à son point de départ, et, dans tous les cas, l'effort exercé ne conserve pas son intensité d'une façon permanente ; le maxillaire supérieur, au contraire, en raison de sa fixité, subit ces chocs d'une façon intégrale. Il en résulte que si la résistance des dents qu'il porte était inférieure ou seulement égale à celle des dents du maxillaire inférieur, au lieu de l'emporter sur celles-ci, elles ne pourraient supporter les fatigues auxquelles elles sont soumises.

Telle est, croyons-nous, la manière la plus simple d'expliquer la prédominance des dents supérieures sur les dents inférieures.

On serait tenté de conclure à première vue de ce fait que, si le coefficient de résistance des dents du maxillaire supérieur l'emporte sur le coefficient des dents inférieures, ces dernières doivent se carier plus facilement que les premières.

Il appartenait à l'observation clinique de répondre à cette question.

Or, pour nous éclairer, nous possédons un document d'une valeur incontestable : c'est le mémoire publié en 1866 par notre collègue et ami M. le docteur Magitot, sur la carie dentaire, mémoire devenu classique dans le monde entier.

Il nous a paru intéressant, à vingt ans de distance, de comparer nos résultats à ceux obtenus par M. Magitot, en dehors des idées qui nous guident aujourd'hui.

M. Magitot a dressé un tableau de la répartition de la carie dentaire, suivant les diverses espèces de dents sur dix mille caries observées. Bien que nous ne sachions pas à combien d'individus observés les caries correspondent, ce document ne nous présente pas moins toutes les garanties désirables pour établir une comparaison.

Or, pour le point particulier que nous traitons actuellement, nous voyons que, sur 10000 dents cariées, 6004 appartenaient à la mâchoire supérieure et 3996 à l'inférieure ; exception faite pour la première et la deuxième grosse molaire, qui se carieraient plus fréquemment à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure.

Comme on le voit, la différence est énorme et elle infirme en apparence les résultats que nous avons exposés plus haut.

L'explication de ce fait est assez complexe et mérite de nous arrêter quelques instants.

Bien que nous nous réservions de faire une étude spéciale de l'étiologie de la carie dentaire, nous ne pouvons cependant pas passer sous silence une des causes qui agissent le plus efficacement sur le développement de la carie. Nous voulons parler d'abord des fermentations locales qui se font soit au niveau du collet des dents, soit entre les dents, dans les espaces libres, limités par leurs faces latérales, et ensuite du rôle joué par la salive normale de réaction neutre ou alcaline et par la salive morbide, c'est-à-dire à réaction nettement acide.

En raison des lois de la pesanteur, la salive s'accumule dans les régions sublinguales de la bouche et vient baigner les dents inférieures.

Au contraire, les dents supérieures sont moins abondamment irriguées que les inférieures ; il en résulte que, suivant une observation déjà anciennement faite (Boudet, 1842), alors que la réaction de la salive est neutre ou alcaline au niveau des incisives inférieures, elle est trouvée très fréquemment acide au niveau des incisives supérieures.

Les fermentations acides qui se produisent au niveau des dents inférieures sont ou neutralisées ou extrêmement diluées par l'afflux incessant de la salive dans les parties déclives de la bouche, de telle sorte que l'action des acides organiques ou ne s'exerce pas ou est réduite à fort peu de chose. Les dents du maxillaire supérieur, au contraire, présentent des conditions bien plus favorables au développement de ces fermentations locales. Si les conditions de chaleur et d'humidité y sont réalisées, les produits des fermentations ne sont pas à chaque instant balayés par des flots de salive, et les acides peuvent exercer plus activement leur action dissolvante sur l'émail et ouvrir un chemin aux parasites.

D'après nos observations, les courbures réciproques des deux arcades dentaires ne seraient pas indifférentes et auraient une certaine influence sur la distribution de la carie au niveau des grosses molaires inférieures.

La salive éprouve des changements de réaction dans des circonstances fréquentes, dont toutes ne sont pas également connues et dont quelques-unes même ont été regardées à tort comme indifférentes.

Cette question mériterait, à elle seule, de retenir longtemps notre attention et de faire l'objet d'un chapitre spécial; nous nous contenterons seulement ici de quelques indications sommaires.

On sait que, dans l'immense majorité des cas, la fièvre a pour effet de déterminer l'acidité de la salive et que cette acidité, généralement proportionnelle à l'intensité des accidents fébriles, disparaît avec eux.

Toutefois la fièvre n'est pas un facteur nécessaire de l'acidité de la salive. Certaines affections de la muqueuse pharyngienne ou buccale, très vraisemblablement d'origine parasitaire, déterminent l'acidité de la salive.

De même le mauvais fonctionnement du tube digestif, alors même qu'il ne s'accompagne pas de fièvre, peut provoquer l'acidité de la salive.

Dans certaines affections fébriles, la salive est tantôt acide, tantôt alcaline. En 1879, avec la collaboration de mon ami le docteur L. Moreau, aujourd'hui professeur à l'École de médecine d'Alger, j'ai pu constater que, dans la variole hémorragique ou dans la diphtérie, la salive, suivant les malades observés, était quelquefois alcaline. Nous avons observé la même irrégularité dans la fluxion déterminée par la périostite alvéolo-dentaire.

Il résulte de ce qui précède que si la salive devient acide grâce à l'une des influences dont nous venons d'énumérer les principales, les dents supérieures, ainsi que les inférieures, pourront être altérées; mais, dans la majorité des cas, les dents supérieures seront atteintes plus profondément pour les raisons à la fois physiques et chimiques que nous avons indiquées plus haut.

Quelquefois l'acidité de la salive est si considérable qu'il y a une véritable dissolution des principes minéraux de la dent, si bien que celle-ci peut être aplatie entre les doigts. Cette affection, extrêmement douloureuse en raison des complications pulpaires qu'elle entraîne, a pour caractéristique une extrême acidité de la salive et dans ce cas les dents supérieures et les dents inférieures sont également atteintes, ces dernières résistant cependant plus longtemps. En présence de ce fait, on se demande si l'on a affaire à un phénomène de dédoublement ayant pour effet de mettre un acide en liberté, ou à un phénomène de fermentation; on peut encore se demander si la salive est sécrétée avec cette propriété d'être acide. En effet, malgré l'emploi fréquent et prolongé de solutions alcalines concentrées, la salive redevient presque aussitôt acide, de telle sorte qu'en tenant compte de cette neutralisation rapide du sel alcalin, il est délicat d'invoquer un simple phénomène de fermentation.

D'autre part, nous avons fait l'expérience suivante : dans la

bouche d'un malade atteint d'une acidité très grande de la salive, ayant eu pour résultat la perte de toutes ses dents, nous introduisons un corps étranger volumineux dont l'effet immédiat est de provoquer une salivation très abondante. La salive recueillie dans un récipient fut trouvée alcaline; donc elle était sécrétée avec ses caractères normaux. Peu d'instants après, la bouche du malade était redevenue acide.

Mitscherlich, et plus récemment mon maître et ami M. le professeur Béclard, ont fait des observations analogues sur des malades atteints de fistule du canal de Sténon. Ces observations démontrent que la salive parotidienne devient très rapidement acide dans certaines conditions et que néanmoins, quand elle est sécrétée avec abondance, elle reste alcaline.

En effet, chaque fois que la salive parotidienne coulait lentement par la fistule, on constatait son acidité; mais dès qu'elle coulait abondamment sous l'influence de la mastication, elle redevenait alcaline. Il reste dans ces questions un point obscur très intéressant à élucider.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 janvier 1885. — Présidence de M. Hanot.

COMMUNICATION

Des rapports de la densité des dents avec leur composition chimique. — M. **GALIPPE** fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 108.)

Cocaïne et chloroforme. — M. R. **DUBOIS** communique les résultats de ses expériences sur l'action combinée de la cocaïne et des mélanges de chloroforme et d'air titrés par la méthode de Paul Bert. L'action de la cocaïne contrarie l'effet du mélange anesthésique au lieu de le favoriser.

L'auteur communique également une note sur l'état de l'eau dans les œufs stériles et non stériles et sur leur résistance, différente dans certains cas, à la dessiccation.

La photographie du sang. — M. **HÉNOCQUE** présente des clichés et des épreuves qu'il a obtenus en photographiant du sang recueilli dans ses « plaques hématoscopiques ». Celles-ci forment des prismes capillaires dans lesquels le sang est examiné sous une épaisseur variant graduellement de 1 à 30 millièmes de millimètre. Le sang y offre une teinte dégradée, variable elle-même suivant la quantité d'oxyhémoglobine et d'hémoglobine. Dans les photographies présentées, il est facile d'apprécier des différences dans la quantité d'oxyhémoglobine égales à 1/40 ou 2,5 p. 100 de celle que contient le sang normal.

Spectroscopie du sang. — M. **HÉNOCQUE**, pour faciliter l'appréciation des bandes d'absorption du sang, applique sur le diaphragme du spectroscope à vision directe une lame de gélatine colorée par la gomme-gutte, laquelle, absorbant les rayons au delà du vert bleu, ne laisse voir que les rayons rouges, jaunes et verts, c'est-à-dire isole la plage spectroscopique réduite à l'étendue nécessaire.

Étude physiologique sur la colchicine. — M. **LABORDE** a étudié l'action physiologique de la colchicine administrée en injections sous-cutanées : les phénomènes locaux ne varient guère suivant l'espèce animale; ainsi une injection de colchicine faite dans la patte d'un lapin ou d'un chien détermine la paralysie de cette patte.

Les phénomènes généraux sont, au contraire, un peu différents chez les herbivores et chez les carnivores, mais, chez tous, ces phénomènes n'apparaissent que lentement : ainsi un cobaye auquel on injecte 5 centigrammes de colchicine ne meurt qu'au bout de quatre à cinq heures, et seulement au bout de douze à quinze heures avec une dose moindre de moitié.

Chez le cobaye et chez le lapin, ces injections donnent lieu à des troubles de la circulation et de la respiration. Chez le chien (à la dose de 10 centigr.) on observe en outre des troubles digestifs : vomissements alimentaires, glaireux, bilieux, sanguinolents, selles diarrhéiques abondantes, fétides, mêlées de sang. La déperdition est tellement grande qu'en moins de six heures un de ces chiens avait perdu 1 kilogramme de son poids.

L'action de la colchicine a été également expérimentée chez l'homme : M. Oudet en a pris par erreur 40 centigrammes, il a éprouvé une céphalalgie violente, une oppression à l'épigastre, des vomissements et des selles diarrhéiques accompagnés de défaillances, de lipothymies, etc.

A la dose d'un centigramme, la colchicine détermine également, chez l'homme, des nausées et des vomissements.

Un concierge atteint de la goutte fut traité par des granules de 1 milligr. de colchicine pris d'heure en heure; au cinquième granule, il se plaignit de nausées, vomit et eut une selle diarrhéique qui fut instantanément suivie de la disparition de l'accès de goutte.

Enfin, un autre malade chez lequel on crut devoir prescrire d'emblée 1 gramme de colchicine, présenta, au bout de quatre à cinq heures, des nausées, des vomissements et une diarrhée abondante.

Il faut encore noter, au nombre des effets de la colchicine, une exagération de la sécrétion salivaire et de la sécrétion urinaire. Cette substance s'élimine du reste par l'urine, les selles, les vomissements et la salive.

Les animaux qui succombent à la suite de ces expérimentations meurent par arrêt de la respiration.

Influence des hautes pressions sur les fonctions de la vie. — M. **REGNARD** vient de faire des expériences d'où il résulte que lorsqu'on soumet des œufs fécondés à des pressions de 100, 200, 300 atmosphères, leur éclosion a lieu dans des conditions absolument normales. Lorsque, au contraire, on dépasse cette limite et qu'on atteint des pressions de 400, 500, 600 atmosphères, ces œufs se troublent et meurent avant d'avoir pu donner naissance à aucun embryon. Ces expériences, répétées un très grand nombre de fois, ont toutes donné le même résultat. On peut donc en conclure que la limite inférieure, compatible avec les conditions ordinaires de la vie, se trouve entre 3 000 et 4 000 mètres de profondeur.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 31 janvier 1885, M. Schoull, médecin aide-major de première classe au 5e hussards, a été désigné pour le 1er cuirassiers.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 janvier 1885, la chaire de chimie de la Faculté des sciences de Besançon est déclarée vacante.

— Par arrêté préfectoral, en date du 23 janvier 1885, M. le docteur Paul Dubuisson est nommé médecin adjoint à l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, en remplacement de M. le docteur Briand, appelé à d'autres fonctions.

— *Collège de France.* — M. Brasse, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de la chaire de chimie organique, en remplacement de M. André, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Honnorat est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie générale et d'histologie, en remplacement de M. Vialleton, démissionnaire.

— MM. les docteurs Radouan et Comte, médecins-majors de deuxième classe, ont été autorisés à accepter et à porter la croix d'officier du Nicham Iftikhar.

— L'Académie royale de médecine de Turin a célébré, le 21 décembre dernier, le cinquantenaire de l'illustre professeur Sperino. En reconnaissance de cette manifestation — à laquelle s'étaient

unis : le Conseil académique, la Faculté de médecine, la Société royale italienne d'hygiène, toutes les autorités locales et les administrations hospitalières, — le professeur Sperino vient de fonder un prix annuel de 500 francs qui sera décerné par l'Académie, chaque année, le 21 décembre, à l'étudiant qui aura obtenu le plus grand nombre de points dans ses examens du cours médico-chirurgical universitaire de Turin. A égalité de points, le prix sera décerné au plus jeune étudiant.

— Un concours s'ouvrira, le lundi 13 juillet 1885, à l'École de médecine d'Alger, pour un emploi de nouvelle création de chirurgien adjoint à l'hôpital civil de Mustapha.

— Des concours s'ouvriront, le lundi 20 avril 1885, à dix heures du matin, à la Faculté de médecine de Bordeaux : 1° pour une place de chef de clinique ophtalmologique ; 2° pour deux places de chef de clinique chirurgicale. La durée des fonctions est de deux années et le traitement annuel de 1 000 francs. L'entrée en fonctions aura lieu le 1er mai 1885.

L'homœopathie dévoilée, par Henry FLEURY. Broch. in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, J.-B. BAILLÈRE et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17366.

N° 15. — JEUDI 5 FÉVRIER 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 5 FÉVRIER 1885. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A propos de la dépopulation de la France, M. Lunier a bien dit quelques mots sur la diminution de la natalité, mais il a surtout insisté sur la mortalité de l'enfance. Toutes les mesures proposées par lui ne peuvent avoir pour effet que de diminuer peut-être cette mortalité. Le rétablissement des tours, la recherche de la paternité admise de nouveau dans notre loi française, n'accroîtront certainement pas le nombre des enfants légitimes et n'empêcheront pas les parents de vouloir restreindre ce nombre.

Or c'est là qu'est le mal le plus à craindre, et si l'on veut porter la main sur notre législation afin d'y remédier, les lois qu'il faut d'abord modifier sont celles qui concernent les familles légitimes.

Ce qui nuit en effet surtout à la multiplication des enfants nés dans le mariage, ce sont les précautions prises par notre Code pour assurer l'égalité dans les partages.

En elle-même, cette égalité, sans ces précautions, nuirait beaucoup moins. Si, comme dans l'Égypte ancienne, le frère aîné, investi en principe de l'administration des biens héréditaires, la conservait en qualité de tuteur légal de ses frères et sœurs jusqu'au moment de leur majorité ; si jusqu'alors il restait chef de la famille, la représentant envers et contre tous, tenant la place du père défunt ; et si, enfin, en qualité de magistrat familial, il fixait lui-même les parts tirées ensuite au sort entre lui et les autres enfants appelés au partage, il pourrait se faire que, comme dans l'ancienne Égypte, le nombre des enfants restât considérable dans chaque ménage, bien qu'en définitive chacun reçût autant qu'un des autres.

Mais, en France, la loi exige une liquidation judiciaire dès qu'il y a quelque mineur au nombre des intéressés.

Or cette liquidation judiciaire, avec les frais qu'elle occasionne, est la ruine complète, absolue, des petites bourses. C'est, si nous ne nous trompons, sous le ministère Dufaure que l'on a publié des tableaux officiels montrant la moyenne de ces frais suivant le montant de la fortune. Il faut que cette fortune s'élève déjà haut pour qu'il en reste quelque chose entre les mains des copartageants. Autrement le seul héritier proprement dit, c'est dame Justice.

Comment veut-on que les parents n'y regardent pas à deux fois avant de s'exposer à laisser quelque enfant mineur, dont la présence ruinerait complètement ses frères et ferait disparaître, jusqu'au dernier sou, des économies laborieusement faites?

Voilà les points sur lesquels doivent porter des réformes vraiment urgentes. Il n'est peut-être pas nécessaire de toucher aux principes fondamentaux du Code. Le droit commun, égal, des enfants sur la fortune de leur père est un de ces principes. L'introduction de la recherche de la paternité en est un autre.

Peut-être pourrait-il suffire de modifier les lois d'application du revenu, en ce qui touche la famille légitime, au mandat légal, à la tutelle naturelle, à la magistrature familiale de l'aîné, réglementées par des lois spéciales ; et en ce qui touche les enfants nés hors mariage, de rétablir les tours. On pourrait, par compensation pour les dépenses de l'éducation donnée par l'État aux garçons, leur imposer dix ans de service militaire, ce qui assurerait un recrutement facile pour les sous-officiers, de bons cadres pour nos armées, et ce qui, après tout, ne serait que justice. L'État ne demande-t-il pas un engagement de dix ans lors de l'entrée dans certaines de ses écoles? D'ailleurs, pour des hommes sans famille, ces dix ans de vie disciplinée serait le meilleur moyen de leur faire contracter des habitudes d'ordre, de régularité qui, autrement, pourraient leur faire défaut. Puis le soldat sent mieux qu'un autre que la patrie est pour lui une mère à chérir : et l'on a besoin d'avoir au cœur l'amour d'une mère.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

Maladie de Basedow (goitre exophtalmique); formes frustes; nouveau signe physique; traitement par l'électricité (1).

II

Maintenant que les malades se sont retirés, je dois ajouter que cette bénignité du pronostic n'est pas sans quelques exceptions. Il y a, en effet, des cas dont l'évolution est si rapide, le caractère en quelque sorte si pernicieux dès le

(1) Fin. — Voir le numéro du 31 janvier 1885.

début, que le traitement n'a pas le temps d'agir. Mais, je le répète, ce sont là de rares exceptions.

Voilà la forme type. Je ne me suis pas arrêté à vous en tracer le diagnostic, parce que, dans des cas de ce genre, il ne saurait offrir aucune difficulté, maintenant surtout que la maladie a été mieux étudiée. Il en serait tout autrement si nous avions affaire à la forme fruste. Celle-ci n'a été convenablement étudiée que tout récemment; j'ai maintes fois, depuis trois ans surtout, appelé votre attention sur ces formes frustes. Elles ont été fort bien décrites dans le travail que je vous ai cité du docteur P. Marie, travail dont on peut dire qu'il fait époque dans l'histoire de la maladie.

Supposons qu'un malade, au lieu des quatre symptômes cardinaux, n'en présente qu'un, associé à divers symptômes secondaires. Nous voyons de suite quelle physionomie toute différente prendra la maladie. Le diagnostic peut devenir réellement embarrassant, très embarrassant même, si ce sont les symptômes secondaires qui prédominent. On peut ainsi se trouver en face de troubles psychiques ou d'accès épileptiformes, etc., et ne pas apercevoir tout d'abord leur connexion avec la véritable maladie.

Voici deux autres malades présentant la forme fruste. Le premier est un homme ; pour le dire en passant, la maladie de Basedow s'observe également chez les deux sexes ; elle est peut-être un peu plus fréquente chez la femme, mais je ne crois pas qu'on ait fait de statistique à cet égard en ce qui concerne les formes frustes. Cet homme est âgé de cinquante ans ; il est cocher au service d'un particulier. Son père est mort asthmatique, sa mère est morte d'une apoplexie foudroyante. Elle était nerveuse et tremblait lorsqu'elle avait une émotion. Pas d'autre hérédité. Il n'a fait de maladie qu'une variole à vingt-trois ans, étant militaire. Il n'accuse ni chagrins, ni émotion vive, ni excès d'aucune sorte.

En juillet 1884, il est pris de courbature avec fièvre. Après huit jours, il reprend son service, passe une journée en plein soleil, et vers le soir boit à une fontaine quelques gorgées d'eau froide. Un quart d'heure après, il éprouve une sensation de chaleur et de constriction dans la région sternale, avec irradiation vers les épaules. Cette sensation cesse, mais pour revenir bientôt, et il s'établit ainsi une succession de crises durant une minute, et séparées par des intervalles de deux ou trois minutes. Le malade est forcé de prendre le lit, et il y reste deux mois. Les crises en question durent sans modification pendant les trois premières semaines ; puis vient un répit de dix jours, durant lequel il n'y a que de la faiblesse ; enfin, une violente douleur occupant l'œil le jour, et l'oreille du côté droit pendant trois jours, avec un peu de délire. Lorsqu'il put se lever, il était extrêmement faible et s'aperçut qu'il tremblait légèrement. Pendant trois semaines passées dans son pays (Haute-Garonne), il se trouve très bien ; mais à son retour à Paris (1er novembre), les crises et le tremblement reparaissent et ne font qu'augmenter. Il entre à l'hôpital le 12 novembre, et nous constatons l'état suivant : dans la journée, il y a seulement une légère constriction à la gorge, des bourdonnements d'oreilles, et de la faiblesse des jambes. Les crises ne se montrent que la nuit, au nombre d'une dizaine, chacune de trois ou quatre minutes. Elles consistent en un serrement violent et très douloureux au niveau du rachis entre les épaules, s'étendant à celles-ci et aux bras jusqu'aux poignets. Le malade est alors forcé de se lever pour s'exposer au froid, ce qui interrompt la crise. Il n'y a du reste pas d'anxiété précordiale comme dans l'angine de poitrine véritable, bien que la douleur ait évidemment le même caractère que dans celle-ci.

Le tremblement très marqué existe dans tous les muscles du tronc et des membres. Les muscles de la tête sont exempts, bien que celle-ci soit agitée par les mouvements des autres parties.

Le pouls a 122 ; peu fort, un peu mou, régulier ; la respiration a 22.

Quand le malade est couché, il est pris assez fréquemment d'une toux quinteuse, trente ou quarante secousses de suite, sans expectoration notable. Cela a surtout lieu après les accès douloureux. Quelquefois aussi il y a un peu de dyspepsie.

Cinq ou six fois par semaine, surtout le matin, survient la diarrhée, trois ou quatre selles séreuses en deux heures. Quelquefois des vomissements après le repas. Assez souvent des fringales.

Pas de goitre, pas d'exophtalmie, pas de sueurs exagérées.

La sensibilité, tant générale que spéciale, est conservée. La peau ne présente pas de taches, pas de changements de coloration. La force des mains est au dynamomètre de 35 à droite et 30 à gauche. Les réflexes tendineux font défaut aux membres supérieurs.

L'examen des urines (deux litres et demi en vingt-quatre heures) donnent un résultat négatif en ce qui concerne le sucre et l'albumine.

La résistance électrique est de 1170 unités, de la nuque à la région sternale.

Notre quatrième malade est une femme de cinquante-quatre ans, dont je vous parlerai moins longuement. C'est un cas fruste, mais que j'appellerai fruste secondaire, ou consécutif; elle a présenté d'abord la forme complète, et c'est par le fait du traitement que l'exophtalmie et la tumeur thyroïdienne ont disparu ; la résistance électrique, extrêmement faible au début (900 unités), s'est également relevée. Actuellement, il ne reste que le tremblement et la tachycardie; néanmoins, surtout en tenant compte des commémoratifs, le diagnostic de l'affection est facile.

Pour le malade précédent, au contraire, vous avez pu voir combien les symptômes diffèrent de la description classique ; pas d'exophtalmie, pas de goitre. Au lieu de cela, un début fébrile, des troubles nerveux insolites du côté de la respiration et de la digestion, troubles qu'il vous serait difficile de rattacher à une affection quelconque, si vous ne les trouviez indiqués dans le tableau que je viens de mettre sous vos yeux. Mais la tachycardie, le tremblement et la diminution de la résistance électrique nous donnent la clef de cet ensemble singulier de symptômes, et ne nous laissent aucune hésitation sur le diagnostic. Veuillez bien retenir que les cas de ce genre ne sont pas des raretés cliniques. La maladie de Basedow fruste est relativement fréquente ; il y en a habituellement quatre ou cinq exemples parmi les malades qui fréquentent le service d'électrothérapie.

Je vous ai dit que nous sommes en possession d'un traitement vraiment efficace de la maladie qui nous occupe. Sans doute, l'hydrothérapie, le sac de glace de Aran, etc., etc., peuvent produire des modifications favorables. Mais je tiens à vous signaler tout spécialement le traitement électrique. On a déjà, notamment en Allemagne, obtenu des succès par la

galvanisation du cou, ou, comme l'on dit souvent, du grand sympathique. M. R. Vigouroux a complété et perfectionné la méthode, et par la série d'opérations que je vais vous indiquer, il a obtenu constamment, depuis cinq ou six ans, les meilleurs résultats.

On commence la séance par la *faradisation* du cou. Pour cela : 1° l'électrode positive, en forme de large tampon, est appliquée sur la partie postérieure et inférieure du cou; la négative, en forme d'olive ou de bouton étroit, est appliquée en déprimant fortement les tissus, sur la carotide, audessous de l'angle de la mâchoire.

M. R. Vigouroux trouve un grand avantage à employer la faradisation. Celle-ci donne lieu à des effets beaucoup plus sensibles que la galvanisation ; elle permet de constater immédiatement chez certains malades des changements dans la coloration de la joue du côté électrisé ; en même temps, la température du même côté de la tête s'abaisse de un à deux degrés, et le sentiment de tension orbitaire diminue ou disparaît. Toutes ces modifications sont au moins douteuses si l'on emploie la galvanisation. Les deux régions carotidiennes sont faradisées successivement de la même manière.

2° Ensuite l'électrode négative est promenée légèrement sur les paupières, en faisant contracter l'orbiculaire.

3° On faradise ensuite la tumeur thyroïdienne et le muscle sterno-hyoïdien et thyroïdien, dont il est bon de provoquer la contraction.

4° Enfin on passe à la *galvanisation* de la région précordiale. L'électrode large postérieure étant toujours en place, on remplace le bouton de l'autre par un tampon large et plat intercostal, que l'on applique sur la partie interne du troisième espace. Cela fait, l'appareil de M. R. Vigouroux permettant cette manœuvre au moyen d'un simple déplacement de manettes, le courant galvanique est substitué au courant faradique, en même temps que sa direction est changée. C'est maintenant l'anode ou pôle positif que représente l'électrode antérieure. La force du courant varie de 50 à 70 dix millièmes (d'ampère). Cette dernière partie de l'application a pour objet et pour effet la sédation du cœur. Les battements du cœur diminuent instantanément de force, sinon de fréquence. Celle-ci est toujours le phénomène le plus difficile et le plus long à modifier d'une façon permanente.

La séance, composée de ces différents temps, dure de dix à quinze minutes, également réparties ou à peu près sur les trois principaux points (faradisation des carotides, de la région thyroïdienne, et galvanisation précordiale). Elle doit être répétée de deux jours l'un.

Je ne chercherai pas à vous donner la raison physiologique des effets ainsi obtenus. Le fait est qu'ils sont très nets. D'abord transitoires, s'effaçant peu de temps après la séance, ils persistent à chaque fois davantage, et on conçoit très bien que, par la répétition, ils puissent devenir permanents. C'est ce qui a lieu. Les symptômes le plus promptement modifiés, quelquefois dès les premiers jours, du traitement, sont l'exophtalmie et le goitre. Je vous ai dit pourtant que celui-ci pouvait, dans les cas anciens, laisser un résidu. La guérison complète exige un temps assez long, six mois et plus : le traitement électrique ne devait être d'ailleurs, et c'est là un point auquel tient beaucoup M. R. Vigouroux, corroboré par une autre médication.

DEUX CAS D'ANGINE COUENNEUSE

ET UN CAS D'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE GUÉRIS PAR LE SÉJOUR DES MALADES AU MILIEU DE VAPEURS ANTISEPTIQUES

Par M. le docteur BITTERLIN, de Saint-Maur (Seine).

Le 16 décembre 1884, l'enfant P..., âgé de quatre ans et demi, m'est présenté par sa mère qui avait été atteinte une année auparavant d'un érysipèle de la face.

La respiration de l'enfant est sifflante, la voix éteinte, la face vultueuse, la toux rauque. Les deux amygdales tuméfiées sont couvertes de deux fausses membranes grises, celle de gauche plus développée que celle de droite; elles sont adhérentes et envoient des prolongements dans le fond de la gorge. Les deux bronches sont engagées, celle de gauche plus que celle de droite.

En face d'une angine couenneuse bien déterminée, en pleine évolution et à forme envahissante : un vomitif (sirop d'ipéca, 30 grammes; poudre d'ipéca, 30 centigrammes) est immédiatement administré; puis le petit malade est enfermé dans une chambre cubant 36 mètres, dans laquelle on entretient constamment à l'état d'ébullition une casserole de terre remplie d'eau dans laquelle on verse, toutes les heures, une cuillerée de la solution antiseptique suivante :

Alcool rectifié.	50 grammes.
Acide phénique	30 —
Acide salicylique.	6 —
Acide thymique	10 —

La chambre du malade étant toujours remplie de vapeurs antiseptiques mêlées à l'air ambiant, malade et assistants respirent le mélange jour et nuit sans interruption.

On touche aussi la gorge, toutes les trois heures, avec un pinceau imbibé chaque fois de jus frais de citron. Une cuillerée d'une potion contenant 6 grammes de chlorate de potasse est donnée de temps en temps et on alimente le petit malade avec du lait et du bouillon.

Le 17, l'état de l'enfant n'a pas changé, mais n'a pas empiré. Une fausse membrane, celle du côté gauche, a été rendue après l'effet du vomitif; celle du côté droit n'a pas augmenté de volume, la toux est toujours rauque, la voix éteinte et la respiration moins sifflante. La nuit est agitée et le sommeil interrompu.

Le 18, une nouvelle fausse membrane plus mince s'est développée sur l'amygdale dénudée la veille. Mais sur l'amygdale droite la fausse membrane se détache graduellement sans se renouveler. Un nouveau vomitif, administré le soir, rend la place nette.

Le 19, l'enfant est plus calme, la respiration plus facile, la muqueuse qui était excoriée et saignante ne se recouvre plus de fausses membranes, le petit malade prend abondamment du laitage.

Le 20, il reprend ses jeux sur son lit; tout danger a disparu.

Sur ces entrefaites, la mère, âgée de trente-huit ans, vivement commotionnée par la gravité de la maladie de son enfant, est prise d'un érysipèle de la face qui en envahit successivement toutes les régions. Outre un purgatif salin pris au début, elle n'a pas eu d'autre traitement que de vivre au milieu des vapeurs antiseptiques auprès de son enfant.

Pouvant constater tous les jours l'évolution de l'érysipèle qui, tout en suivant sa marche envahissante, semblait s'atténuer sous l'effet des vapeurs antiseptiques, la maladie abandonnée à ellemême a guéri dans le même temps que l'angine couenneuse de l'enfant, dans l'espace de cinq jours, du 16 au 20 décembre.

La cure de cette angine couenneuse prise dans sa période d'état et d'aggravation, cure opérée en un aussi court espace de temps, n'est absolument due qu'à l'action modificatrice que les vapeurs antiseptiques ont imprimée à l'organisme. L'érysipèle de la mère est dans le même cas; il a guéri sous le seul contact des vapeurs antiseptiques agissant *intus* et *extra*.

L'observation suivante, faite dès le lendemain de la guérison de l'enfant P..., vient confirmer cette assertion :

Le 20 décembre, Mlle M..., institutrice, âgée de vingt-quatre ans, est prise d'angine double avec plaques grises sur les deux amygdales : fièvre ardente, langue saburrale, aphonie, respiration embarrassée.

La chambre de la malade est privée de cheminée ; on y installe aussitôt un fourneau d'alcool sur lequel on maintient dans une casserole en terre de l'eau antiseptique dans une ébullition constante.

Pendant trois jours qu'a duré le traitement, la malade a vécu dans cette atmosphère. Une potion éméto-cathartique a seule été administrée au début, et la malade, une fois les voies digestives débarrassées, a été alimentée avec potages, jus de viande, œufs, grogs au cognac. Chez cette jeune fille, la maladie infectieuse n'était pas aussi avancée que chez le jeune P... ; aussi a-t-elle guéri plus rapidement.

Des faits analogues ont déjà été publiés (1) par M. le docteur Renou (de Saumur). A la suite de la lecture des observations remarquables qu'il a publiées, j'ai appliqué son traitement de vapeurs antiseptiques qui a parfaitement réussi. Et comme ce confrère a demandé que ses expériences soient renouvelées par d'autres de ses collègues, je m'empresse de lui livrer ces trois cures, en lui en attribuant tout le mérite.

J'avais précédemment employé le traitement de fumigations de goudron térébenthiné institué par notre savant confrère Delthil; mais ce traitement a l'immense désavantage de noircir toutes les tentures et de donner aux assistants l'aspect de charbonniers. Aussi les fumigations produites par l'incandescence du mélange de goudron et de térébenthine sont-elles très avantageusement remplacées par le dégagement de vapeurs antiseptiques du docteur Renou qui n'ont rien de désagréable à respirer et qui, de plus, prémunissent les assistants contre la contagion.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 février 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté présenté par M. le docteur Doléris, chef de clinique d'accouchement;

2° Un travail manuscrit intitulé : *Relation d'une épidémie qui a sévi sur la ville de Gap en juillet* 1880, par M. Weil, médecin-major au 17e bataillon de chasseurs à pied.

PRÉSENTATION D'OPÉRÉ

M. Trélat présente un jeune Roumain auquel il a pratiqué une restauration de la voûte palatine et du voile du palais, il y a déjà quelque temps, et qui aujourd'hui s'exprime en français avec la plus grande facilité et la plus grande netteté. A ce sujet, M. Trélat insiste sur une remarque qu'il a faite relativement à des étrangers. Quand ignorant notre langue, par exemple, au moment de l'opération, ils se mettent à l'apprendre plus tard, ils l'articulent sans aucun des vices de prononciation qu'ils avaient dans leur propre langue.

Le jeune Roumain en question, appelé à la tribune, exprime sa reconnaissance pour M. Trélat dans les meilleurs termes et est fort applaudi.

RAPPORT

M. Guéniot lit un rapport sur le prix Capuron.

DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

M. Lunier pense que la diminution de la population de la France tient à plusieurs causes. La première est certainement une diminution de la natalité, diminution toute volontaire. M. Lunier a fait une enquête sur ce sujet dans ces derniers jours et il a appris l'extension considérable qu'avait prise dans certains départements la vente d'objets destinés à empêcher la fécondation. C'est là une pratique contre laquelle les médecins doivent réagir avec d'autant plus d'énergie que le nombre toujours croissant des maladies de l'utérus en est le résultat le plus clair. Il faut dire bien haut que cette sorte d'avortement préventif est, pour la mère, tout aussi dangereux que les avortements proprement dits, si fréquemment pratiqués en Angleterre.

En dehors de cette limitation de la fécondité par ces moyens ou d'autres semblables, car telles sont les formes qu'a prises la contrainte morale conseillée par Malthus, la diminution du nombre des enfants tient aussi tant au chiffre élevé des mort-nés, ou prétendus tels, qu'à la mortalité de la première enfance. Parmi les enfants déclarés comme mort-nés, un cinquième au moins, plus de 8000 par an, étaient nés vivants et viables. Si donc on prétend que le nombre des infanticides ne s'est pas accru, ce ne peut être vrai qu'en apparence. Le chiffre des infanticides poursuivis criminellement est très peu de chose par rapport au chiffre des infanticides qui échappent à toute poursuite. Comment faire pour restreindre ce mal ? Le mieux serait encore le rétablissement des tours, non comme ils existaient autrefois sans doute, mais avec des précautions nouvelles pour sauvegarder la vie des enfants qui y seraient apportés. Le rétablissement des tours n'exigerait pas même de loi nouvelle. Il suffirait d'une simple circulaire administrative, car le décret qui les a établis subsiste toujours. Cette question a été discutée dans un grand congrès international d'hygiène qui vient d'avoir lieu à Paris et auquel ont pris part MM. Marjolin, Rochard, etc. Tous les médecins étaient d'accord pour le rétablissement des tours; seuls les légistes, les économistes faisaient des objections; et, en définitive, le congrès a voté une série de vœux que voici :

1° Il n'y a pas lieu de rétablir les tours.

2° Dans les pays où la loi ne permet pas à la fille mère de contraindre son séducteur à contribuer à la dépense de l'enfant, prendre les mesures nécessaires pour lui assurer le secret en cas de remise de l'enfant au bureau de l'hospice dépositaire.

3° Dans les mêmes pays, établir des maternités où le secret serait garanti aux femmes qui viendraient y faire leurs couches.

Reste un autre élément qui contribue non moins à la diminution de la population : la mortalité du premier âge. Partout où a été appliquée la loi Roussel, cette mortalité a diminué d'une façon considérable; elle est tombée, comme l'a établi M. Rochard, de 90 p. 100 à 12 p. 100 environ. Malheureusement, elle n'est pas appliquée partout ; certains départements s'y refusent, et ils en ont le droit, d'après un principe de décentralisation absurde en cas semblable. Il faudrait que cette inégalité cessât. Il faudrait faire en outre une loi analogue pour la protection des enfants de plus de deux ans, sans parents ou ayant des parents indignes.

M. Lunier résume son discours par les propositions suivantes :

1° Demander aux pouvoirs publics d'étudier des dispositions légales ayant pour but de faciliter les mariages, d'autoriser la recherche de la paternité, d'accorder des primes ou des dégrèvements aux parents ayant plus de deux enfants, etc. ;

2° De rétablir les tours ou tout au moins d'adopter des dispositions légales garantissant le secret à la mère, qui abandonne son enfant au bureau d'un hospice dépositaire ;

3° D'appliquer plus strictement les excellentes prescriptions de la loi Roussel et d'étendre la protection de l'État aux enfants moralement abandonnés.

M. Le Fort avait pris la parole à l'improviste à la dernière séance, et il n'avait pas alors entre les mains les chiffres qu'il apporte aujourd'hui, pour prouver que l'on s'exagère le mal présent. L'accroissement de la population en ce moment est plus rapide qu'il n'était dans les dernières années de l'Empire. En 1866, M. Le Fort calcula que, d'après les nombres qui représentaient cet accroissement pour une période déterminée, la population de la France n'aurait pu se doubler qu'en 198 ans.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 131, 1074, 1122.

En prenant, au contraire, une période de 9 ans, à partir de 1872, on trouve qu'il suffirait de 159 ans d'un accroissement proportionnel pour arriver à ce doublement.

En effet, la population, en 1872, après la séparation de l'Alsace-Lorraine, était de 35728210, et en 1881, neuf ans après, elle s'est élevée à 37672048 ; différence en plus : 1943838.

D'où vient que la population s'accroît actuellement un peu plus vite? M. Le Fort tend à penser que la cause en est la diminution du temps de service militaire. Quand le service durait sept années, les mariages étaient forcément tardifs et certainement moins prolifiques, car les parents, quand ils sont plus jeunes, calculant moins, font plus d'enfants.

M. Le Fort est partisan du rétablissement des tours et il voudrait voir de nouveau permettre la recherche de la paternité. En effet, dans tous les pays où cette recherche est permise, le nombre des enfants illégitimes diminue aussitôt dans une grande proportion. Or ce sont ces enfants illégitimes qui donnent la mortalité la plus forte.

Quant à convaincre les gens mariés qu'ils doivent avoir plus d'enfants, il n'y faut pas songer avec nos mœurs. En effet, si on ne regarde pas en Angleterre le nombre des enfants comme portant préjudice à aucun d'entre eux, c'est que, d'une part, le partage entre les enfants n'est pas égal, et, d'une autre part, que les filles se marient sans dot. En France, au contraire, on n'épouse les filles que dotées, et tel père qui trouvera facilement, suivant sa fortune, le *placement* d'une fille si elle est unique, ne pourrait pas en marier plusieurs, du moins dans les mêmes conditions.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

L'anesthésie et les dentistes.

Par M. le Dr Th. David,
Directeur de l'École dentaire de Paris.

Un cas récent de mort, survenue par le fait de l'anesthésie chez un dentiste non muni du diplôme de docteur en médecine, a été signalé et critiqué par les principaux organes de la presse politique et médicale. Nous ne reviendrons pas sur ce fait en lui-même, que nous n'avons pas à apprécier. Mais à cette occasion se pose tout naturellement une question d'ordre plus élevé.

Les dentistes non munis de diplôme médical ont-ils le droit de pratiquer l'anesthésie?

C'est ce point de vue particulier et très précis que nous nous proposons de traiter.

La loi du 19 ventôse an XI, qui régit encore aujourd'hui l'exercice de la médecine, n'a point mentionné l'art dentaire. En vertu de ce silence, les dentistes ont jugé leur profession libre et ont pu l'exercer sans diplôme ni certificat d'études. Certains tribunaux ont bien condamné les dentistes pour exercice illégal de la médecine, et ont même très savamment motivé leurs jugements (Tribunal de Boulogne, 1846) : « La loi du 19 ventôse an XI sur l'exercice illégal de la médecine est applicable même à ceux qui se bornent à extraire et à poser des dents, sans se livrer au traitement des maladies de la bouche ni à aucune pratique de l'art de guérir. » (*Aff. Teneur contre Philippe.*) Mais chaque fois que les dentistes en ont appelé à la Cour de Cassation, celle-ci leur a donné gain de cause (arrêt du 23 février 1827, *aff. Delpeuch* ; arrêt du 15 mai 1847, *aff. Williams-Rogers*).

La Cour suprême a donc pensé que les dentistes qui se bornent à l'exercice de cette profession, c'est-à-dire qui ne se livrent en outre à aucune des pratiques de l'art de guérir, doivent bénéficier du silence de la loi à leur égard et ne sont assujettis à se munir d'aucun diplôme médical.

Cependant l'Administration elle-même a émis un avis contraire. On cite une lettre de M. Cunin-Gridaine, ministre de l'agriculture et du commerce, dans laquelle on lit :

« Toutes les fois que l'Administration a été consultée sur la question de savoir s'il faut être docteur en médecine ou officier de santé pour exercer la profession de dentiste, elle a répondu affirmativement. Il lui a paru que, l'art du dentiste étant une branche de la chirurgie, nul ne devait être autorisé à le pratiquer sans avoir justifié des connaissances exigées du chirurgien et qu'il y avait lieu d'appliquer aux contrevenants les dispositions des articles 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI (1) .»

Enfin les Chambres ont tellement considéré l'art du dentiste comme faisant partie de la chirurgie, que la loi du 25 avril 1844 affranchit les dentistes, comme tous autres médecins et chirurgiens, de la patente que tous avaient payée jusque-là. Un arrêté du 18 mai 1850 qui a rétabli ces patentes les a également rétablies pour les docteurs-médecins et pour les *chirurgiens-dentistes*.

Malgré l'avis des auteurs, parmi lesquels se trouvent des chirurgiens éminents (2), et des tribunaux eux-mêmes, la jurisprudence semble donc être ainsi fixée sur ce point.

Chose singulière et qui frise la contradiction, la même jurisprudence, qui ne veut pas assimiler le dentiste au médecin au point de vue de la responsabilité criminelle, les assimile cependant à un point de vue particulier de l'action civile. Divers arrêts ou jugements ont établi que les dentistes exercent une profession libérale et qu'ils ne peuvent être poursuivis par les voies commerciales. (Tribunal de la Seine, 8 mars 1884 ; Cour de Paris, 24 janvier 1849, 8 avril 1859.)

Voilà donc un corps tout à fait privilégié, jouissant des avantages attachés aux professions libérales et pouvant exercer librement, sans obligation de diplôme.

Mais, actuellement, nous ne voulons pas insister sur cette situation singulière ni rechercher si ces avantages sont justifiés ; nous voulons seulement examiner la question de savoir si l'anesthésie doit être considérée comme une opération du ressort du dentiste, ou doit être exclusivement réservée aux médecins.

La loi de ventôse an XI, qui fut apparemment une réaction contre les abus de la liberté, institua deux grades médicaux : le doctorat et l'officiat de santé. En créant les officiers de santé, elle voulut sans aucun doute pourvoir au traitement des cas les moins graves de la médecine et de la chirurgie. C'est ce qui ressort de l'article 29 :

« Les officiers de santé ne peuvent pratiquer les grandes opérations chirurgicales que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur dans le lieu où celui-ci est établi. Dans les cas d'accidents graves arrivés à la suite d'une opération exécutée hors de la surveillance et de l'inspection prescrites ci-dessus, il y aura recours à indemnité contre l'officier de santé qui en sera rendu coupable. »

Il ressort de ce texte :

1° Que la loi défend les grandes opérations aux officiers de santé, dans les lieux où est établi un docteur en médecine ;

2° Mais qu'elle ne prononce pas de peines contre ceux qui contreviendraient à cette prohibition. Le ministère public ne pourrait poursuivre (*Gazette des tribunaux*, 1876). Elle accorde seulement une action en indemnité à la partie lésée. Pour que cette action soit recevable, il faut :

1° Que l'officier de santé ait pratiqué seul une grande opération ;

2° Que cette opération ait été suivie d'accidents graves. Le point important consiste ici à déterminer ce qu'il faut entendre par grande opération. Voici l'opinion de Dalloz, 1854, p. 546 du tome XXXI :

« Que doit-on entendre par grande opération chirurgicale?

---

(1) Dubrac, *Jurisprudence médicale*, p. 323.

(2) Andrieu (*Pièces justificatives à l'appui de la pétition relative à l'exercice de l'art du dentiste*) 1876, rapporte des consultations signées d'Orfila, Marjolin, Réveillé-Parise, Roux, Velpeau. Tous sont d'avis que l'art dentaire fait partie de la chirurgie, comme les auteurs suivants : Coffinières, *Encycl. du droit*, V° Art de guérir, § 7. Marjolin, *Dict. de méd.* en 21 vol., art. Dentiste. Malgaigne, *Man. de méd. opér.* Lisfranc, *Préc. de méd. opér.* Morin, *Dict. de droit crimin.*, V° Art de guérir, p. 75. Dubrac, *Jurisp. méd.*, p. 319.

Briand et Chaudé (10e édit., t. II, p. 520) posent la question sans la résoudre.

Suivant Orfila, p. 46, on doit considérer comme telles l'ablation d'un membre, la résection des extrémités osseuses dans les grandes articulations, les opérations pratiquées sur des organes essentiels à la vie, la lithotomie, la lithotritie, l'opération du sarcocèle, de la hernie étranglée, de la cataracte, l'opération césarienne, l'embryotomie... Il est assez difficile de tracer ici des limites : une telle question appartient plutôt à la science médicale qu'au domaine du jurisconsulte... »

Malheureusement, cette distinction n'est pas établie d'une manière plus précise par le corps médical, dont la compétence est reconnue à juste titre. Le même vague subsiste dans la consultation célèbre qui fut donnée à cet égard par Velpeau, Ollivier d'Angers, Adelon, à propos des accidents graves survenus à la suite d'une opération considérée ordinairement comme minime, celle de la cataracte.

Selon ces auteurs, beaucoup d'opérations, d'après leur difficulté, les dangers qu'elles font courir, peuvent être, suivant les cas, considérées ou non comme de grandes opérations chirurgicales. Mais ils donnent néanmoins comme caractères principaux à une grande opération, réservée exclusivement aux docteurs en médecine : de n'être pas urgente, de s'adresser à un organe important, et de faire courir à l'opéré le risque de perdre la vie. C'est pourquoi ils ont décidé que la cataracte devait être rangée dans cette catégorie (1).

La loi de ventôse, non plus que cette consultation, n'avaient prévu l'anesthésie, qui ne date que de 1846. Mais nul doute que l'anesthésie ne soit au nombre des opérations grandes et graves, puisqu'elle s'adresse non plus seulement à une partie essentielle, mais à la totalité de l'organisme, et qu'elle peut être suivie de mort instantanée.

Cette manière de considérer l'anesthésie n'est contestée par personne ; l'anesthésie est une opération grave, pouvant entraîner la mort. Elle est donc interdite, aux termes de la loi de ventôse, aux officiers de santé. Le sera-t-elle aux dentistes non munis de diplôme médical? Assurément oui. Cette question de principe n'est pas à poser. Elle l'a été d'ailleurs, de fait, et résolue par la jurisprudence. (Jugement du tribunal de Lille. 8 avril 1873.)

« Attendu qu'il résulte des débats que de B..., dentiste, a employé le chloroforme afin d'amener l'insensibilité pour une opération dentaire ; — que l'emploi du chloroforme, qui est tout à la fois un médicament, une substance vénéneuse et un agent anesthésique d'une grande énergie, constitue nécessairement un acte d'exercice de la médecine ; — que de B..., ne justifiant d'aucun diplôme, n'a pas qualité pour en faire usage ; — qu'il a ainsi, à deux reprises différentes, exercé illégalement la médecine;

Attendu que, le 27 février, l'inhalation du chloroforme pratiquée par de B... a causé la mort de la dame C...; — que cette opération, qui avait pour but de provoquer l'anesthésie, est essentiellement différente des opérations réservées aux dentistes ; — qu'elle exige des précautions et des connaissances spéciales, et qu'elle est exclusivement du domaine de la médecine et de la chirurgie ; — qu'en se livrant à cette opération sans être muni d'un diplôme, de B... a manqué à l'observation des règlements; — qu'il a, de plus, commis une imprudence en ne demandant pas le concours d'un médecin, et une négligence, en ne se préoccupant pas suffisamment, pendant l'opération, de l'état des organes de la respiration et de la circulation au point de vue des conséquences que pouvait produire l'anesthésie ; — Par ces motifs, condamne... »

Mais au sujet de l'anesthésie, le dentiste et l'officier de santé ne sauraient être confondus.

Aux termes de la loi de ventôse, l'officier de santé peut, dans la limite de son ressort, la pratiquer sans contravention légale. Il ne s'expose qu'à une action civile en indemnité de la part de la partie lésée, et si l'opération a été suivie d'accidents graves.

Le dentiste, au contraire, commet l'exercice illégal de la médecine, il est passible d'une peine correctionnelle, et encourt les pénalités édictées par les articles 35 et 36 de la loi de ventôse : amende, et même prison en cas de récidive.

Cette peine correctionnelle est sans détriment de l'action civile à laquelle il est exposé en vertu des articles 1382 et 1383 du Code civil.

Code civil, 1382. — « Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par le fait duquel il est arrivé, à le réparer.

Code civil, 1383. — « Chacun est responsable du dommage qu'il cause, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence. »

Enfin, au point de vue général, il n'est pas jusqu'à l'article 3191 du Code pénal qui ne puisse être appliqué aux docteurs-médecins.

Code pénal, art. 3191, modifié par la loi du 13 mai 1863. — « Quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans de prison et d'une amende de 50 à 600 francs. »

Toutefois il faut convenir que ces dispositions ne sont que difficilement applicables aux docteurs, qui sont jusqu'à un certain point couverts par leur diplôme. Il faudrait qu'il y ait, de la part du médecin, négligence, maladresse, ignorance avérées.

Il n'en est plus de même pour les officiers de santé, lorsqu'ils ont contrevenu à la loi de ventôse ; car ils n'ont plus pour eux la présomption de capacité. L'article 3191 leur est applicable s'ils ont pratiqué une grande opération, et si, par leur faute ou non, il en est résulté des accidents graves.

Le dentiste, dépourvu de tout diplôme, lui, n'a plus d'excuse ; l'application de l'article précité lui est complète.

Et d'ailleurs, si l'on tient compte des conditions morbides de tout genre qui constituent les contre-indications de l'anesthésie chirurgicale, et dont le nombre devient chaque jour plus grand, par suite de leur connaissance plus exacte ; si l'on songe aux difficultés qu'éprouvent les chirurgiens à préciser ces contre-indications, puisque les accidents mortels surviennent encore ; comment les dentistes étrangers à la médecine générale pourront-ils les reconnaître et s'en garantir ?

En résumé donc, l'anesthésie est une grande opération qui peut être suivie d'accidents graves ; c'est une de ces opérations qu'aux termes de la loi de ventôse, les officiers de santé ne peuvent pratiquer. Les dentistes non diplômés qui la pratiquent encourent donc les pénalités édictées contre l'exercice illégal de la médecine (loi de ventôse), et, en cas d'accident, celles qui sont édictées par l'article 3191 du Code pénal. Ils sont en outre justiciables d'une action civile en dommages-intérêts.

Je sais bien que c'est montrer beaucoup d'ingratitude envers les dentistes que de leur défendre l'anesthésie qu'un des leurs (Horace Wells) a trouvée. Mais la loi, *dura lex*, le veut sagement ainsi. N'a-t-elle pas raison de demander des garanties suffisantes de savoir au praticien qui doit établir les indications ou les contre-indications d'une opération qui peut devenir immédiatement mortelle ?

D'ailleurs, si la loi leur est appliquée et leur interdit de pratiquer l'anesthésie, les dentistes ne réclameront point. Loin de là. Pourvu qu'ils puissent opérer, pratiquer les extractions, ils laisseront volontiers l'anesthésie aux médecins et se mettront de bon gré sous leur sauvegarde, pour ne pas en prendre la responsabilité. De cette façon, les choses seront correctement faites, et tout le monde y gagnera.

D'abord, le malade. Celui-ci a tout intérêt à se faire assister de son médecin ordinaire qui connaît le mieux ses antécédents pathologiques et qui peut le mieux prévoir les accidents capables de survenir et indiquer les mesures à prendre pour les éviter.

Ensuite, l'opérateur, qui n'aura plus la crainte, très éveillée en lui depuis l'accident qui a motivé cet article, de voir mourir dans son cabinet une personne qui vient d'y entrer, bien portante en apparence, quelques minutes auparavant.

Incidemment, nous devons dire un mot de la question des hono-

(1) *Ann. d'hyg. et de méd. légale*, 1840, vol. XXV, p. 205.

raires, question toujours délicate, et qui, dans notre profession surtout, suscite souvent des discussions fort ennuyeuses.

Un client qui entre chez un dentiste, qui en sort au bout de quatre ou cinq minutes, après avoir été endormi, opéré et réveillé par un seul homme, croit difficilement qu'il vient de supporter une grande opération, et ne se résoud pas sans peine à la payer ce qu'elle vaut. Si, au contraire, il est convaincu de la gravité de l'anesthésie, il ne regardera pas à se faire assister de son médecin, et à rémunérer équitablement celui-ci et l'opérateur.

Enfin, toujours à propos de l'anesthésie, il y a encore un point sur lequel les dentistes qui la pratiquent peuvent être pris en faute. Le décret du 8 juillet 1850 établit que seuls les pharmaciens diplômés ont le droit de détenir certaines substances reconnues dangereuses par leur emploi. Les dentistes contreviennent donc à ces dispositions en s'approvisionnant de substances anesthésiques, sans ordonnance de médecin, et autrement que pour leur usage personnel.

A ce point de vue encore, l'alliance du dentiste et du médecin pourrait donc être très utile au premier.

Sans doute la meilleure solution, la plus pratique, serait que tout dentiste fût docteur en médecine; mais en attendant la réalisation de ce désir, qui n'aura certainement pas lieu de longtemps, le mieux pour les dentistes non diplômés serait de se faire assister, pour pratiquer l'anesthésie, par un médecin, et de préférence, comme dans toutes les opérations chirurgicales, par celui du client.

Nous terminerons par l'expression d'un désir, celui de voir disparaître du vocabulaire de notre profession le mot *insensibilisateur*. Ce terme, créé pour rassurer le patient, ne lui fait entrevoir qu'une sorte d'action locale, en éloignant l'idée de l'anesthésie générale. Nombre de personnes ne sont ainsi endormies que parce qu'elles ont la certitude de ne pas l'être.

Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Drouineau, médecin et publiciste ; Guégan, médecin aide-major de première classe ; Campenon, agrégé près la Faculté de médecine de Paris ; Testut, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Renaud, médecin-major à l'hôpital militaire du Kram (Tunisie).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17377.

N° 16. — SAMEDI 7 FÉVRIER 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 7 FÉVRIER 1885. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Cancer de l'estomac et du pancréas.

Nous avons souvent soulevé ici la question des difficultés du diagnostic du cancer de l'estomac; s'il en est un plus difficile et plus obscur encore, c'est celui du pancréas. Quelles ne seront pas les difficultés à surmonter pour arriver à reconnaître l'existence simultanée et en quelque sorte connexe d'un cancer ayant envahi ces deux organes? C'est ce que nous allons voir dans le fait suivant, qui a fait le sujet de l'une des dernières leçons cliniques de M. le professeur Jaccoud.

Un homme de quarante ans est entré à la Pitié, dans le service de la clinique, le 20 décembre dernier, présentant un amaigrissement très marqué, une altération profonde de la coloration du tégument, qui n'est point jaune ni franchement blanc, mais d'un blanc terreux. Ce n'est pas la teinte simplement anémique; il suffit de la comparer avec la teinte de deux femmes chlorotiques qui sont en ce moment dans le service, pour voir qu'il n'y a rien de commun entre les deux. Ici la peau est d'un blanc sale, blafard, sans élasticité. Ce n'est ni de l'ictère, ni de l'anémie. Elle ne donne pas davantage, au premier aspect, l'idée d'une diathèse cancéreuse; ce n'est pas cette teinte classique jaune paille caractéristique du cancer. Mais il ne faut pas trop compter sur ce caractère, il manque plus d'une fois. Aussi, sans s'y arrêter, sur le seul fait de l'association de cette teinte particulière que nous venons de décrire avec l'amaigrissement, M. Jaccoud n'a pas hésité à se prononcer pour une cachexie cancéreuse chez ce malade. Mais cette cachexie cancéreuse admise, où est le cancer? — C'était là le problème clinique qui se présentait à résoudre. Il y avait deux voies pour y arriver : les renseignements fournis par le malade, et l'exploration.

Voici ce que l'interrogatoire du malade [a appris. Il fait remonter le début de sa maladie à six mois. Il a commencé par se sentir affaibli; puis il s'est mis à maigrir, l'appétit s'est perdu graduellement et il a pris particulièrement la viande en dégoût. Puis il a commencé à jaunir; l'ictère est devenu très foncé et a duré deux mois. Voilà déjà les premiers jalons qui conduisent naturellement vers la recherche de l'état des organes digestifs sus-ombilicaux. En examinant le ventre, on constate tout d'abord une asymétrie de la région sus-ombilicale, une saillie à gauche contrastant avec une dépression relative à droite, asymétrie que rendent plus sensible les mouvements respiratoires. Elle se présente sous la forme d'une sorte de calotte sphérique occupant l'espace compris entre le bord du muscle droit et le rebord costal. Elle ne paraît avoir aucune continuité avec les parties droites, dont elle est nettement séparée par la ligne blanche. Pendant la suspension des mouvements respiratoires, on constate que chaque systole lui imprime un léger mouvement.

La palpation confirme ces données de la vue; elle montre, en outre, que la tumeur a une plus grande étendue que celle indiquée par la vue seule, notamment à gauche et en haut. Elle permet d'en apprécier la consistance qui est solide, dure, homogène. On n'y constate ni bosselures, ni adhérences sensibles avec la peau.

La percussion sur la tumeur donne des résultats différents, suivant qu'elle est superficielle ou profonde. Superficielle, elle donne une matité absolue; profonde, elle donne de la matité, mais avec de la sonorité autour, surtout à droite. A gauche, on trouve la matité splénique à sa place, ne se confondant cependant point avec celle de la tumeur. Enfin l'auscultation fait entendre quelques frottements pleuraux dans la région sous-mammaire gauche.

La question de l'existence d'une tumeur résolue, aux dépens de quel organe est-elle formée? Quelle en est la nature? Au premier aspect, on pouvait avoir l'idée que cette tumeur appartenait au lobe gauche du foie. Mais la palpation faisait reconnaître que le foie avait son volume normal et qu'il était circonscrit dans ses limites régulières. Il fallait donc renoncer à cette idée. Le caractère propre de la percussion, donnant, sous une matité superficielle, la sensation d'une sonorité profonde, était d'ailleurs beaucoup plus en rapport avec l'existence d'une tumeur dans un organe creux. L'idée de l'estomac s'imposait alors. C'était à la grosse tubérosité de l'estomac qu'il fallait assigner le siège de la lésion.

Les symptômes étaient-ils en rapport avec l'existence probable d'une tumeur stomacale ? On a vu que les premiers symptômes avaient été l'affaiblissement et l'amaigrissement,

de l'anorexie et en particulier un dégoût pour la viande. Pendant longtemps il ne s'en était pas manifesté d'autres. Ce n'était pas assez pour se prononcer. Mais le 5 janvier, pour la première fois, le malade a été pris de vomissements de sang, qui ont été arrêtés par des applications de glace. Depuis, il a rendu du sang dans les selles et il a eu de fréquents vomissements alimentaires. Ce retard dans la manifestation de ces symptômes pathognomoniques d'une lésion de l'estomac pouvait s'expliquer, jusqu'à un certain point, par le siège même de cette lésion dans l'épaisseur des parois de l'estomac et dans sa grande tubérosité. Mais une autre interprétation était aussi possible. Ne pouvait-on pas se rendre compte de cette discordance apparente entre les premiers symptômes et l'idée d'un cancer de l'estomac, par cette circonstance que le cancer n'aurait pas débuté dans l'estomac, mais bien dans un organe voisin, dans le pancréas, d'où il se serait propagé secondairement jusqu'à lui ?

Ainsi s'expliquerait naturellement ce retard dans la manifestation des symptômes gastriques.

En admettant cette dernière hypothèse, la question se poserait actuellement en ces termes : Y a-t-il en ce moment des raisons valables pour penser que le pancréas est atteint par la néoplasie cancéreuse? Y en a-t-il pour penser qu'il a été atteint le premier?

Il y avait donc là deux questions à examiner : une question de fait et une question de filiation.

En fait, pour diagnostiquer un cancer du pancréas, M. Jaccoud s'est fondé sur trois symptômes : la présence du sucre dans les urines, celle de la graisse dans les selles, et l'existence d'une sorte de pigmentation spéciale de la peau.

Quant à la question de savoir si le cancer a débuté par l'estomac ou par le pancréas ; il y avait en faveur de cette dernière hypothèse le retard constaté dans l'appréciation des symptômes provenant de l'estomac.

Toutefois ce retard dans l'apparition des symptômes gastriques ne serait pas absolument incompatible avec l'idée d'un cancer débutant de l'estomac, certaines formes telles que celle du cancer en nappe, par exemple, pouvant exister pendant un temps plus ou moins long, sans donner lieu à aucun symptôme gastrique ; de sorte que cette circonstance ne résout pas la question.

Il y aurait bien une autre circonstance, qui pourrait jusqu'à un certain point aider à résoudre la question en faveur du début par le pancréas, c'est l'existence d'un ictère qui s'est manifesté au début de la maladie de cet homme, et qui a duré deux mois. Mais si l'apparition de cet ictère semble être une indication favorable à l'hypothèse du cancer primitif du pancréas, cette indication est infirmée par le fait même de sa cessation.

Les observations de cancer du pancréas les mieux établies démontrent, en effet, ou qu'il n'y a pas d'ictère du tout, ce qui tient dans ces cas-là à ce qu'il n'y a aucune communication entre la tumeur pancréatique et les voies biliaires, ou bien, au contraire, qu'il y a un ictère, par suite de la compression que la tumeur exerce sur ces vaisseaux, ce qui est le cas le plus commun, et que l'ictère alors ne disparaît point. Dix observations de cancer pancréatique publiées dans la période comprise entre 1876 et 1881 montrent que l'ictère a persisté jusqu'à la mort. Or, ici, on vient de voir qu'il a disparu.

La seule conclusion possible à tirer de cette enquête, c'est qu'on manque en réalité des éléments nécessaires pour résoudre la question, et que le plus sage est de la laisser indécise dans ce cas particulier.

Traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus.

Aux anciens procédés de traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus par l'emploi de faibles intensités électriques, manquant de dosage et administrées souvent d'une façon empirique, M. le docteur Apostoli a substitué une méthode plus active, s'élevant à des intensités maxima inconnues jusqu'à présent, et toujours intra-utérine.

L'opération est destinée à mettre en œuvre l'action chimique de l'électricité, élevée à sa plus haute expression médicale. Elle consiste à faire passer un courant à dose suffisante pour produire une cautérisation énergique au point d'entrée et de sortie du courant de l'économie. Les deux pôles activent la régression et la dénutrition du fibrome ; mais à côté de cette action générale se placent des indications particulières à chacun d'eux : l'hémorragie et le catarrhe pour le positif, la périmétrite chronique concomitante, la dysménorrhée pour le négatif.

Le courant doit être toujours constant.

L'intensité de l'opération devant être proportionnelle au but qu'on se propose, et qui est ici de produire une escarre intra-utérine la plus énergique possible, M. Apostoli s'est attaché à l'élever au maximum qu'il soit médicalement possible d'atteindre. Ayant commencé d'abord par de petites intensités qui étaient toutefois les maxima de la pratique médicale courante (de 40 à 50 milliampères), il a pu successivement et progressivement atteindre 100 milliampères, dose moyenne qu'il emploie habituellement. Il admet toutefois des exceptions à cette règle, pour certaines catégories de malades, celles, par exemple, qui ont, avec leur tumeur fibreuse, de l'hystérie aiguë, de l'entérite glaireuse ou de la périmétrite subaiguë. Il s'arrête généralement, dans ces cas, à 50 milliampères.

La durée de l'opération, comme son intensité, doit avoir ses degrés ; elle a ses moyennes, son minimum et son maximum. La moyenne oscille entre cinq et dix minutes, suivant la tolérance des malades.

Le nombre des opérations ou séances est nécessairement très variable. M. Apostoli considère comme moyenne de vingt à trente séances. Quant aux moments des opérations et à leurs intervalles, M. Apostoli opère en moyenne toutes les semaines ; s'il y a urgence, deux fois par semaine.

Le procédé opératoire.

L'action cherchée devant être tout intra-utérine, concentrée par conséquent dans le pôle qui y sera renfermé et qui sera le pôle vraiment actif ; l'autre appliqué sur la peau devra être étendu sur une grande surface, afin d'être rendu le plus inactif possible. M. Apostoli a imaginé, à cet effet, de recouvrir l'abdomen d'une couche de terre glaise. Voici en quelques mots quelle est la technique opératoire :

La malade étant convenablement placée, et toutes les pièces de l'appareil mises en bon état (on doit se servir d'une pile à action chimique élevée), on commence par plaquer au milieu du ventre la terre glaise, sur laquelle on juxtapose une petite plaque métallique à laquelle aboutira un réophore qui servira à fermer le circuit. On introduit ensuite l'hystéromètre avec toutes les précautions qu'exige une pareille opération, avec une douceur extrême, en le

faisant glisser sur la pulpe de l'index, qui lui sert de conducteur ; on fixe ensuite solidement le réophore sur l'hystéromètre une fois mis en place. Le vagin doit être garanti par un manchon de caoutchouc affleurant au col. On ne commence à débiter le courant que lorsque toute douleur ou toute sensibilité résultant du passage de la sonde aura totalement disparu. Débuter lentement, progressivement ; n'arriver à 100 milliampères qu'au bout d'une demi-minute à une minute ; tenir pendant tout le temps de l'opération l'hystéromètre *in situ ;* interrompre la séance comme on l'a commencée, doucement, lentement, et jamais d'un seul coup.

Après l'opération, s'opposer absolument à ce que la femme marche ; la faire reposer allongée d'une heure à deux heures.

Dans l'ouvrage récemment publié, que nous avons sous les yeux, M. le docteur Lucien Carlet a réuni les observations complètes de toutes les malades soignées à la clinique de M. Apostoli, atteintes de fibromes de l'utérus, pendant le cours des deux dernières années (de juillet 1882 à juillet 1884). Voici le résumé de ces observations et les conclusions générales que M. Carlet en a déduites.

Au total, 94 malades ont été soignées, qui, suivant le traitement qu'elles ont subi, se décomposent ainsi : 59 traitées par les galvanocaustiques positives ; 21 par les galvanocaustiques négatives ; 5 par les galvano-punctures, précédées ou suivies de galvanocaustiques positives ou négatives ; 9 traitées successivement par les galvanocaustiques positives ou négatives.

En ajoutant à ces chiffres les opérations qui ont été faites en dehors de la clinique, M. Carlet arrive à un total de 118 malades et plus de 1 000 galvanocaustiques.

L'analyse de ces 118 observations démontre, jusqu'à ce jour, l'innocuité absolue de la méthode, toutes les fois qu'elle est appliquée avec les soins et les ménagements indiqués.

La galvanocaustique intra-utérine, d'après MM. Apostoli et Carlet, amène une régression rapide des fibromes, mais non leur disparition totale. Elle restaure l'état général des malades, supprime les métrorragies et assure en général à l'opérée un bien-être souvent rapide et durable.

Nous appelons l'attention en même temps que le contrôle des praticiens sur cette méthode.

DIPHTÉRIE, TRACHÉOTOMIE

MÉTHODE DU DOCTEUR RENOU. — GUÉRISON.

Par M. le docteur Bouchard (de Saumur)

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le 2 décembre dernier, je suis appelé pour le petit M..., âgé de quatre ans, demeurant à Saumur. Les parents, ouvriers peu aisés, habitent un rez-de-chaussée humide et placé au-dessous du niveau de la rue étroite, sombre, regardant le nord-est, et où ne paraît jamais aucun rayon solaire, si ce n'est au milieu du jour pendant l'été.

Cet enfant, me dit la mère, tousse depuis plusieurs jours, et, croyant à un simple rhume, elle n'en faisait aucun cas. Il est enroué, depuis le 30 novembre, et sa poitrine siffle pendant la nuit.

Je trouve, en effet, la voix presque éteinte, la toux voilée, rauque, et la respiration accompagnée de sifflement trachéal. L'auscultation me révèle une diminution légère du murmure vésiculaire et le retentissement du sifflement trachéal. Pas de rougeur dans la gorge et aucune trace de fausses membranes. De la fièvre accompagne cet état, et l'enfant n'a pas d'appétit. J'espère n'être encore en présence que d'une laryngite simple, et je prescris des boissons chaudes ; une potion soufrée avec alcoolature d'aconit et teinture de belladone ; des bottes d'ouate avec taffetas gommé autour des membres inférieurs ; une température de 20 degrés dans l'appartement ; une alimentation, si c'est possible, avec du lait, des œufs, du vin, du café et un peu de cognac (l'enfant n'aime pas le bouillon gras).

Le lendemain, 3 décembre, les symptômes de la veille ont été en augmentant, et je commence à n'avoir plus de doute sur la nature diphtéritique de l'affection. La voix complètement éteinte, la toux très voilée, plus rauque, plus profonde, et le sifflement trachéal de la veille tend à devenir du tirage, il y a un commencement de dépression épigastrique à chaque inspiration.

Le lit de l'enfant est immédiatement entouré de draps, lesquels sont fixés par des clous au plafond de l'appartement, de manière à limiter le plus possible le volume des vapeurs antiseptiques, à accumuler par conséquent ces vapeurs autour de lui.

Entre le lit et le mur, dans le volume d'air limité par ces draps, je fais placer, à la hauteur de l'enfant, un fourneau à pétrole ayant deux mèches, une grande casserole de métal dans laquelle on met environ deux litres d'eau chaude, une poignée de fleurs de sureau, pour donner davantage de vapeurs, et six cuillerées à bouche du liquide antiseptique suivant :

Acide phénique cristall. pur.	35	grammes.
Alcool rectifié.	50	—
Vinaigre antiseptique de Pennès.	150	—
Eau	450	—

J'ai cru devoir modifier la formule adoptée par M. Renou, m'étant aperçu, comme lui, quelquefois d'une grande sécheresse de la bouche, de la gorge, et d'une soif intense chez certains malades, quand les vapeurs antiseptiques étaient trop abondantes. De mon côté, chaque fois que j'entrais dans une chambre de l'un de nos malades, j'étais pris de picotements dans la gorge et de toux consécutive. Nos gardes-malades également se plaignaient de cette sensation, désagréable et incommode. L'une d'elles a eu des abcès de la gorge après avoir soigné un de ces enfants. Avec cette nouvelle formule, je n'ai rien observé de semblable.

Le liquide est maintenu en ébullition constante, et toutes les deux heures on ajoute une cuillerée à bouche de la solution antiseptique, et de l'eau en quantité suffisante pour maintenir constamment le mélange au volume de deux litres environ.

Le lit, ainsi entouré, a tout à fait l'aspect d'une tente dont la partie opposée au fourneau et regardant l'appartement est légèrement ouverte à sa partie inférieure pour permettre le renouvellement de l'air et le dégagement des vapeurs antiseptiques.

L'appartement est constamment maintenu à une température variant entre 20 et 25 degrés centigrades. Elle ne doit jamais s'abaisser au-dessous de 20 degrés,

Cette température est nécessaire afin de permettre l'absorption des vapeurs antiseptiques par les voies respiratoires, ce qu'on ne tarde pas à constater, les urines prenant quelquefois une teinte légère vert olive.

Chez mon petit malade, la chambre était grande, basse d'étage, et la chaleur était entretenue par un poêle dit poêle cuisinière, sur lequel j'avais fait placer un vase contenant de l'eau maintenue constamment en ébullition, afin d'empêcher le dessèchement de l'air de l'appartement.

Je fais continuer le même traitement que la veille.

Le 3 décembre au soir, la respiration se fait avec plus de tirage que le matin, et je parle de la possibilité de la trachéotomie dans la nuit, ou le lendemain, s'il n'y a pas d'amélioration, ou s'il survient de la suffocation.

Le 4 décembre au matin, le tirage est le même, il n'y a pas eu de suffocation, l'hématose paraît se faire encore à peu près normalement; toujours pas de fausses membranes dans la gorge.

Vers midi, l'enfant est pris subitement de suffocation. Ne pouvant me rendre près de lui, je prie mes confrères les docteurs

Renou et Besnard de vouloir bien me remplacer, et de pratiquer la trachéotomie s'ils la croient nécessaire.

A leur arrivée, ils trouvent l'enfant avec un commencement de cyanose, un tirage très intense, des suffocations répétées, et ils pratiquent l'opération séance tenante, dans un milieu de vapeurs antiseptiques et une température supérieure à 20 degrés centigrades.

L'opération se passe régulièrement, et après l'introduction de la canule dans la trachée, quantité de fausses membranes sont expulsées. Nul doute, par conséquent, sur la nature de la maladie.

A partir de la terminaison de la trachéotomie, l'hématose se rétablit, et l'enfant expulse à chaque instant des mucosités et des fausses membranes par sa canule. Son cou est constamment enveloppé, et l'air chargé de vapeurs antiseptiques pénétrant par la canule dans les voies respiratoires est constamment tamisé par une mousseline faisant cravate, sur laquelle on verse, chaque fois qu'on vient à la renouveler, quelques gouttes de vinaigre de Pennès.

L'enfant est alimenté comme précédemment avec du lait, du vin, du café et du grog au cognac. La même potion est continuée, plus pour les parents que pour le traitement de l'enfant, qui du reste ne répugne pas à la prendre.

Les choses se passent régulièrement sans le moindre accident, et les pièces du pansement, les galons de la canule, le linge, le taffetas gommé sont renouvelés suivant les besoins.

Le 8 décembre j'enlève la canule. La plaie du cou est recouverte d'une fausse membrane, l'enfant tousse à plusieurs reprises et expulse, par la plaie et par la bouche, des mucosités sanguinolentes. Après une demi-heure environ, il est pris de suffocation, et il me faut immédiatement la replacer.

Le 9 décembre, rien d'anomal.

Le 10 décembre, nouvelle tentative pour enlever la canule. La plaie a bon aspect. Je la rapproche autant que possible avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre, et je remets autour du cou une cravate de mousseline légèrement imbibée du liquide qui sert à la vaporisation antiseptique. La cicatrisation marche régulièrement, la respiration se fait bien, l'appétit devient excellent, et je fais lever le petit malade pendant quelques heures dans la journée du 13 décembre.

A partir de ce jour, on cesse les vapeurs antiseptiques en maintenant cependant la chambre à une température assez élevée pour éviter une transition trop brusque dans la température.

Le vase qui a servi à la vaporisation des substances antiseptiques est placé sur le poêle de l'appartement, et on y met constamment de l'eau qui est maintenue en ébullition jusqu'au 20 décembre.

Le 20 décembre, la plaie du cou est à peu près cicatrisée, et l'enfant est guéri. J'en ai, du reste, eu la confirmation depuis ce jour.

On me pardonnera la description minutieuse et certains détails sur lesquels j'ai cru nécessaire d'insister dans l'intérêt du mode de faire; mais quelques confrères, avant ou après la trachéotomie dans des cas de diphtérie, ont cru, jusqu'à ce jour, avoir bien traité leur malade parce qu'ils avaient mis dans sa chambre une chaudière donnant des vapeurs antiseptiques. Leur traitement s'est borné à cela, ils ont eu des insuccès, et ils ont cru avoir rempli toutes les indications.

MÉTHODE ÉLECTROLYTIQUE

APPLIQUÉE A LA GUÉRISON DU CHALAZION ET DES KYSTES GLANDULAIRES EN GÉNÉRAL (1).

Par M. le docteur Gard (de Toulouse).

Le chalazion est cette petite tumeur qui, douloureuse ou non, le plus souvent chronique et indolente, se développe dans le cartilage tarse des paupières. Elle est formée par une glande de Meibomius distendue, soit par une hypersécrétion fibrineuse des produits de la glande, comme dans les cas douloureux et sous l'influence du froid, soit par les produits normaux accumulés dans le cul-de-sac, par suite d'une obstruction mécanique de l'orifice de la glande.

Le chalazion peut être un ou multiple, gros ou petit, récent ou ancien, quelquefois en voie d'élimination par suppuration du contenu et ulcération de la peau, d'autres fois en voie de résorption et transformation crétacée.

Dans tous ces cas, la même méthode peut être employée.

Le procédé actuel consiste à saisir la paupière entre la pince-fenêtrée de Desmarres, et à disséquer la tumeur avec pinces et bistouri, pour l'enlever aussi proprement que possible, faisant suivre l'ablation d'une cautérisation au nitrate d'argent, quand l'ablation n'est pas complète.

Il faut un aide, trois ou quatre instruments; le malade souffre, il saigne, il salit son mouchoir.

Avec la méthode électrolytique, rien de plus simple.

Mode opératoire. — Le médecin a toujours dans son cabinet une pile électrique prête à fonctionner: il applique un large réophore pôle positif sur le cou ou les épaules du patient, et avec une aiguille en rapport avec le pôle négatif, il pique la tumeur, tenant l'aiguille avec la main droite et la tumeur avec la main gauche. Dans trois minutes l'opération est finie sans douleur et sans perte de sang, et la disparition de la tumeur obtenue au bout de huit jours sans douleur et sans précaution ultérieure aucune.

Explications. — J'ai, dans mon cabinet, une pile composée de 96 éléments au sulfate de cuivre, qui entrent en activité huit par huit, au moyen d'une corde, qui fait monter et descendre les zincs comme une cage suspendue au plafond. Chaque élément est formé d'un vase cylindrique en verre, de 6 centimètres de diamètre et de 14 centimètres de hauteur. Le bâton de zinc, de 7 centimètres de hauteur sur 2 centimètres carrés de base, est soudé à une lame de plomb qui descend au fond de l'autre vase, et les éléments réunis forment une pile à couronne. On peut collecter le courant sur le nombre d'éléments que l'on veut, en faisant plonger les électrodes dans les vases extrêmes de la série désirée. Les bocaux, placés sur un rayon de placard, forment quatre rangées. Au bord du rayon supérieur, il y a deux fils de laiton qui le parcourent dans sa longueur et vont aboutir près de mon fauteuil. Deux électrodes, positif et négatif, formés par un fil de laiton soudé par ses bouts à une lame de plomb et à un crochet plat, tiennent lieu de collecteurs. Les lames de plomb trempen dans les bocaux extrêmes de la série employée, et les crochets glissent sur les fils de laiton du rayon supérieur.

Chaque élément revient à 30 centimes, et ne se dérange jamais.

La pile étant en activité, je relie au pôle positif une large plaque de plomb recouverte d'un linge mouillé, et la mettant derrière le cou du patient, elle est retenue par le col des habits, ou bien je la fais tenir à la région du ganglion cervical supérieur par une cravate élastique ou une pince en forme de ressort de bandage herniaire.

Le pôle négatif est armé d'une aiguille à coudre quelconque attachée au fil du conducteur, soudée ou non. Je prends 24 éléments.

Le malade est assis en face de moi, je retourne la paupière malade avec le pouce et l'index de la main gauche, et tenant l'aiguille entre le pouce et l'index de la main droite ou avec une pince, je pique la tumeur jusqu'au centre.

A ce moment, si le courant a l'intensité désirée, le malade surpris fait un petit mouvement qui se renouvellerait à chaque interruption brusque du courant; il éprouve un phosphène lumineux et une sensation gustative de fer dans la bouche. Mais tous les malades ne se rendent pas compte de ces phénomènes, et ils ne les énoncent qu'après avoir été interrogés.

Au bout d'une minute, il se forme autour de l'aiguille une aréole jaunâtre de tissus désorganisés, on voit même quelquefois de petites bulles de gaz hydrogène former un bourbillon, et lorsque après un certain temps, trois minutes environ, on juge avoir formé

(1) Communication au congrès d'ophtalmologie du 26 janvier 1885.

une escarre suffisante, on enlève l'aiguille, mais si doucement que le malade n'éprouve ni phosphène ni sensation aucune. Pour éviter le premier choc de fermeture du courant, je me sers quelquefois d'une carte de visite placée entre le réophore et la peau, et que le malade enlève doucement quand je le lui dis.

Si par mégarde on se servait de l'aiguille comme pôle positif, elle s'oxyderait immédiatement, piquerait mal ou se dissoudrait dans la tumeur. Du reste, l'action caustique du pôle positif étant moindre que celle du pôle négatif, il y aurait inconvénient à cautériser le cou à la place de la tumeur.

La dimension de l'escarre est le produit du temps et de l'intensité du courant, et comme ces deux facteurs peuvent varier à l'infini et que l'on peut se servir de toute espèce de pile, je me dispenserai d'évaluer la force électromotrice développable en milliampères, laissant à chacun le soin de déterminer le coulomb ou travail mécanique utile qu'il aura besoin d'employer pour le cas présent.

A cause du temps, qui est long quand on ne dispose que d'un petit courant, je me suis servi aussi d'une pince en forme de serre-fine, qui saisit la tumeur entre ses deux mors et peut rester pendante sur la joue tout le temps que l'on veut, sans gêner le malade. L'un des mors est armé d'une longue dent qui pénètre dans la tumeur, tandis que l'autre, plat, garni de cire isolante, sert de support à la tumeur.

Quelques jours après, et quelquefois tout de suite après, la tumeur se vide, seule ou par pression, mais en tout cas elle se vide, et si la première opération ne suffit pas, on peut y revenir une seconde fois.

Après une opération satisfaisante, le trou de l'aiguille reste béant et visible ; il s'est formé une escarre cylindrique, un trajet fistuleux par lequel le contenu du kyste liquéfié et désorganisé sort tout entier.

Je ne cite pas d'observation, car tout le monde sait ce qu'est un kyste de Meibomius, et comme depuis un an je n'emploie pas d'autre méthode, à ma grande satisfaction et à celle des malades, qui ne sont nullement effrayés ni blessés par ma piqûre, et que je n'ai jamais observé le moindre inconvénient ni le moindre insuccès, je pense que tous ceux qui en essayeront en seront aussi enchantés que moi.

J'ai appliqué cette méthode aux kystes sébacés de la joue, et je pense qu'on peut l'appliquer à tous les kystes pour les vider, à toutes les tumeurs pour les détruire, et que dans une foule de cas l'action électrolytique du courant, tantôt caustique et tantôt révulsive, toujours excitatrice de la vitalité et de la nutrition, par la facilité extrême de sa localisation superficielle ou profonde, et de son intensité dosable comme le temps, rendra des services plus nombreux que les caustiques et les révulsifs quels qu'ils soient.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 février 1885. — Présidence de M. Duplay.

COMMUNICATIONS

Traumatisme cranien, trépanation. — M. TERRILLON lit un rapport relatif à une observation présentée par M. Kirmisson. Il s'agit d'un enfant qui, huit jours après un traumatisme cranien, est atteint d'hémiplégie. En même temps que cette hémiplégie persiste, l'enfant accuse en un point fixe de la région temporale une douleur très vive. Devant la persistance de cette douleur et des accidents paralytiques, M. Kirmisson se décide à pratiquer une trépanation. Cette opération n'amène aucun résultat, pas plus au point de vue du diagnostic que du traitement. L'enfant tombe dans le coma et meurt.

L'autopsie ne révèle, en effet, aucune trace de traumatisme cérébral; mais, par contre, elle fait découvrir une tumeur et des lésions de nature tuberculeuse. L'examen histologique confirme cette nature tuberculeuse. On ne trouve cependant pas de bacilles.

M. Terrillon rapproche de cette observation d'autres cas analogues. Un homme de vingt et un ans fait une chute; aussitôt après apparaît une bosse sanguine; il perd connaissance, tombe dans le coma et reste ainsi trois mois dans une sorte d'état comateux; puis il se rétablit; mais il a toujours des maux de tête et, six mois après, présente des accidents convulsifs; en même temps il accuse un point douloureux fixe au niveau même de l'endroit où se trouvait la bosse sanguine. On fait la trépanation; on ne trouve pas de lésion. Six mois après, le malade meurt d'une phtisie galopante. On fait l'autopsie, on ne trouve aucune lésion cérébrale.

On trouve ainsi, ajoute M. Terrillon, les coïncidences les plus bizarres. Cela veut-il dire qu'il ne faut pas trépaner dans ces cas ? Une douleur persistante, dans un point fixe, coïncidant avec des phénomènes de paralysie constitue pourtant bien une indication de la trépanation, opération d'ailleurs bien peu dangereuse et même inoffensive, surtout avec la méthode antiseptique.

M. Kirmisson, discutant son observation, se demande si, dans ce cas, le traumatisme n'a pas été pour quelque chose dans l'apparition ou l'évolution des lésions tuberculeuses. M. Terrillon répond à cela que l'hémiplégie ayant apparu huit jours après le traumatisme, l'hypothèse soulevée par M. Kirmisson n'est pas admissible. Il s'agit là simplement d'une coïncidence curieuse, instructive.

Tout au plus pourrait-on admettre que le traumatisme ait activé la marche de l'affection tuberculeuse.

Mac Even a rapporté l'observation d'un homme de quarante-quatre ans, qui fait une chute, a une plaie du cuir chevelu et tombe immédiatement dans un coma profond avec contraction et immobilité des pupilles, respiration stertoreuse, etc. On croit à une compression du cerveau. Le malade meurt douze heures après sa chute. On trouve à l'autopsie une tumeur ancienne, un gliôme, dont le déplacement brusque par suite de la chute a été la cause de la mort.

Ces observations soulèvent un point de médecine légale des plus importants. Par exemple, dans le cas de M. Kirmisson, on serait en droit d'incriminer le traumatisme au point de vue de son influence sur le développement des lésions tuberculeuses.

Taille hypogastrique. — M. MARÉCHAL communique l'observation d'un malade chez lequel il a dû pratiquer trois tailles : deux périnéales et une hypogastrique pour extraire un calcul phosphatique enchatonné et une partie de sonde tombée dans la vessie. (Comm. : MM. Delens, Bouilly et Monod.)

Statistique. — M. TERRIER fait connaître la statistique des opérations qui ont été pratiquées dans son service, à l'hôpital Bichat pendant l'année 1884, c'est-à-dire pendant huit mois, son service ayant été fermé pendant quatre mois, sous prétexte d'épidémie cholérique. Sur un assez grand nombre d'opérations, il n'a eu que 13 décès. M. Terrier se déclare partisan de la méthode antiseptique et de la réunion immédiate chaque fois qu'elle est possible.

Luxation du coude. — M. NÉLATON communique une observation de réduction de luxation du coude en arrière datant de cinq mois et demi. (Comm. : MM. Pozzi, Nepveu et Farabeuf.)

Ostéosarcome; ablation du maxillaire inférieur. — M. NICAISE présente une malade qu'il a opérée il y a quinze jours. Il a pratiqué la résection du maxillaire inférieur, depuis la dernière molaire d'un côté jusqu'à la canine du côté opposé, pour un ostéosarcome. Il a fait la section de l'os avant d'ouvrir la muqueuse buccale. Puis, celle-ci ayant été ouverte, il a fait une suture totale, a cherché et obtenu la réunion par première intention. La réunion a été parfaite. La malade était complètement guérie huit jours après l'opération.

Il a employé le pansement à l'iodoforme, la gaze iodoformée. L'intérêt de cette observation réside dans ce fait de la réunion par première intention d'une plaie en rapport avec la cavité buccale. Le malade n'a pas eu un seul instant de fièvre.

M. RECLUS, depuis qu'il emploie le pansement à l'iodoforme à

la suite de l'amputation de la langue, n'a plus jamais vu se produire d'hémorragies secondaires après cette opération.

M. MARC SÉE rappelle que l'utilité de l'iodoforme et de la gaze iodoformée est particulièrement remarquable dans les cas où le pansement de Lister est inapplicable. C'est là un fait démontré depuis longtemps.

La séance est levée.

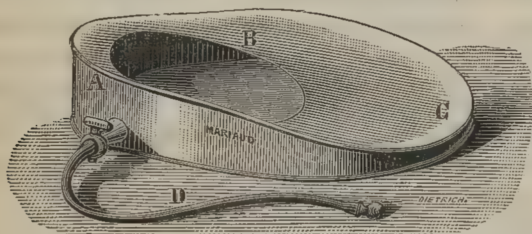
INSTRUMENTS ET APPAREILS

Injecteur utéro-vaginal du docteur Yvonneau.

Les injections à l'eau simple ou médicamenteuse ne peuvent donner de bons résultats qu'autant que la femme occupe une position horizontale, le bassin sensiblement plus élevé que la région lombaire.

L'injecteur utéro-vaginal, fabriqué par M. Mariaud, offre tous ces avantages.

Il se compose de trois pièces juxtaposées; deux présentent exactement la même forme ovoïdale; elles sont reliées entre elles



circulairement par une troisième pièce de forme trapézoïde A, évidée sur l'un de ses côtés C. Une ouverture ovalaire est pratiquée à sa partie supérieure B. Enfin un tube de dégagement évacuateur des liquides D, muni d'un robinet, est placé à la base de l'appareil.

La simplicité de l'instrument est telle que la figure ci-contre est plus que suffisante pour bien faire comprendre son mode d'emploi.

M. le docteur Yvonneau emploie depuis longtemps, avec succès, l'appareil, tant dans son service à l'hôpital de Blois que dans sa clientèle privée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur F. Mallez, qui a succombé mercredi soir aux suites d'une troisième attaque d'apoplexie.

Spécialiste du plus haut mérite, M. le docteur F. Mallez avait conquis, seul et sans appui, la grande situation qu'il avait parmi les praticiens. D'un dévouement absolu pour ses malades, esprit fin, causeur charmant, il laisse les regrets les plus vifs à tous ceux qui l'ont approché.

Ses obsèques auront lieu aujourd'hui samedi, à onze heures, en l'église Saint-Roch.

— Par décret, en date du 4 février 1885, M. le docteur Sockeel, médecin-major de deuxième classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 4 février 1885, M. le docteur Badal est nommé professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 février 1885, la chaire de chimie de la Faculté des sciences de Nancy est déclarée vacante.

— La séance générale annuelle de l'Académie des sciences de Paris est définitivement fixée au lundi 23 février 1885.

— Dans le comité secret de l'avant-dernière séance, l'Académie de médecine a réparti les fonds du legs Monbinne de la manière suivante :

1° Un prix de 4000 francs à M. le docteur A.-F. Martin, pour son ouvrage sur l'administration sanitaire civile à l'étranger et en France.

2° Deux prix de 2000 francs chacun, l'un à M. le docteur Straus, l'autre à M. le docteur Roux, pour leurs recherches sur le choléra à Toulon en 1884.

3° Deux prix : l'un de 2000 francs, à M. le docteur Van Merris; l'autre de 500 francs, à M. le docteur Amat, médecin militaire pour leurs mémoires sur l'influence des bains de mer dans le traitement de la scrofule chez les enfants.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Planteau, agrégé, est institué chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Testut, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Deroeux (Eugène-Cyprien) est nommé aide-préparateur de physique, en remplacement de M. Thiéry, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine libre de Lille.* — M. le docteur Jeannel, professeur de thérapeutique et de matière médicale, est nommé professeur honoraire.

M. le docteur Guermonprez est nommé professeur titulaire de thérapeutique et de matière médicale.

M. Victor Leplat est nommé préparateur d'histologie et d'anatomie pathologique.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Didelot est chargé des fonctions de chef des travaux de physique, en remplacement de M. Jays, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le professeur Tourdes est maintenu, pour cinq ans, dans les fonctions de doyen.

— *École de médecine de Caen.* — M. Gramond, pharmacien de première classe, est institué suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Astaix, directeur de l'École, est relevé de ses fonctions, sur sa demande, et nommé directeur honoraire.

M. le professeur Raymondaud est nommé directeur, en remplacement de M. Astaix, démissionnaire.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Roux est chargé du cours de thérapeutique.

M. Pauchon, suppléant, est chargé du cours d'hygiène et médecine légale.

— *École de médecine de Rouen.* — M. le docteur Meunier est institué chef des travaux anatomiques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Domec, professeur à la Faculté de médecine libre de Lille; et de M. le docteur Roustan, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

— La Société de médecine de Paris décernera, cette année, le prix Duparcque, porté exceptionnellement à 1200 francs, au meilleur travail, en français, manuscrit ou imprimé, paru depuis moins de deux ans, sur la pathologie de l'ovaire, et en particulier sur l'ovarite. Elle a l'honneur de prévenir les concurrents que le délai fixé pour la remise de leurs travaux est reporté au 1er octobre 1885.

— M. le docteur Léon Labbé reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital Beaujon, le mardi 10 février 1885, et les continuera les mardis suivants, à la même heure. — Visite des malades à huit heures et demie. Leçon et opérations à neuf heures précises.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments de pathologie chirurgicale, par Nélaton. Deuxième édition, tome IV, IIe fascicule, terminant l'ouvrage, revue par les docteurs Després, Gillette et Horteloup, chirurgiens des hôpitaux. 1 fort vol. gr. in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 9 francs. — L'ouvrage complet, en 6 forts volumes gr. in-8° avec 795 figures dans le texte : 82 francs. — Paris, Félix Alcan.

Éléments d'anthropologie générale, par le docteur Topinard, professeur à l'École d'anthropologie. 1 vol. in-8° avec 229 figures intercalées dans le texte. — Prix : 24 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Traité théorique et pratique des maladies de la peau, par J.-B. Hillairet et E. Gaucher. Tome I : *Anatomie et physiologie de la peau. — Pathologie générale des dermatoses inflammatoires communes.* Un beau vol. gr. in-8° de 670 pages avec figures dans le texte et 8 planches chromolithographiques hors texte exécutées d'après nature. — Prix : 17 francs.

L'ouvrage sera complet en deux volumes : le tome II, qui contiendra 12 planches hors texte, est actuellement sous presse. — Paris, O. Doin.

Les accidents de l'organisme et leurs soins, d'après une nouvelle méthode. — *Les Andes, observations médicales,* par le docteur L.-A. Paoli, médecin principal de l'armée. Un vol. in-8° de 560 pages avec 4 planches hors texte. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Les bandages, l'orthopédie et les appareils à pansements, par Rainal (Léon et Jules). 1 vol. gr. in-8° de 294 pages et 782 figures intercalées dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Manuel pratique de médecine militaire, par le docteur Audet, médecin-major à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr. Un joli vol. in-18 cartonné diamant avec planches hors texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Manuel d'accouchement et de pathologie puerpérale, par le docteur A. Corre. 1 vol. in-18 de 650 pages avec 80 figures dans le texte et 4 planches en couleur hors texte. — Prix, broché : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Des troubles consécutifs aux sections des nerfs du membre supérieur par un instrument tranchant. De la suture nerveuse, sa valeur, par le docteur Paul Gilis, prosecteur à la Faculté de médecine de Montpellier, etc. Broch. in-8° de 70 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17383.

N° 17. — MARDI 10 FÉVRIER 1885. 58e ANNÉE. MARDI 10 FÉVRIER 1885. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en medecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numero : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. Tillaux.

De l'amputation de la jambe à lambeau externe ; de la torsion des artères.

Vous avez vu, couché au n° 6 de la salle Saint-Côme, un homme âgé de trente-trois ans, qui a été amené dans le service pour y subir l'amputation de la jambe droite, ainsi qu'il nous l'a déclaré lui-même à son arrivée. Il est atteint d'une tumeur blanche du pied, si étendue et si avancée qu'elle n'est, en effet, justiciable que de ce seul genre d'intervention. L'amputation s'impose à ce point qu'il ne me paraît pas nécessaire de la justifier devant vous. Un seul motif aurait pu la contre-indiquer : c'est l'état général de ce malheureux qui présente les apparences de la misère physiologique la plus profonde. *A priori*, on serait tenté de le croire atteint de phtisie pulmonaire avancée, ce qui ne serait pas surprenant puisque les tumeurs blanches ne sont le plus souvent qu'une manifestation locale de la tuberculose. Mais un examen attentif n'a fort heureusement rien révélé du côté de la poitrine. Les viscères sont sains et les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Nous allons donc pratiquer l'amputation de la jambe droite. Dans quel lieu et par quelle méthode ?

Ferons-nous l'opération qu'en médecine opératoire on désigne sous le nom d'amputation *sus-malléolaire*, c'est-à-dire au quart ou au tiers inférieur de la jambe ?

Non, car nous serions trop rapprochés du foyer de la maladie, et quelque produit tuberculeux pourrait rester dans le moignon. Ce n'est pas que je sois hostile en principe à ce genre d'amputation qui rend, il est vrai, la prothèse plus difficile, mais il n'est pas applicable au cas particulier. Nous amputerons au lieu dit d'*élection*, c'est-à-dire à quatre travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia.

L'amputation de la jambe au lieu d'élection peut se pratiquer suivant deux méthodes : la méthode circulaire et la méthode à lambeau. La méthode circulaire n'est plus en discussion, elle a fait ses preuves, c'est une bonne méthode. Et cependant, en plaçant la cicatrice en regard des os de la jambe, il est évident qu'elle ne réalise pas l'idéal d'un bon moignon. L'idéal, c'est, à mon sens, un lambeau unique, taillé de telle sorte que le plein du lambeau corresponde au squelette. La méthode circulaire est bien ; la méthode à un lambeau est mieux.

Est-il donc défendu de chercher le mieux? Je ne le crois pas; aussi pratiquerons-nous une amputation à un lambeau.

La disposition des parties molles de la jambe ne se prête guère qu'à la confection d'un lambeau postérieur ou d'un lambeau externe. Le lambeau postérieur est nécessairement lourd et tend à attirer la cicatrice en arrière ; je lui préfère le lambeau externe. Nous allons donc pratiquer l'amputation de la jambe, suivant la méthode à lambeau, par le *procédé à lambeau externe*.

La première amputation de jambe que j'ai faite dans les hôpitaux, c'était en 1863, précisément à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Jobert (de Lamballe), que je remplaçais. J'employai le procédé à lambeau externe. Mon lambeau était bien taillé, s'appliquait bien, flattait l'œil, mais il se gangrena.

Le même résultat fut observé par d'autres chirurgiens, si bien qu'il ne fallait pas accuser l'opérateur, mais bien le procédé. Comment donc opérions-nous? Nous suivions le procédé de Sédillot, qui consiste à tailler le lambeau de dedans en dehors, c'est-à-dire par transfixion.

Je vais reproduire sur le tableau une coupe de la jambe, qui vous permettra de bien comprendre ce procédé. Le couteau, enfoncé un peu en dehors de la crête du tibia, au point où doit porter la section de l'os, rasait le péroné pour sortir le plus en arrière possible sur la face postérieure de la jambe, puis descendait le long de la face externe, de façon à tailler un lambeau d'une longueur en rapport avec le diamètre du membre. C'est encore ainsi que procèdent actuellement quelques chirurgiens, qui n'ont sans doute pas réfléchi au mode de production de la gangrène du lambeau.

Je crois avoir signalé le premier, il y a bien des années déjà, dans mes cours d'anatomie à l'amphithéâtre des hôpitaux, la cause de la gangrène du lambeau taillé par le procédé de Sédillot.

Regardez cette coupe de la jambe, voyez le siège qu'occupe l'artère tibiale antérieure, profondément située entre le tibia et le péroné, et vous comprendrez sans autre démonstration qu'il est matériellement impossible que l'artère tibiale antérieure soit comprise dans le lambeau, si on le

taille par transfixion, car cette artère étant son principal sinon son exclusif moyen de nutrition, il n'est pas surprenant qu'il soit frappé fréquemment de gangrène partielle ou totale.

Au début de ma pratique, j'avais absolument renoncé au lambeau externe, et dans mes cours de médecine opératoire à Clamart, je conseillais de n'y jamais recourir.

J'ai changé d'avis en changeant de procédé, et voici comment on doit opérer pour éviter sûrement la gangrène et obtenir les bénéfices du lambeau externe.

Il faut plonger le couteau à un centimètre environ en dedans de la crête du tibia et descendre verticalement jusqu'au point qui doit servir de limite inférieure au lambeau (je prends une fois et demie le diamètre du membre) ; on coupe alors la peau en travers jusqu'à la face postérieure de la jambe, et on remonte sur celle-ci jusqu'à ce qu'on soit arrivé au niveau du point de départ. La peau devant toujours dépasser les muscles, il faut la détacher de l'aponévrose jambière sur la hauteur de deux travers de doigt. Vient ensuite le temps important de l'opération et d'où dépend le succès. On insinue un bistouri entre la face externe du tibia et le muscle jambier antérieur, que l'on détache de l'os jusqu'au point où on doit le couper en travers, c'est-à-dire au niveau de la peau rétractée. On le coupe alors en travers ainsi que l'extenseur commun des orteils et l'extenseur propre, les péroniers latéraux et une partie du soléaire, muscles qui doivent doubler le lambeau. La section doit porter jusque sur le ligament interosseux, qu'il ne faut pas craindre d'entamer. On relève alors le lambeau en rasant le plus possible le tibia, le péroné et le ligament qui les unit.

Cette dissection est assez pénible et surtout beaucoup moins brillante que la transfixion, mais elle donne toute sécurité pour l'avenir du lambeau. La peau de la face interne et postérieure de la jambe est divisée à un travers de doigt au-dessous de la base du lambeau, et l'opération est ensuite terminée à l'ordinaire. Je vous ferai seulement remarquer que je n'abats point la crête du tibia avec la scie ; je la lime avec l'instrument que vous voyez ; c'est une lime concave que m'a construite M. Favre, à l'aide de laquelle on arrondit en un instant l'arête tranchante du tibia.

Les temps qui suivent sont : l'hémostase, l'asepsie de la plaie, la suture avec drainage et le pansement de Lister. Je désire m'arrêter un instant sur la manière dont je ferai l'hémostase.

Vous me verrez employer la torsion des artères. Comme c'est une méthode que vous me verrez mettre constamment en pratique pour nos grandes opérations et sur les gros vaisseaux, je désire m'expliquer sur ce point, puisque l'occasion s'en présente.

Je ne ferai pas l'historique de cette intéressante question ; vous la trouveriez au besoin dans le mémoire que je lus à la Société de chirurgie sur ce sujet il y a cinq ou six ans. Qu'il me suffise de vous rappeler que la torsion des artères fut en quelque sorte réinventée en 1829 par Amussat. Le procédé d'Amussat était compliqué, et c'est sans doute l'une des raisons pour lesquelles il ne tarda pas à tomber dans un oubli complet.

J'emploie la torsion des artères depuis 1871. Dans les hôpitaux Saint-Antoine, Saint-Louis, Lariboisière et Beaujon où je suis passé successivement, j'ai tordu, vous devez le penser, un bien grand nombre d'artères de tout volume, et cette longue pratique n'a fait que confirmer mes premières impressions. Est-ce qu'il s'agit de faire le procès à la ligature, de vouloir lui substituer partout et quand même la torsion ? Non, la ligature est un excellent, un précieux moyen d'hémostase ; mais la torsion vaut encore mieux, voilà mon opinion. J'admets que ces méthodes aient une valeur égale ; n'est-ce donc rien de posséder deux méthodes au lieu d'une pour se rendre maître de l'hémorragie ?

Voici comment vous me verrez procéder dans un instant. J'ai pour tout instrument une pince qui diffère seulement des pinces à torsion ordinaires par des mors plus longs et plus larges, de façon à s'adapter au calibre de toutes les artères, même les plus grosses.

L'extrémité de l'artère étant découverte et saisie comme si on y voulait mettre un fil, mais saisie dans toute sa largeur, je la tords jusqu'à ce que le bout se détache. C'est, en somme, la manœuvre de la ligature, moins la pose du fil. La torsion exécutée suivant mon procédé est donc plus simple encore que la ligature. Supposez un chirurgien sans aide, à la campagne, par exemple ; supposez-le aux prises avec une artère très profondément située, je vous assure que la torsion lui sera d'une grande ressource.

Quel est le mécanisme de l'hémostase à la suite de la torsion ? Il est des plus simples : après un nombre de tours variable selon le volume de l'artère, les tuniques interne et moyenne se brisent ; les bords de la division se rapprochent l'un de l'autre, se touchent et obturent complètement la lumière du vaisseau à la manière des valvules sigmoïdes de l'aorte. A ce moment la tunique externe n'a pas encore cédé ; on continue la torsion jusqu'à ce qu'elle se détache. L'artère tordue se termine par une sorte de petit tire-bouchon qui contribue encore à oblitérer le vaisseau. La figure que je vous présente rend un compte exact du phénomène.

La torsion donne-t-elle une aussi grande sécurité que la ligature ? Au point de vue de l'hémostase primitive, on pourrait peut-être répondre que la ligature offre plus de sécurité. La torsion a pu être incomplète, c'est-à-dire ne pas comprendre toute la largeur des parois ; la tunique moyenne est peut-être altérée, privée de ses propriétés rétractiles ; mais remarquez que ce point est de peu d'importance ; car si l'hémostase n'est pas complète, vous le voyez de suite et pouvez y porter remède, aussi bien que lorsqu'un fil a été mal placé.

Mais lorsque l'hémostase primitive est effectuée, la torsion donne-t-elle plus de sécurité que la ligature contre l'hémorragie secondaire ? J'affirme que oui. Pour qu'une hémorragie secondaire se produise, il faudrait que l'artère se détorde. Il est déjà peu vraisemblable que l'artère qui est restée tordue durant toute la durée du pansement, se détorde ensuite ; mais j'ajoute que c'est impossible. La physique nous enseigne que lorsque l'on a fait dépasser à un corps élastique les limites de son élasticité, il est impuissant à revenir à son premier état ; or l'élasticité de la tunique moyenne n'est pas une propriété vitale ; c'est une propriété de tissu que l'on met en jeu sur le cadavre aussi bien que sur le vivant, ainsi que je l'ai montré par nombre d'expériences faites à Clamart.

Lorsque vous enlevez le tube d'Esmark, le sang se précipite dans l'artère et frappe contre le bout tordu. A ce moment, la rétraction sur les deux tuniques artérielles s'oppose à l'issue du sang, car il n'y a pas encore de caillot. Supposez qu'une ligature tombe dans ces conditions, c'est-à-dire quand il ne s'est pas formé de caillot dans l'artère, ou bien lorsque le caillot est insuffisant : n'aurez-vous pas

une hémorragie secondaire ? Dans les instants qui suivront l'opération, le caillot commencera à se faire dans le bout tordu, de telle sorte qu'il est rationnel de penser que si l'hémorragie ne s'est pas produite immédiatement par le bout d'une artère tordue, alors qu'il n'y a pas de caillot, elle ne se produira pas ultérieurement alors qu'un caillot se sera développé.

Fort de la théorie que je viens d'exposer sommairement et d'une pratique déjà longue, j'affirme que la torsion des artères met absolument à l'abri de l'hémorragie secondaire, ce qui constitue un avantage sur la ligature.

DE L'INFLUENCE DU SEXE

SUR LE COEFFICIENT DE RÉSISTANCE ET SUR LA FRÉQUENCE DE LA CARIE DES DENTS

Par le docteur V. GALIPPE.

Lorsque, au début de ce travail (1), nous nous sommes proposé de rechercher si le sexe exerçait une influence réelle et appréciable sur le coefficient de résistance des dents, nous nous sommes trouvé en présence de grandes difficultés. En effet, quand nous prenions au hasard un système dentaire ayant appartenu à une femme, nous le trouvions très fréquemment réduit à un petit nombre de dents, ce qui nous rendait très difficile la détermination de la densité générale ; si, d'autre part, nous choisissions des bouches garnies de la presque totalité de leurs dents, nous nous trouvions évidemment en présence de faits exceptionnels. Toutefois nos observations, ainsi que les inductions que l'on peut tirer de l'examen du système osseux chez l'homme et chez la femme, nous ont permis de conclure que, d'une façon générale, la densité des dents de la femme est inférieure à celle de l'homme. Hâtons-nous d'ajouter toutefois que sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, il y a des femmes qui ont des qualités masculines et qui nous offrent des éléments de résistance véritablement exceptionnels.

Mais il est un fait plus rigoureusement établi, c'est le suivant : la grossesse a pour effet de diminuer la densité des dents, c'est-à-dire de leur faire perdre une notable proportion de leurs éléments minéraux, en un mot de les rendre plus aptes à la carie.

Cette observation a été faite depuis très longtemps et, si les diverses interprétations qui en ont été données ont été ou erronées ou insuffisantes, le fait en lui-même n'en est pas moins solidement établi.

M. Magitot, dans le travail déjà cité par nous, a mis en évidence l'influence prépondérante du sexe sur la fréquence de la carie.

Nous avons pu maintes fois constater la réalité de cette influence à l'hôpital de la Clinique d'accouchements et nous convaincre par le seul examen des accouchées que cette aptitude plus grande de la femme pour la carie dentaire s'accusait de bonne heure et coïncidait souvent avec la puberté, s'accentuant à chaque grossesse, suivant en cela les perturbations nutritives imposées à la femme par chacune des grossesses subintrantes.

Cette infériorité dentaire incontestable de la femme apparaîtra peut-être moins singulière, si l'on songe à faire application, à la pathogénie de la carie dentaire, d'une série de considérations de physiologie normale et pathologique, qui, dominant la pathologie féminine tout entière, semblent donner la raison de la fréquence singulièrement prédominante de la lithiase biliaire, par exemple, bien connue pour une maladie féminine.

Personne n'ignore la série de considérations humorales (se résumant dans le grand fait de la moindre alcalinité des humeurs de la femme) par lesquelles notre collègue le professeur Bouchard (2) a cherché à expliquer non seulement la plus grande fréquence de la lithiase biliaire chez la femme, mais encore a pu donner la raison de son éclat à la puberté, de son renforcement à chacune des parturitions et de son déclin à la ménopause.

C'est par application de ces mêmes données d'humorisme sexuel que mon maître et ami M. Landouzy a, dans une leçon faite à la Charité en 1883, tenté de donner la pathogénie d'une autre affection, le rétrécissement mitral pur, manifestement encore prédominante chez la femme, puisque celle-ci en paraît atteinte trois fois au moins plus communément que l'homme.

« C'est dans la moindre alcalinité des tumeurs de la femme, d'une part, — résultat de son éveil ou de son fonctionnement génital, — dans certaines particularités anatomiques, d'autre part, que M. Landouzy cherche la pathogénie du rétrécissement mitral pur, de cette maladie vraiment originale, qui, dans son étiologie, dans son affectation sexuelle, dans son moment d'apparition, dans son évolution (si influençable par la vie génitale), diffère si complètement des autres maladies du cœur, de l'insuffisance mitrale notamment, tandis qu'on lui retrouve tant de traits communs dans l'histoire pathogénique de la lithiase biliaire. »

Nous ne voulons retenir de ces enseignements de pathologie générale féminine que ce qui a trait au sujet que nous traitons, savoir : que la femme a, « par le fait de son état de femme, des humeurs moins alcalines que l'homme ».

Cette moindre alcalinité féminine a sa raison d'être dans deux ordres de facteurs, les uns d'ordre dynamique ou fonctionnel, les autres d'ordre organique ou anatomique.

Au point de vue dynamique ou fonctionnel, la nutrition de la femme est retardée ; au point de vue anatomique ou organique, le sang de l'homme contient plus de globules que le sang de la femme ; il en résulte que les humeurs sont plus alcalines chez l'homme que chez la femme.

Il était donc intéressant de rechercher si la femme, en raison de cette moindre alcalinité de ses humeurs, présentait une aptitude plus grande que l'homme au développement de ce phénomène, dont nous ne connaissons que la résultante, savoir l'acidité de la salive.

Il est bien évident que si l'alcalinité de la salive est moindre chez la femme que chez l'homme, cette sécrétion même sans des influences dont le retentissement ne se ferait pas sentir chez l'homme, pourra éprouver des modifications plus ou moins profondes, dont la plus saillante sera l'acidité.

L'examen de la salive chez la femme nous donne une preuve de l'exactitude de cette induction. En 1879 et en 1880, nous avons fait, dans le service de M. Depaul, à l'ancien hôpital des Cliniques, une nombreuse série d'observations sur les réactions de la salive chez les femmes enceintes ou nouvellement accouchées, ainsi que chez les nourrices.

Il résulte de ces observations qu'en dehors de tout état fébrile, la salive est acide chez cette catégorie de femmes, dans la majorité des cas.

D'autre part, il ressort d'observations prises comparativement par nous en dehors de cet hôpital chez des hommes et chez des femmes placés dans des conditions comparables, que la réaction de la salive est moins souvent alcaline chez la femme que chez l'homme, et qu'en revanche elle est trouvée très fréquemment acide; quand cette alcalinité existe, elle est souvent si faible qu'elle n'est qu'une ressource insuffisante pour la saturation des acides qui se forment dans la bouche. L'élimination d'acide carbonique est plus considérable chez l'homme que chez la femme. La différence serait surtout marquée à l'époque de la puberté, où elle serait presque du double (Andral et Gavarret). D'autre part, Samson a constaté aussi sur les grands animaux (cheval, bœuf) une exhalation d'acide carbonique plus considérable chez les mâles que chez les femelles (Beaunis et Bouchard).

C'est ainsi que nous pouvons nous expliquer que, chez quelques femmes, des troubles même non fébriles de l'appareil utérin suffisent pour provoquer l'acidité de la salive. J'ai eu l'occasion d'observer une femme dont la salive devenait acide pendant la fonction menstruelle, celle-ci s'accompagnant de malaises divers. Bien

---

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 108.

(2) Maladies par ralentissement de la nutrition : Leçons de la Faculté, 1879-1880.

longtemps avant nous (1834), Donné avait fait une remarque semblable.

Outre ces phénomènes locaux, on observe encore pendant la menstruation que le choc du cœur est plus fort, la respiration accélérée; la quantité d'urée est diminuée. Il en résulte qu'à cette période l'alcalinité des humeurs est moindre.

Ce n'est pas seulement dans la fréquente acidité de la salive que la femme puise un des éléments prédisposants à la carie dentaire.

D'une façon générale, ainsi que nous l'avons dit, ces dents ont une densité inférieure à celle des dents de l'homme, c'est-à-dire qu'elles renferment moins d'éléments minéraux; leur coefficient de résistance est donc inférieur.

Or, si nous prenons la femme à l'époque de la parturition, nous verrons combien cette infériorité lui est préjudiciable.

Bon nombre de femmes, restées jusqu'à leur première grossesse avec un nombre restreint de dents cariées, voient à la suite d'un accouchement une ou plusieurs dents se carier. Ce fait se renouvelle à chaque grossesse, souvent en s'aggravant. C'est là une observation presque vulgaire.

Dans notre état social actuel, la femme n'est guère préparée par son éducation physique antérieure à la fonction physiologique qu'elle doit remplir; et si, d'autre part, des maternités successives se reproduisant à de courts intervalles lui sont imposées, des manifestations les plus diverses de sa déchéance physique ne tardent pas à se montrer.

La femme enceinte, qui ne reçoit pas par une alimentation spéciale les éléments nécessaires à la formation des différents tissus constituant le fœtus et en particulier le système osseux, pourra, à la rigueur, supporter une première grossesse; mais si elle est appelée à remplir la même fonction plusieurs fois de suite, sans recevoir de soins spéciaux et une alimentation particulière, à force de prendre sur son propre fonds, son économie périclitera, et nous verrons apparaître une série d'accidents dont nous ne voulons retenir que la carie dentaire, qui est le plus fréquent.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 31 janvier 1885. — Présidence de M. d'Arsonval.

COMMUNICATIONS

Cocaïne. — M. CHARPENTIER, en réponse aux objections qui lui ont été faites dans la dernière séance par MM. Regnard et Dubois, communique une nouvelle note dans laquelle il maintient ses premières conclusions, à savoir que la cocaïne, comme les anesthésiques, suspend la germination et la fermentation.

Section des pneumogastriques. — M. BEAUNIS fait connaître les résultats de ses expériences sur la section des pneumogastriques. On se rappelle que, dans une récente communication (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 35), M. Philippoteaux faisait observer que lorsqu'on coupe les deux pneumogastriques à quinze jours d'intervalle, les animaux survivent. M. Beaunis est arrivé à des résultats constamment contraires. Jamais les animaux n'ont survécu après la section des deux pneumogastriques, faite même à un intervalle de plus de quinze jours.

Diastase. — M. BOUQUELOT fait une communication ayant pour but de démontrer que la diastase des animaux et celle des végétaux sont identiques et de même nature.

Persistance des vestiges médullaires au niveau du coccyx. — M. BEAUREGARD communique une note de M. Tourneux (de Lille) sur la persistance des vestiges médullaires au niveau du coccyx jusqu'à la naissance chez l'homme.

La persistance de ces vestiges a une importance considérable, surtout au point de vue du développement des tumeurs mixtes congénitales de la région coccygienne pour l'explication desquelles on a fait intervenir les inclusions fœtales, la glande coccygienne, la corde dorsale, etc.

Des rapports de la densité des dents avec leur composition chimique. — M. GALIPPE fait une communication sur ce sujet. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 108 et 131.)

Pseudo-hermaphrodisme. — M. POZZI présente deux observations de *pseudo-hermaphrodisme*, appuyées l'une de dessins, l'autre par la démonstration sur le sujet lui-même.

Le premier fait est celui d'un garçon de dix-huit ans, que le docteur Motet a montré au docteur Pozzi, à la prison des Jeunes-Détenus. Aspect féminin de la face, mamelles tout à fait féminines.

Les organes génitaux présentent ces particularités : Pénis très petit, infantile. Testicule droit seul bien développé; testicule gauche atrophié. A partir du frein du prépuce jusqu'au tiers supérieur du raphé scrotal existe une sorte de frange ou de collerette charnue qui donne l'idée du bord libre des petites lèvres de la femme par son aspect extérieur. Il semble que la couche profonde des bourses (homologue des petites lèvres) ait été pincée dans l'interstice de la couche superficielle, au moment de la soudure, retardée, du raphé scrotal.

Le deuxième fait présenté par M. Pozzi avec le sujet lui-même est celui que M. Gérin-Roze a déjà montré à la Société médicale des hôpitaux. C'est un hypospade, tout à fait comparable à celui que M. Pozzi a montré à la Société de biologie, il y a un an.

Une étude plus attentive de ce sujet a permis à M. Pozzi de démontrer sur lui la présence d'un hymen parfait, conformé, se continuant en haut avec la *bride* qui rejoint le méat urinaire au gland. M. Pozzi rappelle que, d'après ses recherches, cette bride est le vestige des corps spongieux de l'urètre arrêtés dans leur développement, et l'hymen celui du bulbe de l'urètre. La bride de l'hypospade se retrouve très manifestement sur le vestibule de la femme et surtout de l'enfant. C'est la *bride masculine du vestibule* de M. Pozzi.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XXXIV

28 novembre. — Une bande de guérillas à Tudela.

Depuis quelque temps, les bandes de guérillas ont jeté la terreur dans toute la province. Des soldats de l'escorte du courrier de Pampelune ont été assassinés; des officiers de santé isolés ont été attaqués et blessés. Informées du départ tout récent de quelques troupes de la garnison avec le général Buget, les bandes réunies de Mina, Écuevilla et Marquisato, fortes de 1 200 hommes, fantassins et cavaliers, tombèrent à l'improviste, dès sept heures du matin, sur la ville de Tudela. Aux premiers coups de fusil tirés dans la rue, je quittai mon logis pour me rendre à mon poste : l'hôpital. Mais je trouvai la voie barrée par les brigands, et je ne tardai pas à tomber dans leurs mains. La maison où je m'étais réfugié fut investie et pillée de la cave au galetas. Un officier qui, heureusement pour nous, contint un peu la rage de ses partisans, s'empara de ma personne, et aussi de ma montre et de ma bourse. Il m'emmenait prisonnier, lorsqu'un détachement français parut dans la rue; l'officier et ses bandits se sauvèrent, je suivis la patrouille française, et, au pont de l'Èbre, nous respirâmes sous la protection d'une pièce de canon.

Avant la chute du jour, la ville était débarrassée de cette horde de voleurs et d'assassins. Nous allâmes coucher à l'hôpital, où

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 janvier 1884.

mon arrivée causa une surprise agréable : on me croyait prisonnier. Notre garnison était réduite à 130 soldats isolés. Le commandant de la place, M. Berry, capitaine du 40e de ligne, montra dans cette journée une activité, un talent, une bravoure, audessus de tous les éloges. Dès l'irruption de ces 1 200 guérillas, il courut au couvent, dont la cour recélait notre unique pièce de canon, fit traîner à bras celle-ci jusque sur la rue, la braqua contre l'ennemi, qui débouchait par la place. La mitraille jeta la mort et l'épouvante parmi les agresseurs, et la pièce put être conduite sur le pont, le point le plus important de la ville. Les brigands s'étaient emparés de la tour Sainte-Barbe, qui domine la cité. Le capitaine Berry ordonna l'assaut à la baïonnette par quinze soldats et un sous-officier, qui s'emparèrent de la tour. Les malades de notre hôpital, les officiers de santé, les employés, ont rivalisé d'énergie et de dévouement. Non seulement ils firent de leur couvent une forteresse dont aucun bandit n'osa s'approcher impunément, mais encore ils contribuèrent au service des patrouilles qui parcouraient la ville pour délivrer les Français. Au pont, avant l'arrivée du canon Berry, trente brigands conduits par Mina voulaient s'y fortifier; sept de nos soldats eurent l'audace de les attaquer à la baïonnette, en culbutèrent plusieurs dans le fleuve, et mirent les autres en fuite.

Les habitants de Tudela se sont très bien conduits à notre égard; tous les Français se louent du courage et de la générosité de leurs hôtes. Plusieurs de nos compatriotes ont pu rester cachés dans les galetas, malgré l'entrée des brigands dans les appartements. Un de mes malades, officier polonais, fut caché dans une jarre et fut sauvé. L'expédition de Mina et de ses terribles acolytes avait pour but principal l'enlèvement de tous les chevaux et d'un dépôt de 80 000 piécettes appartenant au Trésor royal, et ils réussirent dans ce double projet. Ma maison fut une des plus maltraitées par les pillards. Quant à moi, depuis l'argent, la montre et les habits, jusqu'au canif et aux épingles, j'ai tout perdu, excepté cette philosophie qui fait dire : *Omnia mecum porto*. Cependant mes livres, mes cahiers d'observations m'ont été laissés par ces vandales, qui n'ont pas fait la même grâce à deux portefeuilles remplis de papiers officiels, diplômes, commissions, lettres de service, etc. Le soir même, deux pièces de canon, et une partie de la garnison, rentrèrent à Tudela, ce qui précipita sans doute la retraite des guérillas. Nous avons eu dix hommes tant tués que blessés; la perte de l'ennemi fut double de la nôtre. Après les longues formalités de la correspondance officielle, j'obtins du commissariat des guerres une indemnité de 1 200 francs. Dans les *Mémoires* du maréchal Suchet, j'ai vu avec surprise que l'occupation momentanée d'une ville par les guérillas de Mina est attribuée par erreur à Tafalla, au lieu de Tudela.

1810.

La première quinzaine de janvier à Tudela fut signalée, au point de vue météorologique, par des brouillards très épais, un froid intense et l'absence de soleil, qui ne parut pas une seule fois à l'horizon, temps tout à fait exceptionnel; la gelée, la glace même, se prolongèrent pendant le mois de février, avec des alternatives de beau temps et de pluie, et fréquence du vent du nord. Dans ce pays, durant le mois de février, on prend une très grande quantité de grives, en leur faisant une chasse nocturne, dont voici la manœuvre : On tient à la main gauche un cornet de fer blanc, contenant des éclats de pin allumés, et dans la main droite une raquette formée de branches d'osier entrelacées et munie d'un manche plus ou moins long. On va dans les bois d'oliviers où ces oiseaux passent la nuit; on donne des coups de raquette sur les branches où ils sont perchés et on les ramasse par terre; le vent est très favorable à cette chasse parce que, dans ce cas, les grives choisissent les branches les plus basses pour s'y percher. On prend souvent deux douzaines de ce petit gibier en une heure.

29 juin. — Ordre de départ pour Saragosse.

Après dix-neuf mois de séjour à Tudela, où j'avais acquis, aux yeux des habitants, le titre de citoyen, et où l'on avait voulu me marier avec une jeune, riche et jolie demoiselle aux yeux noirs, je dus quitter définitivement le service de ces hôpitaux et rentrer en campagne active. J'allai reprendre mon poste au quartier général de l'armée d'Aragon appelée à de hauts faits d'armes : je me rapprochais ainsi de mon principal, M. Rampont, devenu mon ami. Avant de quitter la cité navarraise, je consignai dans mon journal quelques notes topographiques et historiques que j'ai plaisir à reproduire.

QUELQUES NOTES SUR TUDELA.

Tudela (Tutela), situé vers les confins de l'Aragon et de la Vieille-Castille, sur la rive droite de l'Èbre, a été bâtie dans un bas-fond ou plutôt à l'extrémité d'une vallée que dominent du côté de l'est et de l'ouest les plateaux de Santa-Quiteria et las montanas de las Cloqueras. Le pont sur l'Èbre, dont la construction remonte à cinq cents ans, a dix-sept arches, dont une fut rompue, il y a deux ans, lorsque nos troupes se dirigeaient sur Saragosse; elle a été rétablie en bois.

La tour Sainte-Barbe, dont les Français viennent de faire un fort, domine la ville à l'ouest; elle est placée sur une montagne entourée de ravins; du côté opposé, il y a un débris de tour que l'on prétend être l'ouvrage des Maures : c'est la torre de Monréal. La partie de la ville près le fort Sainte-Barbe est vieille, mal bâtie, mal percée, obscure; pavé très mal tenu; celle du côté opposé est moderne, mais à peu près aussi mal entretenue, sauf la grande rue de las Herrerias, où était mon logis. Il y a deux places : l'une pour le marché des légumes, l'autre est la plaza de los Toros, qui forme un carré très régulier, et est en grande partie construite sur un large aqueduc où passe le Caïlus, torrent très sujet à se dessécher. Il y a un autre torrent qui traverse toute la ville et qui sert d'égout; il se nomme Baranco de Media Villa, reçoit toutes les eaux de la chaîne de la Cloquera et débouche dans l'Èbre. En remontant le cours de l'Èbre, à un quart de lieue de la ville, il y a un moulin, et, entre le canal de celui-ci et le fleuve, une île formée de nombreux jardins où abondent les meilleurs légumes et fruits de la province : c'est la *Mejana*. En descendant le cours de l'Èbre, il y a aussi de vastes jardins maraîchers qu'on nomme *las huertas de Mosquera*; puis un immense marais couvert de roseaux, qui s'étend jusqu'au Bocal.

La météorologie est caractérisée par un vent plus ou moins violent, tantôt nord, et alors toujours froid; tantôt midi, et alors chaud et pluvieux. Les vents de l'équinoxe d'automne sont moins fréquents que ceux du printemps, qui sont violents et froids.

Le charbon est le principal combustible; la basse classe brûle du romarin et autres arbustes que l'on apporte des montagnes voisines. Il y a quelques fabriques de savon, de drap commun, de laines, etc.; la principale production du pays est l'olivier, dont il y a des bois très étendus.

La récolte d'huile a été cette année extrêmement abondante; les gelées influent sur la quantité et la qualité de l'huile. En Espagne, elle est généralement moins bonne qu'en France parce que l'on n'apporte pas assez de soin dans son extraction; le noyau est écrasé comme la pulpe, puis on laisse trop sécher les olives avant de les exprimer. La récolte des oliviers commence vers la mi-décembre et se continue jusqu'au mois de mars; à cette époque, des légions d'hommes, de femmes et d'enfants, armés de longues barres, comme des ramoneurs, dont ils ont la couleur, partent de la ville pour aller abattre les olives. L'extraction de l'huile est opérée par les montagnards de la Navarre, et principalement par les habitants de la vallée de Roncal; les Roncalais arrivent par bandes vers le mois de novembre; chaque bande a un chef qu'on appelle *mayoral*, et va constamment chez le même propriétaire. Ces hommes sont hideux à voir à cause de leurs vêtements huileux et de leur face onctueuse et enfumée; ils ont aussi un costume particulier. Le résidu ou marc, connu sous le nom de *huesillo*, sert et pour chauffer les fourneaux de l'atelier et pour alimenter les braseros de la ville. Le feu en est agréable, vif, de longue durée, sans occasionner le mal de tête produit par la combustion du charbon. Ces hommes travaillent jour et nuit, vivent sobrement du produit de la braise qu'ils vendent en ville; immédiatement après la ré-

colte, ils retournent dans leur pays avec des économies suffisantes pour tout le reste de l'année. L'olivier ne produit de récolte que tous les trois ans; chaque arbre donne 36 à 40 livres d'huile.

La tonte des troupeaux a lieu au mois de mai, c'est l'époque où les pasteurs descendent des montagnes de la Navarre. Cette opération, à laquelle j'ai assisté, se fait avec une promptitude remarquable et une grande dextérité, au moyen de grands ciseaux; j'ai aussi été témoin d'une petite opération chirurgicale que pratiquent souvent ces montagnards; une brebis avait un repli de la conjonctive (ptérigion) qui menaçait de s'étendre sur le champ pupillaire; les pasteurs le nomment *nube*, nuage. L'opérateur saisit avec la pointe d'une aiguille enfilée un angle de la conjonctive exubérante, fait saillir la membrane, et, avec son couteau, en excise une portion qu'il fait avaler à la brebis; il passe ensuite dans l'oreille un fil qui sert de séton : la guérison, au dire du pasteur, est certaine.

La population de Tudela est de huit à neuf mille habitants; ils sont généralement paresseux et joueurs à l'excès. La rage du jeu est grande en Espagne, elle est fille de l'oisiveté. Tous les dimanches, on rencontre dans les rues des cercles d'hommes ou de femmes assis sur le pavé autour d'un jeu de cartes horriblement crasseux; dans la bonne société, on joue à la table ronde et on joue gros jeu. J'ai vu, dans la même partie, le père, la mère et cinq enfants, dont un âgé de six ans, jouant deux écus à la fois sur un jeu aussi expéditif que le vingt-et-un.

« Tudela existait sous les Romains; Alphonse Ier le Batailleur, roi d'Aragon et de Navarre, s'empara de cette ville sur les Maures en 1115, en même temps que de Saragosse. Vers l'an 1194, Sanche le Courageux, étant affecté, vers la fin de sa vie, d'un cancer fort douloureux, se retira dans le château de Tudela, ne voulant plus avoir aucun commerce avec les hommes; cette circonstance lui fit donner aussi le surnom de Sanche l'Enfermé. Ce prince, libéral et magnifique, détourna l'Èbre de son cours ordinaire pour le faire passer à Tudela, et fit bâtir le beau pont qui existe encore. L'infant D. Ferdinand, fils de Sanche, mourut avant son père des suites d'une chute de cheval, et fut inhumé dans l'église Notre-Dame de Tudela. Vers 1335, il y eut un combat sanglant près de Tudela, entre les Castillans et les Navarrais. Ceux-ci furent mis en déroute; le vice-roi de Navarre, D. Henri, se tint enfermé dans la ville par lâcheté. En 1359, ces plaines furent aussi le théâtre d'un combat où le comte de Trastamare et le prince D. Tello, son frère, défirent complètement les Castillans. En 1361, le corps de la reine Blanche de Castille, empoisonnée par son mari Pierre le Cruel, fut déposé dans la sacristie de la grande église de Tudela. En 1395, le roi de Navarre vint recevoir à Tudela la reine, qui depuis longtemps s'était retirée à la cour de Castille : il lui fit une réception magnifique. En 1476, le roi d'Aragon et celui de Castille, son fils, après avoir eu ensemble des conférences à Vitoria, vinrent encore conférer à Tudela sur les moyens de rétablir la tranquillité en Navarre. » (Extrait de l'*Histoire d'Espagne*, de Mariana.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêtés ministériels, en date du 6 février 1885 :

1° Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de médecine à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes s'ouvrira le 4 novembre 1885 devant la Faculté de médecine de Paris ;

2° Le concours qui devait s'ouvrir le 15 février 1885, devant la Faculté de médecine de Paris, pour deux emplois de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, l'un à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, l'autre à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est reporté au 23 du même mois ;

3° Le concours qui devait s'ouvrir le 10 décembre 1884, devant la Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est reporté au 16 mars 1885.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 février 1885, la chaire de minéralogie de la Faculté des sciences de Paris est déclarée vacante.

— Par décision ministérielle, en date du 4 février 1885, M. Pailloz, médecin aide-major de première classe, a été mis à la disposition de M. le général commandant en chef le corps expéditionnaire du Tonkin.

— Par décision ministérielle, en date du 6 février 1885, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe : Huguenard et Desmons, pour les ambulances du corps expéditionnaire du Tonkin; Richard, pour le 10e bataillon d'artillerie de forteresse. — MM. les médecins aides-majors de première classe : Vilmain, pour le 82e d'infanterie; Dupret, pour le 60e d'infanterie; Hassler, pour les ambulances du corps expéditionnaire du Tonkin.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Sarret, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin honoraire de l'Assistance publique, décédé le 7 février 1885, dans sa soixante et onzième année. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui lundi, en l'église Saint-Pierre du Gros-Caillou, au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. de Thierry est nommé préparateur adjoint des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Vilain, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Muchenblec est nommé aide-préparateur d'histologie en remplacement de M. Legay, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Charpy, chargé des fonctions d'agrégé, est chargé, à titre de suppléant, du cours d'anatomie, en remplacement de M. le professeur Paulet, en congé.

M. Debierre, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Charpy.

— M. le professeur Brouardel est nommé membre de la commission des souscriptions scientifiques et littéraires près le ministère de l'instruction publique.

— M. le docteur Robert-Saint-Cyr, ancien médecin du lycée de Nevers, est nommé médecin honoraire.

M. le docteur Subert, médecin adjoint au lycée de Nevers, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Robert-Saint-Cyr.

— M. le docteur Aug. Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 15 février, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les maladies des enfants, par le docteur Ed. Henoch, professeur à l'Université et chef de la clinique et de la policlinique des maladies des enfants à l'hôpital royal de la Charité, à Berlin; traduit sur la deuxième édition allemande, par le docteur L. Hendrix. Un vol. gr. in-8° de 700 pages. — Prix : 13 francs. — Paris, F. Savy.

Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac, par le docteur A. Deschamps. Gr. in-8° de 150 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Électricité statique. Manuel pratique de ses applications médicales, par le docteur A. Arthuis. 1 vol. in-18 avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le choléra devant l'Académie de médecine, la contagiosité et les quarantaines, par le docteur J.-P. Bonnafont, membre correspondant de l'Académie de médecine. In-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traitement de la diphtérie, angine couenneuse et croup, par M. le docteur Marc Jousset, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital des Enfants. In-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17389.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en medecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numero : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le professeur Hardy s'était donné la tâche ingrate de rééditer, en les défendant, les raisonnements de Malthus. Représenter un pays comme un pré, une nation comme des moutons qui maigriraient s'ils étaient trop nombreux pour se disputer la même herbe; célébrer les grands avantages des pestes, des guerres, des famines, des excès, des vices, des crimes qui déciment l'humanité; à tous ces fléaux providentiels, suivant la doctrine de ce bon clergyman, ajouter, pour en compléter les résultats, la contrainte morale : n'est-ce pas là, parmi les paradoxes, un des lieux communs les plus rebattus ? Laver Malthus d'une accusation que personne ne lui adresse, celle d'avoir préconisé des pratiques funestes, qui découlent naturellement des principes posés par lui, mais devaient être condamnées avec horreur, au nom de la Bible, par un pieux pasteur anglican, cela n'avait encore en soi rien de très original. Mais M. Hardy a su trouver l'originalité dans sa façon de présenter les choses. Quand, comme preuve d'infécondité de la race française, il a rappelé, par une allusion des plus transparentes, ses collègues de la Faculté, qui ont fort peu d'enfants connus, sauf M. Ball, d'origine anglaise; quand il a, aussitôt après, ajouté que « plus on s'éloigne de la bête, moins on a d'enfants, » il a eu un succès de rire.

Mais s'il a forcé l'attention, c'est pour la forme plutôt que pour le fond. En réalité, les doctrines développées par Malthus n'ont pas même le mérite d'être des théories nouvelles. Déjà, dans l'ancien monde, et c'est là une histoire que nous rappellerons peut-être un jour avec les preuves à l'appui, elles ont été professées et mises en pratique au grand préjudice des peuples qui les ont subies. C'est un corollaire de cet égoïsme qui a reçu, également en Angleterre, à peu près vers la même époque, une autre formule, *Struggle for life,* la lutte pour l'existence : chacun considérant comme des rivaux, des adversaires, des gens qui lui nuisent et qu'il serait bon de voir disparaître, ceux qui le touchent de plus près et peuvent être appelés avec lui en partage.

Il faut le proclamer bien haut, rien n'est plus faux pour les intérêts bien entendus de l'individu lui-même dans la petite collectivité qui se laisse aller à de tels calculs. Tout cela finit d'ordinaire par une invasion étrangère, qui détruit la prospérité individuelle en même temps que la prospérité nationale.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Després.

Polype intra-utérin; polype intermittent; ablation.

(Leçon recueillie par M. de Tornéry, interne du service.)

Je viens vous entretenir aujourd'hui d'un cas, intéressant à plusieurs égards, que vous rencontrerez encore assez souvent dans votre pratique. Il s'agit d'une femme qui m'a été envoyée par un confrère, avec le diagnostic : polype de l'utérus. En effet, en examinant cette malade le jour de son entrée, nous avons constaté par le toucher simple une tumeur du volume du pouce faisant saillie dans l'orifice du col utérin entr'ouvert, le polype saignait facilement ; il y avait une perte.

Nous allions l'opérer, quand les symptômes s'amendèrent tout à coup, et le polype disparut ; il rentra dans le col, dont les lèvres se refermèrent. Il ne me parut pas qu'il fût prudent de tenter une opération dans de pareilles conditions. L'état général de la malade était satisfaisant. Il n'y avait plus de pertes ; je conseillais d'attendre. Impatientée du séjour de l'hôpital, elle sortit, pour rentrer dans mon service au bout d'un mois. Elle se plaignait d'une rétention opiniâtre des matières fécales, avec douleurs abdominales, ballonnement, nausées ; en un mot les symptômes qu'elle présentait rappelaient presque l'occlusion intestinale. Nous avons mis la malade à la diète absolue pendant vingt-quatre heures, puis nous lui avons donné un purgatif, et lorsque le cours des selles fut rétabli, la malade prit quotidiennement du bouillon aux herbes, et la constipation disparut peu à peu.

Lorsque j'examinai la malade au spéculum, je retrouvai des phénomènes identiques à ceux que j'avais constatés ; le polype était toujours inclus. Cependant les règles parurent et il y eut une perte ; je touchai la malade et alors je sentis le polype en introduisant le bout de l'indicateur dans le col utérin.

Malgré les difficultés qu'elle me présentait, je me résignai à l'opération.

Au point de vue opératoire, vous savez qu'on divise les polypes utérins en polypes inclus et en polypes sortis de la cavité utérine. L'opération, assez facile sur ces derniers, devient beaucoup plus malaisée quand il s'agit des premiers. Certains chirurgiens ont conseillé d'aller les chercher dans l'utérus, d'autres ont conseillé d'attendre qu'il sortît. Afin de faciliter l'extraction du polype dans l'utérus, les chirurgiens ont inventé un grand nombre de procédés et d'instruments.

On commençait d'abord par dilater le col avec l'éponge préparée ; or la dilatation du col de l'utérus est une opération délicate, presque aussi dangereuse que l'ouverture du péritoine, car n'oubliez pas qu'on agit le plus souvent sur un organe déjà malade, sécrétant des liquides virulents, sanieux, que votre dilatation fera séjourner dans l'utérus. M. Guyon a démontré sur le cadavre qu'une injection ne pouvait pénétrer de l'utérus dans les trompes jusque dans la cavité péritonéale. Si les liquides dont nous parlons n'y pénètrent pas, l'expérience et des faits malheureux prouvent qu'ils peuvent parfaitement déterminer le reflux des liquides contenus dans les trompes ; la contusion du col aussi peut causer l'angioleucite et la phlébite, dont la terminaison est fréquemment mortelle. Huguier et d'autres médecins encore ont éprouvé ainsi des mécomptes, qu'ils ont eu l'honnêteté de révéler au public médical. Aussi la dilatation pratiquée de cette façon fut pendant longtemps abandonnée. Aujourd'hui on la reprend, mais avec une modification capitale. On se sert de laminaria préparée, laissant des espaces vides au milieu qui peuvent servir de drains et permettre ainsi l'écoulement des liquides.

On a employé également des dilatateurs. Vous trouverez dans les arsenaux chirurgicaux des instruments de Jobert (de Lamballe) et d'Huguier. Les Allemands, Heghar entre autres, usent beaucoup de la dilatation mécanique et forcée du col de l'utérus avec des dilatateurs. Pour moi, c'est là un procédé dangereux, car l'on cause une métrite traumatique, et il en peut résulter une pelvi-péritonite, qui pourra être mortelle.

D'ailleurs, ou le polype a déjà dilaté cet organe, ou il le dilatera. Dans ce second cas, le plus souvent on peut attendre ; rien ne presse si les hémorragies sont peu abondantes. On ne les combattra pas avec l'ergotine, qui ferait contracter le col, mais bien à l'aide du café noir, qui m'a toujours donné d'excellents résultats. L'idée d'employer le café m'est venu d'un travail publié par Gubler, sur la caféine et son action sur le cœur, c'est-à-dire sur les vaisseaux. On administre tous les quarts d'heure une demi-tasse jusqu'à concurrence de cinq. Je ne connais qu'un inconvénient à cette médication : elle grise les malades et leur donne quelques palpitations. Mais il ne s'agit que d'une indisposition insignifiante. Gardez-vous donc comme du feu d'intervenir intempestivement, tant que le col ne sera pas suffisamment entr'ouvert. Cependant il y a des circonstances où il faut agir, il faut pouvoir atteindre un polype inclus dans l'utérus, et l'indication d'agir de la sorte est patente quand le col est entr'ouvert et permet le passage du doigt.

La plus simple de toutes les opérations, c'est l'arrachement avec une longue pince. Si l'on réussit quelquefois, le plus souvent on n'enlève qu'un morceau du polype et tout est à recommencer.

Aussi les traités de médecine opératoire renferment-ils d'autres méthodes, qui remontent déjà à de longues années.

Levret et Desault avaient imaginé des appareils compliqués pour lier le pédicule du polype. Très rationnels et n'exposant pas à des dangers sérieux, ces procédés opératoires sont d'une application difficile. Depuis qu'on a imaginé l'écraseur linéaire, le problème s'est simplifié. Contrefaisant l'œuvre de Chassaignac, Maisonneuve inventa un serre-nœud, l'écraseur à fil de fer, qui rend des services sérieux dans tous les cas où l'écraseur linéaire ne peut être mis en usage.

Vous avez vu comme j'ai procédé, jeudi 8 janvier, à l'introduction dans l'utérus du serre-nœud à fil de fer.

J'ai fait coucher la malade *sur le côté droit ;* en effet, cette position donnée à la malade facilite singulièrement l'opération. Je me suis servi d'un spéculum américain pour écarter en dehors à gauche la paroi postérieure du vagin. On voit ainsi ce qu'on fait : on guide facilement le passage des instruments. J'ai introduit le doigt dans l'utérus et j'ai senti le polype; le col était naturellement dilaté, il n'y avait plus qu'à attirer le polype au dehors le plus que l'on pouvait. Ce n'était pas là une chose bien commode. Je pouvais, avec une pince, déchirer le polype.

J'ai trouvé, au milieu des instruments que j'avais fait apporter, un petit crochet fin dont on se sert pour les fistules vésico-vaginales. Moins volumineux que mon doigt, son introduction fut donc facile. En tirant sur le polype, j'ai vu qu'il cédait très vite : c'était là un obstacle. Mais avec mon crochet que j'avais placé assez loin, je suis arrivé à faire affleurer le polype au dehors. Ici pouvait se rencontrer un écueil. Il ne fallait pas renverser l'utérus, ce qui peut-être aurait fait saisir le fond de cet organe par l'écraseur à fil de fer. J'ai évité cet écueil en tirant avec modération. Dès qu'il fut sorti dans le vagin, d'un centimètre et demi, je pris une pince à griffes et je saisis plus fortement le polype. J'introduisis alors l'écraseur dans la cavité utérine, en faisant suivre les branches de la pince qui tenait le polype. Je suis allé très doucement, avec la préoccupation de ne prendre dans l'instrument que le polype, et je me suis arrêté dès que j'ai senti une résistance. La longueur de la tige de l'écraseur introduite dans le col (6 centimètres environ) m'indiquait que j'approchais de la paroi. Cela fait, j'ai serré, et je suis arrivé assez rapidement à couper le pédicule, ce qui a terminé l'opération. Le polype était entier et son pédicule était peu volumineux.

La malade, reportée dans son lit, a été traitée par les injections de chlorure de zinc : eau, 500 grammes; chlorure de zinc, 5 grammes, pendant vingt-quatre heures ; puis les jours suivants, six injections d'eau chaude par jour.

La malade ne présenta aucun accident sérieux, et elle est sortie guérie le 22 janvier.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Joffroy.

Des affections infectieuses et parasitaires.

La définition des maladies infectieuses était autrefois très difficile et très controversée. Pour les uns, elles étaient considérées comme résultant de l'introduction dans l'organisme d'un virus, sans qu'on pût dire en quoi celui-ci consistait. Pour d'autres, la maladie se développait spontanément, en vertu d'une cause mystérieuse.

Aujourd'hui les recherches les plus modernes tendent à prouver que les maladies infectieuses sont des maladies parasitaires.

En 1850, Rayer et Davaine constataient dans le sang des animaux morts du charbon l'existence d'une bactéridie. Un peu plus tard, Davaine prouvait que cette bactéridie était bien la cause de cette maladie. Or, dans la pustule charbonneuse, cette bactéridie restant encore, au début, localisée, il était possible de l'y détruire et par là d'enrayer le mal; mais bientôt ces bactéridies pullulent, elles forment des colonies et, par destruction de leurs parois, pénètrent dans les vaisseaux, par eux se trouvent charriées par tout l'organisme, entravent peu à peu la nutrition générale des tissus et déterminent la mort.

En 1864 eut lieu à l'Académie de médecine une discussion très longue sur la question de savoir si la pustule maligne pouvait se développer spontanément. Le rapporteur de la commission à laquelle la question avait été renvoyée déclara que le fait n'était pas absolument prouvé et que de nouvelles recherches étaient nécessaires.

Aujourd'hui nous n'en sommes plus là et personne n'oserait soutenir la spontanéité. Mais le sang que l'on introduit lorsqu'on inocule la bactéridie ne pourrait-il pas contenir un virus, lequel serait la cause du charbon ? Les recherches de M. Pasteur ont élucidé la question. En effet, l'illustre savant prend du bouillon de culture et, dans 40^{cc} de ce bouillon, il introduit une goutte de sang charbonneux. Bientôt les bactéridies s'y développent si bien qu'une goutte de ce liquide en contient autant que la goutte primitive de sang. Il en est de même pour chacune des cultures successives. Mais si avec la première bactéridie vous aviez introduit un virus, celui-ci ne fait que se dissoudre et ne se multiplie pas, contrairement à ce qui se passe pour la bactéridie. De sorte que, même en admettant les solutions successives du virus, on arriverait, après la douzième culture, à un virus dissous dans une masse d'eau égale au volume de la terre. D'où il est absolument incontestable qu'une goutte de virus ainsi dissous ne peut avoir la moindre action : d'où également la preuve que le charbon est une maladie résultant d'une bactéridie, de même que la gale est la maladie de l'acare.

On sait que chez tout malade qui a été atteint de certaines affections telles que la variole, la fièvre typhoïde, etc., l'organisme a subi, par ce fait, une telle modification qu'il ne peut plus contracter la même maladie. C'est ce que l'on appelle l'immunité. Comment se produit-elle ? c'est ce que nous ne savons pas. Partant de ce principe que les moutons qui n'avaient pas succombé au charbon se trouvaient à l'abri désormais de la fièvre charbonneuse, M. Toussaint a découvert le moyen de conférer cette immunité par l'inoculation. Puis M. Pasteur a remarqué que les bactéridies n'étaient cultivables que dans certaines limites de température, au delà ou en deçà desquelles elle succombait au bout d'un temps plus ou moins long, sans se reproduire, mais en perdant peu à peu, chaque jour, de son intensité, si bien qu'introduite à des dates de plus en plus reculées, elle déterminait des accidents de moins en moins sérieux. C'est ainsi qu'il a été amené à découvrir la méthode d'atténuation de la bactéridie et à trouver le virus-vaccin. Et ce qui prouve bien que c'est le même virus, c'est que, par certains procédés, on peut lui rendre sa force. Il en est du charbon comme de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes, comme du rouget des porcs, toutes maladies qui exerçaient des ravages dans nos campagnes et dont M. Pasteur est parvenu à enrayer les progrès par la vaccination. Peut-être en sera-t-il de même de la rage sur laquelle l'illustre savant poursuit en ce moment ses recherches.

En résumé, nous voyons donc qu'un certain nombre d'affections contagieuses ont leur microbe propre. Celui de la tuberculose a été découvert également. Il est aussi d'autres maladies infectieuses chez lesquelles il n'est encore que soupçonné, mais où on le découvrira très probablement aussi à un moment donné. De même il est permis d'espérer que pour un certain nombre d'entre elles, sinon pour toutes, on trouvera aussi le vaccin. J'en excepterai peut-être la tuberculose qui, dans certaines formes, procède par poussées successives.

Ainsi donc aujourd'hui des résultats importants sont acquis; mais la tâche accomplie jusqu'à présent a été la plus facile; car sur les animaux l'expérimentation était possible, tandis que sur l'homme il n'en saurait être de même. Virchow a dit avec raison que les maladies se transmettaient facilement des animaux à l'homme, mais difficilement de l'homme aux animaux. De là de grandes difficultés dans les recherches.

Les lésions, produites dans l'économie par les affections qui nous occupent ici, sont tout d'abord une altération générale du sang dans lequel vous trouverez les bactéridies qui s'en vont former de véritables colonies dans les capillaires et dans les petites artères, où elles constituent comme de petites embolies et déterminent des suffusions sanguines analogues à celles que vous constatez dans certains organes dans les maladies contagieuses, notamment dans les reins, l'organe d'élimination par excellence. On trouve aussi des inflammations locales autour de ces amas, on trouve encore des embolies dans les vaisseaux du poumon : de là certaines lésions pulmonaires dans les affections contagieuses.

Au point de vue thérapeutique, ces notions ont une grande importance. Ainsi, dès que la présence de ces accumulations est constatée, l'indication est de les éliminer, non pas en agissant contre l'état purement local, mais bien contre la cause déterminante de cet état. De là la nécessité d'une thérapeutique parasiticide, thérapeutique qui a été, dans certains milieux, vivement critiquée.

Il s'agit donc de créer des conditions capables de s'opposer, dans une certaine mesure, à la reproduction des bactéridies, de diminuer leur violence.

Ainsi, depuis quatre ans, je donne le sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde, non seulement à cause des bons résultats qu'il donne comme antithermique, mais aussi comme microbicide. Son action antithermique, à doses suffisantes, est bien connue. Je dis à doses suffisantes, parce que ces doses varient souvent selon la maladie. Ainsi quelquefois, dans l'érysipèle, je suis allé jusqu'à 4 grammes sans parvenir à abaisser la température ; de même, pour les adultes, dans la fièvre typhoïde, j'ai donné pendant plusieurs jours de suite des doses de 2, 3 et 4 grammes.

Je crois aussi que le sulfate de quinine est microbicide parce qu'il est antithermique. Les expériences de M. Pasteur ont démontré qu'on modifiait la virulence charbonneuse en modifiant la température de quelques degrés et que le charbon se développait ou non selon la température. C'est ainsi, peut-être, qu'en diminuant l'état thermique de nos malades nous modifions les conditions de développement du microbe. Ainsi suis-je parvenu à diminuer la durée de la fièvre typhoïde, à abréger la convalescence, à abaisser aussi le chiffre de la mortalité.

Il est donc possible, indépendamment d'une grande quantité de liquide chimique, de recourir à la thérapeutique parasiticide : d'où la nécessité de trouver des agents capables de diminuer la virulence des microbes, d'enrayer leur développement, d'arrêter leur reproduction.

Les bains froids en abaissant la température sont peut-être aussi des microbicides, comme s'opposant au développement du poison. On peut arriver aussi, comme l'a montré M. Bouchard, à de bons résultats par des bains chauds prolongés dont la température est un peu inférieure à celle du corps.

HÉPATITE HYPERTROPHIQUE DU FOIE

DE NATURE SYPHILITIQUE, ACCOMPAGNÉE D'ASCITE CONSIDÉRABLE ; PARACENTÈSE ; GUÉRISON. — NEUF ANS PLUS TARD, MORT CONSÉCUTIVE A DES ACCIDENTS CÉRÉBRAUX DE MÊME ORIGINE.

Par M. le docteur Bec (de Mezel)
Lauréat de l'Académie de médecine.

En novembre 1874, j'étais consulté par la femme R..., habitant un hameau perdu dans les montagnes, laquelle, entre autres accidents syphilitiques, était atteinte de pustules d'impétigo, dont les premières, guéries, avaient laissé comme trace des taches cicatricielles cuivrées. En quelques semaines, cette femme avait perdu deux enfants qui avaient été infectés, disait-elle, par sa belle-sœur, arrivée depuis peu de Marseille, où elle était en service ; celle-ci leur aurait inoculé le virus en les embrassant sur la bouche. Elle-même aurait contracté la syphilis en allaitant son dernier-né ; il existe, en effet, à gauche au-dessous du mamelon, une cicatrice brunâtre, avec induration persistante à sa base et tuméfaction des ganglions axillaires correspondants. Bientôt était survenu de la roséole, précédée de la céphalée propre aux premiers accidents secondaires.

Je soumis cette femme à un traitement par les préparations hydrargyriques et iodurées, lui recommandant de revenir me retrouver de temps à autre, pour me permettre de suivre les complications à venir. Satisfaite de voir sa santé s'améliorer sous l'influence du traitement, elle ne nous demanda auprès d'elle que six mois plus tard, en avril 1875, pour des plaques muqueuses qui siégeaient à l'anus, et refusa de se soumettre de nouveau à un traitement général. Nous la revîmes en octobre 1875. A ce moment elle se plaignait de troubles digestifs persistants ; le ventre avait pris un développement considérable, par suite d'une ascite déjà avancée, nous permettant cependant de distinguer une hypertrophie du foie, accompagnée d'un ictère léger.

L'iodure de potassium fut administré, concurremment avec des pilules Sédillot, et des frictions avec l'onguent mercuriel furent pratiquées sur la région hépatique. (Cette femme a pris en trois mois et demi 98 grammes d'iodure de potassium et 120 pilules de Sédillot.) Pendant qu'elle était soumise à ce traitement, la gêne produite par l'ascite devenant de plus en plus intolérable, l'opération de la parencentèse est pratiquée le 16 novembre 1875, et produit un soulagement notable par la grande quantité de liquide qui est extraite.

Contrairement à nos prévisions et à nos appréhensions, l'ascite ne reprit pas son volume primitif; vers la fin de février 1876, toute trace de tuméfaction hydropique de l'abdomen avait disparu, et la diathèse syphilitique ne se révélait plus par aucun symptôme apparent.

Nous étions de nouveau consulté par cette femme en août 1880, cinq ans plus tard par conséquent ; elle se plaignait de malaise, de faiblesse générale, de douleurs gastralgiques.

Nous n'avions plus entendu parler d'elle depuis, quand le 1er novembre 1884, nous étions de nouveau appelé à son chevet ; depuis un mois elle éprouvait, surtout pendant la nuit, de violentes crises céphalalgiques, s'accompagnant de la plus pénible insomnie, lorsque tout à coup elle fut frappée d'apoplexie suivie d'hémiplégie.

L'examen de la tête, du tronc et des membres ne nous révèle la présence d'aucune tumeur gommeuse ou osseuse, dépendance fréquente de la syphilis ; il y avait eu seulement des troubles visuels notables ; nous constatâmes également une affection pigmentaire de la peau, de date déjà ancienne, se manifestant sous la forme de larges taches blanchâtres, véritable vitiligo, tranchant sur la coloration foncée des téguments voisins. Cette femme, âgée de moins de quarante ans, succombait quelques jours après notre visite.

L'histoire de cette malade, rendue incomplète par le fait de son éloignement et du peu de temps que le praticien des campagnes peut consacrer à ses malades, nous a paru néanmoins intéressante, à cause de la disparition des accidents hépatiques, après la paracentèse comme cure palliative, et une médication spécifique comme traitement définitif. Ce fait de guérison d'hépatite *hypertrophique* n'est pas unique dans les annales syphilitiques ; la période hypertrophique de ces accidents se prête bien à l'action curative ; cette observation nous a paru cependant digne d'être rapportée, et tout nous porte à croire que, si cette femme s'était soumise de temps à autre à un traitement approprié, sa forte constitution l'eût emporté sur l'action malfaisante du virus qui lui avait été inoculé par son propre enfant, et qui a mis plus de dix ans pour avoir raison de cette nature robuste et indemne de toute influence héréditaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 février 1885. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de remercîment de M. le docteur Krassowski, récemment nommé correspondant étranger ;

2° Une lettre de candidature de M. le docteur Thomas (de Tours), pour le titre de correspondant national ;

3° Une lettre de M. le docteur Sandras, demandant l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui dans la séance du 27 janvier.

M. le secrétaire perpétuel procède à l'ouverture de ce pli cacheté et donne lecture de la communication de M. Sandras. Il y est fait mention des bons effets immédiats produits par trente inhalations d'un mélange de :

Essence de térébenthine. . . .	100 grammes.
Goudron de Norvège	20 —
Chloroforme	1 —

Ces inhalations donnent à la voix une pureté et une étendue remarquables.

RECTIFICATION DE CHIFFRES RELATIFS A LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

M. Lunier, à propos du procès-verbal, demande à rectifier les chiffres présentés par M. Le Fort, dans la dernière séance.

Ce n'est pas à 36 728 210 que s'élevait la population de la France en 1872 ; mais à 36 102 921 (*Annuaire du bureau des longitudes* de 1885, p. 500). Ce qui donne, entre le chiffre des recensements de 1872 et de 1881, une différence de 1 569 127 et non de 1 943 838, soit par année, pour neuf ans et demi (et non pas neuf ans), une augmentation annuelle de 165 171. Ce dernier résultat porterait à deux cent vingt-huit ans, au lieu de cent soixante-cinq, chiffre donné par M. Le Fort, la période de doublement de la population française.

Si, de 1872 à 1878, la population française s'est augmentée de

802 867 habitants, c'est-à-dire, pour une période de quatre années et demie, de 172415 par an, cette augmentation n'a plus été, de 1876 à 1881, que de 766260; c'est-à-dire, pour une période de cinq ans, de 188152, ce qui porterait à deux cent quarante-huit années la période de doublement de la population française.

M. LE FORT, n'ayant pas sous les yeux les chiffres officiels qu'il avait copiés avec grand soin à une époque déjà ancienne, ne peut pas affirmer qu'il ne s'est pas glissé d'erreur dans sa copie. Il le verra avant la prochaine séance.

PRÉSENTATION D'APPAREIL

M. DEVILLIERS présente un petit hamac destiné au transport des voyageurs blessés dans des accidents de chemin de fer.

DISCUSSION

MM. LEFORT et **ROCHARD** protestent contre l'idée de transporter dans un hamac des individus qui peuvent être atteints de fractures. Il leur faut un plan résistant pour éviter des déplacements, qui peuvent être considérables si on les place sur un simple filet.

M. LARREY demande s'il ne serait pas possible de rendre mobiles les barreaux de fer sur lesquels reposent les filets destinés à supporter les chapeaux, etc. Ce serait une excellente base pour des brancards organisés instantanément.

RAPPORT

M. CHARPENTIER lit un rapport sur le prix Huguier.

DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

M. HARDY prend la parole pour répondre à M. Rochard. Entraîné par son éloquence, il a été de ceux qui l'ont le plus applaudi. Mais depuis lors il a réfléchi, et il lui semble qu'on voit trop en noir la situation actuelle de la France. Que l'accroissement annuel de la population y soit plus faible qu'autrefois, plus faible que chez d'autres peuples, c'est un fait qu'on ne conteste pas. Mais qu'il faille s'en désoler outre mesure, cela paraît plus contestable à M. Hardy, partisan déclaré des doctrines de Malthus.

On a beaucoup calomnié Malthus, faute de l'avoir lu. En réalité, ce pasteur protestant n'a jamais soutenu de doctrines immorales. Il a établi que, chez toutes les races vivantes, il y avait une tendance à la reproduction qui conduirait à une multiplication excessive, s'il ne se rencontrait pas de causes compensatrices. Pour l'espèce humaine particulièrement, ces causes sont les vices, les maladies, les guerres, la famine, tous les fléaux qui accroissent la mortalité. Mais cela ne suffirait pas encore pour maintenir l'équilibre; et il finirait par arriver pour les hommes ce qui arrive pour un troupeau de moutons que l'on cantonne dans une prairie trop étroite pour les nourrir tous. Tous, ils souffrent; tous, ils maigrissent, jusqu'au moment où les maladies, créées par ce trop plein, déciment le troupeau.

L'homme doit donc trouver le moyen de prévenir une multiplication qui, trop rapide, trop considérable, diminuerait trop les parts de chacun. Chacun a un morceau plus gros, quand on est six, au lieu d'être douze, à se diviser un même gâteau. Il est donc bon de limiter la nativité; et pour cela Malthus a conseillé la contrainte morale, *moral restraint*. Qu'est-ce que cette contrainte morale? La continence pour les gens non mariés, et la précaution de ne se marier que quand on est sûr de pouvoir assurer le bien-être à ses enfants.

Voilà toute la théorie de Malthus, théorie qui a trouvé en France de chauds partisans, entre autres Jean-Baptiste Say et Garnier. Malthus a toujours condamné tous les moyens mis en usage pour empêcher les gens mariés d'avoir des enfants. Eh bien, réduite à ces termes exacts, cette théorie a du bon. Ce serait le meilleur moyen d'empêcher le renchérissement de la vie, les grèves que les ouvriers font pour obtenir à la fois plus d'argent du patron, puisque tout coûte plus cher, et moins d'heures de travail, puisqu'ils sont plus nombreux à avoir besoin de travailler. D'ailleurs la force d'une notion ne dépend pas seulement du nombre, mais du courage de ceux qui la composent, et de la sagesse du gouvernement. M. Hardy cite la Suisse qui a si bien su se défendre avec trois millions d'habitants.

Il est bon que la population ne s'accroisse pas trop vite. Mais il y aurait danger à ce que l'accroissement, devenant de plus en plus faible, finît par être remplacé par une réelle diminution.

M. Hardy en arrive donc, dans la seconde partie de son discours, à étudier les causes de l'affaiblissement du mouvement de progression, et les moyens d'y remédier s'il est possible.

Il ne croit pas que les causes morales jouent en cela un très grand rôle. D'abord il n'est pas si facile qu'on le suppose de mettre obstacle à la fécondation dans les rapports sexuels. Quelles que soient les précautions prises, il y aura toujours des maladresses qui pourraient suffire pour combler les vides. Ce qui est vrai, c'est que la race française est moins prolifique que les races voisines. M. Hardy prend pour exemple un corps distingué, composé de 34 membres. Sur ces 34, 5 sont célibataires; on ne sait pas quelle est leur fécondité. 9, mariés, n'ont aucun enfant. Certainement, tous, ils eussent désiré en avoir; et ces 9 mis à part, il en est bien peu, parmi les 20 restants, qui aient plus de deux enfants. Un seul en a sept; mais c'est une exception qui confirme la règle, car celui-là n'appartient pas à la race française : d'origine, c'est un Anglais.

Plus on s'éloigne de la bête, moins on a d'enfants. Les Français, étant le peuple le plus élevé en civilisation, sont par cela même peu prolifiques.

Cette proposition serait effrayante pour l'avenir si rien ne venait compenser les mauvais effets de cette civilisation progressive.

Mais s'il est à peu près impossible d'accroître la natalité, il est certaines causes qui peuvent contribuer à maintenir le chiffre de la population. D'abord l'immigration, surtout l'immigration des juifs. Les juifs, se trouvant mieux en France que partout ailleurs, y affluent de tous les pays, depuis le fond de la Pologne, de la Russie et même de l'Asie. Comme ils sont, eux, très prolifiques, une fois devenus Français, ils compensent en grande partie par leur accroissement très rapide la diminution progressive des autres éléments de la race française.

Si cette compensation se trouve insuffisante, il restera un grand moyen pour empêcher la population de diminuer : ce sera de rendre la mortalité moins forte qu'elle n'est.

Déjà elle n'est pas proportionnellement plus considérable en France qu'ailleurs. Mais on peut encore obtenir mieux. Pour cela faire, il faut se rappeler que la mortalité sévit surtout sur les enfants pauvres, les enfants d'ouvriers : et cela parce qu'on méconnaît les principes d'une bonne hygiène.

Tous les cultivateurs savent comment on doit élever les jeunes volailles, quelle nourriture leur convient, quels soins leur sont nécessaires. Mais les gens pauvres, les ouvriers des villes, ne prennent aucune précaution pour leurs enfants. Ils ne les préservent pas du froid; ils les sortent par les jours de pluie; ils leur font prendre des aliments beaucoup trop lourds pour leur estomac. Voilà ce qu'il faut empêcher. Il faut que les médecins enseignent aux parents les règles de l'hygiène, que le gouvernement fasse des circulaires et les répandent à profusion. Enfin qu'on fasse comme un homme qui, ne pouvant pas augmenter ses revenus, restreint ses dépenses pour équilibrer son budget.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies de la peau; diagnostic et traitement, par M. le docteur E. Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. (1).

M. E. Guibout vient de publier un nouveau et quatrième livre sur les maladies de la peau; ce livre résume, en quelque sorte, les

(1) Un vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

trois premiers; toute la dermatologie s'y trouve exposée avec une méthode déduite d'une connaissance approfondie de cette science dermatologique à laquelle l'auteur a consacré de nombreuses années d'études et de recherches. M. E. Guibout s'est proposé de rendre facile et claire cette étude dermatologique : il examine toutes les maladies de la peau, relativement à leur diagnostic, à deux points de vue différents :

1° D'abord il les envisage et les catégorise d'après les causes qui les produisent, d'après leur nature; et il décrit avec le plus grand soin les caractères pathognomoniques qui distinguent chacune des grandes classes de ces affections. C'est ainsi que les caractères des syphilides, des scrofulides, des herpétides, des affections parasitaires, de causes locales, etc., y sont nettement indiquées et faciles à discerner. Il y a un chapitre consacré aux lésions cutanées du cancer, sur lequel nous appelons tout particulièrement l'attention.

2° Dans une autre partie du livre, les maladies de la peau sont divisées d'après leurs lésions anatomiques primitives. Ainsi, chaque lésion anatomique engendre un certain nombre d'affections cutanées qui, toutes, ont la même origine, la même couche anatomique, mais qui se distinguent les unes des autres par les variétés sous lesquelles se présente cette lésion primitive.

Telles sont les maladies *vésiculeuses :* l'eczéma, l'herpès, la varicelle, la miliaire, la gale.

Telles sont les maladies *bulleuses :* le pemphigus, le rupia.

Telles sont les maladies *squameuses :* le psoriasis, le pityriasis, l'herpétide maligne, exfoliatrice, l'ichtyôse.

Telles sont les maladies *papuleuses :* le lichen, le prurigo.

Telles sont les maladies *pustuleuses :* l'impétigo, l'ecthyma, le sycosis, l'acné, la variole, la varioloïde.

Ainsi envisagées et divisées en catégories distinctes, d'abord d'après leur nature pathologique, ensuite d'après leurs lésions anatomiques constitutives, l'étude des maladies de la peau est rendue très claire, très facile, et la question du diagnostic est résolue de la façon à la fois la plus simple, la plus naturelle et la plus clinique.

Mais, comme le dit M. E. Guibout, le diagnostic ne doit être que le prélude du traitement; aussi, conséquent avec ce principe, il s'occupe avec le plus grand soin de la thérapeutique, si mal connue, des maladies de la peau; il en pose et en développe les principes : « Il faut, dit-il, soigner dans une dermatose, 1° la maladie représentée par cette dermatose; 2° la dermatose elle-même envisagée comme lésion anatomique; 3° le malade lui-même, eu égard à sa constitution. »

Nous ne pouvons qu'applaudir à tous les détails thérapeutiques indiqués par M. Guibout, détails concernant le choix, le dosage des médicaments, leur mode d'administration, etc. Tout cela nous semble d'autant plus intéressant que, à notre époque, les questions thérapeutiques sont généralement négligées.

Telle est, en quelques mots, l'idée de ce livre, qui nous paraît devoir être très utile aux médecins et aux élèves, puisqu'en un seul volume, de moins de quatre cents pages, il embrasse et résume toute la dermatologie, au double point de vue du diagnostic et du traitement.

Dr Passant.

Du procédé de la cravate dans les luxations anciennes de l'épaule (1), par le docteur Ant. Voreux.

Ne pas employer le chloroforme et arriver encore à réduire deux luxations intracoracoïdiennes anciennes, l'une de quatre, l'autre de cinq semaines : tels sont les faits qui servent de base à cette thèse inaugurale. Tous deux ont été observés à Lille dans un service de clinique.

Le procédé de la cravate a un passé déjà bien long, et l'auteur en donne l'historique avec un réel talent. Remontant toujours aux textes originaux, il montre pour quels curieux motifs le procédé de la cravate est tombé dans une sorte de discrédit. La reproduction des gravures publiées par les anciens auteurs apporte une démonstration très originale et bien authentique à l'appui des arguments serrés de M. Voreux. Mais la principale valeur de ce travail est dans sa portée pratique. L'anatomie pathologique est d'abord résumée; les indications thérapeutiques en sont ensuite déduites. C'est ainsi qu'avec un remarquable sens clinique, l'auteur, loin de préconiser son procédé comme une sorte de spécifique, prend soin de préciser les deux conditions préalables imposées aux chirurgiens : la rupture des adhérences comme le voulait Desault, les efforts d'extension et de contre-extension, menées avec autant de vigueur que de circonspection. Il insiste enfin sur la manière de se servir de la cravate pour obtenir tout ce qu'elle peut donner, et donne ainsi deux règles : la première est relative au point d'application, « non pas sur l'extrémité supérieure de l'humérus, mais bien sur la tête, et même, autant qu'il est possible, en dedans de la tête ». La seconde indique la direction des forces que développe le chirurgien pour réduire en redressant. L'effort doit être dirigé en haut et en arrière, pendant que le chirurgien maintient lui-même l'omoplate à sa place. Une figure originale permet de bien apprécier ces divers détails. Ajoutons que toute cette étude, écrite en une langue facile, est enrichie d'un index bibliographique qui donne une idée de la somme de travail, que nos lecteurs apprécieront aisément s'ils se rendent compte du détail des moyens destinés à éviter l'usage du chloroforme dans ces circonstances où il est précisément le plus dangereux.

(1) Paris, J.-B. Baillière et fils.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1885.

41. M. Hagiescou. Note critique à propos d'un cas de désarticulation ancienne du genou suivie d'autopsie. — 42. M. Fafournoux. Contribution à l'étude des hydrocèles récidives de la tunique vaginale et de leur traitement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 février 1885, M. Grancher, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Paris.

— Par décret, en date du 9 février 1885, M. Guignard, docteur ès sciences, est nommé professeur de botanique à la Faculté des sciences de Lyon.

— Par décret, en date du 9 février 1885, M. Brillouin, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Toulouse.

— Par décret, en date du 9 février 1885, M. Moquin-Tandon, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Besançon, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de zoologie de la Faculté des sciences de Toulouse.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Gaziglia est nommé aide des travaux pratiques d'histoire naturelle, en remplacement de M. Dauvergne, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Trollier, professeur d'accouchements et de maladies des femmes et des enfants, est nommé professeur de clinique obstétricale et de gynécologie à ladite école (chaire transformée).

— *École de médecine de Rennes.* — M. Perret, professeur d'accouchements et de maladies des femmes et des enfants, est nommé professeur de clinique obstétricale et de gynécologie à ladite école (chaire transformée).

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Raynaud est nommé préparateur de chimie.

— *École supérieure de pharmacie de Nancy.* — M. Frache est nommé préparateur des cours de pharmacie chimique et pharmacie galénique, en remplacement de M. Morel, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Riche, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de minéralogie et de géologie, en remplacement de M. Didelot, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Sauvageau, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de botanique, en remplacement de M. Hérail, appelé à d'autres fonctions.

— M. Filhol, docteur ès sciences et docteur en médecine, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse, est nommé sous-directeur du laboratoire de zoologie anatomique et physiologique à l'École pratique des Hautes-Études.

— MM. les docteurs Ovion fils et Patin sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Boulogne-sur-Mer.

— M. Moret soutiendra, à la Faculté des sciences de Paris, le 13 février, à deux heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : *Recherches sur le péricycle ou couche périphérique du cylindre central chez les phanérogames.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur les tumeurs de la vessie et sur quelques points importants de la chirurgie des voies urinaires, par Sir Henry Thompson; traduites et annotées par le docteur Robert Jamin. In-8°. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère pour 1885, par E. Bouchut, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants-Malades. Un vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17401.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en medecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. DÉJÉRINE.

Phthisie laryngée.

Nous avons à la salle Saint-Denis un homme d'une cinquantaine d'années, dont l'aspect a, au premier abord, quelque chose de particulier. En effet, on le voit en proie à une certaine angoisse, à une gêne respiratoire considérable, et l'on entend à chaque respiration une sorte de sifflement qui s'accompagne d'une véritable dépression de la fourchette sus-sternale. Il y a à la fois chez lui tirage laryngé et tirage épigastrique. De plus, la voix est très basse, presque éteinte. Néanmoins cet homme possède encore une constitution vigoureuse.

Jusqu'à il y a deux ans, il a toujours joui d'une santé robuste. Enfin, nous ne trouvons chez lui aucun antécédent héréditaire, ni personnel.

C'est en 1882 qu'il a été pris de bronchite, puis, dit-il, de laryngite. L'inflammation des bronches guérit bien, mais il n'en fut pas de même de l'affection du larynx. Celle-ci persista depuis lors, s'accusant par une douleur parfois assez vive, au niveau de cet organe, par une sorte de chatouillement derrière l'épiglotte ; en même temps la voix devenait de moins en moins nette.

Cependant les troubles laryngés n'eurent aucun retentissement bien marqué du côté de l'état général, et notre malade, maçon de son état, put continuer à travailler comme par le passé. La seule gêne qu'il éprouvait encore était une extinction de voix plus ou moins prononcée. Il n'avait point maigri; sa respiration était restée à peu près normale, lorsque, il y a quatre ou cinq mois, il eut une nouvelle bronchite. Celle-ci traitée et guérie de nouveau, il put encore travailler, tout en commençant à éprouver un peu de dyspnée; mais il y a dix ou douze jours, cette dyspnée avait fait peu à peu de tels progrès qu'il dut se décider à entrer à l'hôpital.

En résumé, de tous les phénomènes que nous venons d'exposer, que devions-nous conclure? A une affection du larynx ou à une maladie extra-laryngée? Tout d'abord nous devons rejeter l'idée de quelque tumeur comprimant le nerf récurrent (anévrysme de l'aorte ou néoplasme). De plus, l'examen fait avec le laryngoscope nous a montré qu'il s'agissait d'une affection ulcéreuse du larynx.

Enfin il semblait réaliser les accidents de l'œdème de la glotte, c'est-à-dire d'une infiltration du tissu cellulaire qui double la muqueuse laryngée. La dénomination d'œdème de la glotte ne saurait guère être conservée dans l'état actuel de la science. De quelque façon qu'on considère cette infiltration : 1° soit en dehors de toute affection du larynx comme dans les affections brightiques, dans l'albuminurie scarlatineuse, et c'est là cependant où l'œdème de la glotte mérite le plus son nom; 2° soit à la suite de quelque inflammation aiguë du larynx, mais ici ce n'est plus le même œdème, mais bien un œdème inflammatoire; 3° soit comme la conséquence d'une lésion ulcéreuse du larynx, de nature syphilitique ou tuberculeuse. Ici non plus, il ne s'agit pas du même œdème : dans le premier cas, on a une infiltration diffuse syphilitique plus ou moins scléreuse, hypertrophique; dans le second cas, une infiltration plastique, d'origine néoplasique, tuberculeuse, non limitée, massive.

Chez notre malade les accidents n'ont pas eu un développement brusque, soudain, mais ils sont survenus lentement, peu à peu. Chez lui, on peut, d'après les phénomènes morbides et même sans recourir au laryngoscope, se prononcer pour une lésion ulcéreuse du larynx, syphilitique ou tuberculeuse. Cet homme a eu la syphilis autrefois (chancres et accidents secondaires). Mais, d'autre part, nous trouvons chez lui des faits de tuberculose, bien qu'il n'ait pas encore les attributs prononcés de cette affection. Il a maigri depuis quelques mois, il a maintenant des sueurs nocturnes, enfin son état général a fléchi un peu. Il est vrai que les malades atteints de syphilis laryngée fléchissent également dans tout leur être, à un moment donné.

L'examen de la poitrine ne nous fournit que des signes négatifs, sauf un peu d'élévation peut-être de la tonalité du son du côté du poumon gauche. L'auscultation ne peut nous rendre aucun service, par suite du phénomène de cornage dont le bruit masque absolument le murmure respiratoire et les râles, s'il en est.

Mais si cet examen ne nous donne aucun renseignement, nous avons, par contre, depuis quelque temps, un nouveau moyen d'information réellement précieux : je veux parler de l'examen des crachats. Or chez notre malade cet examen nous a montré l'existence d'une quantité considérable de

bacilles analogues à ceux que l'on retrouve dans la tuberculose pulmonaire. Par suite le diagnostic se trouve tranché en ce sens que nous nous trouvons en présence d'une phthisie laryngée, phthisie dont le laryngoscope nous montre les ulcérations, et dont le début remonte à sa première bronchite survenue il y a deux ans. Les lésions de la tuberculose du larynx sont les mêmes que celles de la tuberculose générale : ce sont une infiltration grise, diffuse, un semis de granulations, une déformation plus ou moins prononcée du larynx, des ulcérations de sa muqueuse, notamment sur les cordes vocales, dans les parties postéro-inférieures, tandis que, dans la syphilis laryngée, la lésion est surtout antéro-inférieure. Mais l'élément le plus précieux est le bacille pour reconnaître la nature syphilitique ou tuberculeuse de la lésion, en cas d'absence de tous autres signes.

La symptomatologie de la laryngite tuberculeuse est celle de toutes les laryngites chroniques : modifications de la voix marchant à l'aphonie ; toux assez rare tant qu'il n'y a aucune complication du côté des poumons, toux sèche, produite par un chatouillement de la gorge, expectoration perlée, etc.

Quant à la dyspnée, elle ne vient que plus tard, quand la maladie a fait des progrès suffisants pour diminuer considérablement le calibre du larynx. D'ailleurs elle varie selon l'importance de la lésion. Plus tard les troubles de la voix augmentent et peuvent aller jusqu'à l'aphonie ; la toux varie aussi du début à la fin de la maladie, sinon d'abord, elle devient éructante à une certaine époque. Enfin l'expectoration elle-même diffère selon que le poumon est ou n'est pas envahi, et la douleur varie aussi d'un malade à un autre, dépendant de l'importance de la lésion de l'épiglotte. Lorsqu'elle est très touchée, la douleur peut se propager jusque dans les deux oreilles. Quelquefois les malades sont sujets à des accès de suffocation très graves, et l'un de ceux-ci parfois peut être mortel ; ils peuvent être la conséquence de la paralysie des muscles dilatateurs de la glotte, soit de la paralysie des muscles tenseurs de la glotte.

La marche de la phthisie laryngée diffère selon que la maladie est primitive (elle peut alors durer des mois et des années) ou secondaire (elle est alors en rapport avec la lésion du poumon). En tous cas, le pronostic est grave.

Quant au diagnostic, il est assez difficile tant que la lésion n'est pas très avancée. L'état général peut fournir des indications, mais l'élément important entre tous, je le répète et y insiste avec intention, c'est le bacille de la tuberculose. Quand la maladie est à la période d'état, le diagnostic est peu facile. Pourtant on a vu quelquefois des polypes déterminer des phénomènes analogues à ceux de la tuberculose, sauf qu'ils sont intermittents et qu'il n'y a pas de bacilles dans les crachats. Or le diagnostic est important surtout au point de vue de la thérapeutique à intervenir.

On s'est demandé, sans pouvoir y répondre, pourquoi chez certains malades la tuberculose débutait par le larynx, et l'on a invoqué la fatigue du chant, l'alcoolisme comme cause prédisposante. A ceci on peut répondre par le grand nombre de crieurs des rues et autres individus fatiguant leur larynx démesurément qui ne sont nullement atteints de phthisie laryngée.

Reste maintenant la question du traitement. Il faut surtout soutenir l'état général pour le mettre en état de résister le plus longtemps possible. Puis on traitera la lésion locale, les ulcérations, par les caustiques portés directement sur celles-ci. La douleur dont se plaignent maints malades, sera calmée par une dissolution très concentrée de morphine ou d'extrait d'opium. La dyspnée est-elle violente, on emploiera les révulsifs cutanés, certaines fomentations, comme pouvant soulager momentanément les malades ; mais il ne faut pas trop se fier à ces divers moyens, dont l'effet est passager, et la trachéotomie reste encore à peu près la seule atténuation réellement efficace comme moyen préventif des accidents de suffocation.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Adéno-phlegmon sous-maxillaire, abcès sous-périostique de la mâchoire.

Je voudrais vous entretenir aujourd'hui de deux affections dont le diagnostic différentiel est assez difficile au premier abord : l'adéno-phlegmon sous-maxillaire et l'abcès sous-périostique de la mâchoire.

Les signes physiques sont pour les deux affections : un gonflement diffus, datant de deux ou trois jours, produit par une affection aiguë, de la rougeur, de la chaleur et de la douleur, de la constriction des mâchoires, et le malade conserve une attitude quelque peu analogue au torticolis. Les signes fonctionnels sont : gêne de la déglutition, frissons, fièvre, malaise, inappétence, courbature.

Comme causes, ce sont en général : un refroidissement dont l'influence se porte sur les amygdales, sur le pharynx ; une amygdalite phlegmoneuse, une angine ; du côté de la mâchoire inférieure, quelque vieille périostite ranimée par l'action du froid, une carie dentaire, le plombage ou le déplombage d'une dent ; l'éruption d'une dent de sagesse, etc. En somme, deux grandes variétés : une amygdalo-pharyngite et une ostéite du maxillaire.

L'abcès sous-périostique est une tumeur qui s'étend surtout du côté de la joue, vers l'os malaire et jusqu'à la commissure labiale, c'est-à-dire qui occupe presque toute la région parotidienne jusqu'au lobule de l'oreille, descend jusqu'au tiers supérieur du cou, et a son maximum sur la face.

L'adéno-phlegmon, au contraire, a son tiers supérieur sur la face, tandis que ses deux tiers inférieurs occupent la région cervicale, s'étendant souvent jusqu'à mi-distance de la clavicule et de la mâchoire. Il donne lieu à un gonflement plus marqué, surtout vers le bord inférieur de la mâchoire, et se propage surtout vers le muscle sterno-mastoïdien. Dans l'adéno-phlegmon, le doigt introduit dans la bouche peut pénétrer dans le sillon géno-maxillaire entre la joue et la mâchoire. Dans l'abcès sous-périostique, au contraire, le sillon est comblé, effacé par la tuméfaction et toute pression sur la mâchoire est douloureuse. Dans l'adéno-phlegmon le cul-de-sac gingival est libre, la pression sur le maxillaire inférieur ne détermine pas de douleurs, et si la bouche peut s'ouvrir suffisamment, le doigt constate un léger œdème du plancher de la bouche, déterminant le soulèvement de la langue.

La douleur au niveau de la tumeur n'est pas un bon signe diagnostique, car elle est intense dans les deux cas ; cependant dans l'adéno-phlegmon son siège est moins élevé que dans la périostite, puisqu'il est au niveau du ganglion malade, tandis que dans celle-ci la douleur réside au niveau de la mâchoire.

Ainsi donc, périostite : tuméfaction occupant la région

de la face plus diffuse, douloureuse au niveau de la mâchoire; adéno-phlegmon : tuméfaction occupant la région sus-hyoïdienne, plus circonscrite, douloureuse au niveau du ganglion enflammé. Quant à la fluctuation, elle n'a qu'une valeur médiocre au point de vue du diagnostic différentiel.

Le pronostic des deux affections est très différent. L'adéno-phlegmon est une maladie des sujets robustes, vigoureux, et généralement bénigne, sauf quelques exceptions assez rares. Les abcès sous-périostiques sont d'une guérison assez lente, ils peuvent s'accompagner de phénomènes graves et se terminer par la mort dans la première semaine. J'ai vu ainsi, entre autres cas, mourir une jeune femme de vingt-trois à vingt-quatre ans en quarante-huit heures, par suite de phlébite de la jugulaire et de la veine ophtalmique. On peut conjurer le pronostic, à la rigueur, par un traitement très énergique de la périostite : aussi, dans des cas de ce genre, se présentant avec des phénomènes très aigus, faut-il intervenir de très bonne heure. Au contraire, lorsqu'il y a peu de fièvre, que la douleur est de médiocre intensité, et que vous ne savez pas au juste s'il y a de la fluctuation, il faut attendre, surtout dans la périostite, car à côté de formes graves on peut en rencontrer de légères, susceptibles de guérir en quelques jours, sans avoir besoin de recourir au bistouri, et simplement par l'onguent napolitain et des cataplasmes. Dans d'autres cas, par contre, tels qu'un abcès circonscrit sous-périostique, il est nécessaire de pratiquer une incision dans la bouche.

Ainsi, adéno-phlegmon ou périostite entraînant des accidents, intervenir vite et chirurgicalement; pas d'accidents, le traitement résolutif peut donner des succès dans la périostite, beaucoup plus rarement dans l'adéno-phlegmon.

Mais laissons de côté les cas où le traitement résolutif suffit, pour ne nous occuper que des cas où il est nécessaire d'intervenir. La tuméfaction, je suppose, est diffuse, considérable; il existe du pus sans que l'on sache au juste où se trouve le foyer, où et comment faut-il ouvrir l'abcès? Tout d'abord un bon diagnostic différentiel est nécessaire, car s'il s'agit d'adéno-phlegmon, il faut tomber sur le ganglion, et s'il s'agit d'un abcès sous-périostique, il faut arriver jusqu'à l'os.

Dans certains cas, quand le cul-de-sac gingival est gonflé, douloureux, on peut débrider par l'intérieur de la bouche, parallèlement au maxillaire en commençant par une ponction un peu profonde dans le cul-de-sac, tout près de l'os, afin de ne pas blesser l'artère faciale. Si un peu de pus s'écoule, vous introduisez une sonde cannelée et vous agrandissez votre ouverture. Mais souvent cela ne suffit pas et une contre-ouverture est nécessaire; dans ces conditions, la sonde cannelée introduite dans la première ouverture est dirigée en arrière vers l'angle de la mâchoire, de façon à la sentir à travers les parties molles, et on pratique alors en ce point une seconde ouverture par laquelle on fait passer un drain.

Il est des cas où une ponction par la bouche ne donne rien, il faut alors inciser le long du bord inférieur de la mâchoire en ayant bien soin d'éviter l'artère faciale. Du reste, c'est là que le diagnostic différentiel de l'adéno-phlegmon et de l'abcès sous-périostique a une grande importance, car, dans le premier cas, l'artère est repoussée profondément, tandis que, dans le second, elle tend au contraire à devenir plus superficielle. Aussi importe-t-il de bien reconnaître la situation de l'angle de la mâchoire, ce qui n'est pas très facile au premier abord en raison de la tuméfaction. Il est cependant un moyen certain sur lequel je reviendrai tout à l'heure. Quand vous avez sous le doigt l'angle de la mâchoire, incisez et mettez le périoste et l'os à nu : vous n'avez plus alors à craindre de blesser l'artère, car vous introduisez votre sonde cannelée dans la gaine périostique, de façon qu'elle aille proéminer jusqu'à la symphyse du menton, où vous faites sans aucun danger votre contre-ouverture. Vous passez ensuite un gros drain, lequel est indispensable dans les abcès sous-périostiques, sous peine de voir la plaie se refermer et une nouvelle collection purulente se reproduire.

Dans l'adéno-phlegmon, vous avez une tuméfaction sus-hyoïdienne prononcée, s'étendant jusque sur la mâchoire, et, je suppose, donnant lieu à des accidents graves; le foyer purulent, assez petit, est pour ainsi dire perdu au milieu d'un gonflement volumineux. Il vous faut inciser de façon à arriver directement sur le foyer, et vous avez alors un soulagement immédiat et excellent.

Tout à l'heure je vous ai dit que, dans le cas d'abcès sous-périostique, il fallait chercher l'angle de la mâchoire; je vous dirai maintenant : dans le cas d'adéno-phlegmon, il faut savoir trouver le ganglion. Mais par quel moyen? Marquez avec une plume la symphyse du menton et tirez une ligne suivant le bord inférieur de la mâchoire et le dépassant; d'autre part, cherchez le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur; tracez également une ligne partant à 1 centimètre du pavillon de l'oreille, descendez-la verticalement, et le point où vous rencontrerez la ligne partie de la symphyse vous donnera l'angle de la mâchoire.

Quant au ganglion, on sait qu'il est situé à peu près à égale distance du bord de l'angle de la mâchoire et de la symphyse; mais comme le gonflement peut l'avoir plus ou moins déplacé, prenez un travers de doigt au-dessous, et portant votre bistouri dans une direction légèrement oblique, plongez-en hardiment la pointe et retournez votre bistouri dans la plaie. S'il ne sort que peu de chose ou seulement un peu de sang, retirez votre bistouri, prenez la sonde cannelée, introduisez-la dans le même point, et par de petits mouvements vous aurez quelques gouttes de pus. Alors, retirant votre sonde, vous la courbez légèrement et vous débridez en avant. Un débridement de 15 millimètres suffit généralement, et quelques cataplasmes aidant, la guérison est assez rapide.

HOPITAL D'ALBERT (SOMME). — M. Legoux.

De quelques plaies, et d'une de leurs complications : le tétanos.

Depuis quelques années, j'ai eu la triste et peu enviable occasion de traiter le tétanos. Si ces cas sont relativement nombreux, cela tient sans doute au milieu dans lequel j'exerce, et où se présentent surtout les plaies plus ou moins étendues, plus ou moins profondes, les meurtrissures, les contusions plus ou moins violentes.

Jamais il ne m'est arrivé de constater cette terrible affection, dans les mutilations, dans les grands délabrements.

Un jour, cependant, après une amputation de cuisse, à la suite d'un accident de chemin de fer, amputation après

laquelle le blessé fut atteint, au dixième jour, d'un tétanos qui se termina par la mort en moins de quatre jours.

Eh bien, là encore, cette affection avait été déterminée non par le grand traumatisme de la jambe droite, mais par une plaie par écrasement du troisième doigt du pied gauche.

Ces tétanos ont tous été produits par l'écrasement des pieds ou des mains, sauf un seul, le premier en date, qui avait été déterminé par une plaie de la malléole droite. J'eus, pour le début, l'heureuse fortune de sauver le blessé.

Les autres eurent lieu :

L'un, chez un enfant de six ans ; écrasement de la dernière phalange de l'index ayant déterminé une fracture de cet os. Après cinq jours, le tétanos apparut. Quand je fus appelé pour le voir avec un confrère, il agonisait.

Le deuxième, écrasement de la deuxième phalange du médius de la main gauche ; tétanos. Mort après huit jours d'atroces souffrances. Le blessé était un ouvrier mécanicien, âgé de treize à quatorze ans.

Le troisième, écrasement de l'index et du médius de la main droite chez un ouvrier. Mort.

Enfin les quatre derniers cas sont tout récents.

Le domestique de M. X... a la main gauche blessée par une voiture, qui lui écrase deux doigts, mais principalement l'index. Depuis sa plaie, il a reçu les soins de plusieurs de nos confrères, et le début du tétanos remonte déjà à treize jours, lorsqu'une nuit on vint me prendre et me conduire auprès du souffrant.

Nous le trouvâmes vers cinq heures du matin en pleine crise tétanique.

Il était sous le coup d'un opisthotonos des plus violents ; les mâchoires terriblement contracturées ; l'introduction d'un peu de liquide ne pouvait se faire qu'au défaut d'une dent, et encore la déglutition était-elle presque impossible. Le blessé était couvert de sueur ; il asphyxiait.

Je levai le pansement ; j'ouvris largement la plaie, dont j'arrachai la phalange fracturée en plusieurs éclats ; puis j'instituai un traitement aux injections de morphine, le chloral à l'intérieur en potion, en lavement, le bromure de potassium ; puis l'ayant pansé, nous dîmes en le quittant : « Que Dieu le guérisse ! » Nous nous attendions à une mort certaine. A quelque distance de là, rencontrant son patron dans les rues d'Albert : « Eh bien, lui dis-je, est-il mort longtemps après ? »

« Comment ! mort, me dit-il, mais il travaille comme quatre, et vous bénit sans cesse. » Cette bénédiction nous sembla d'autant meilleure, que, comme beaucoup de nos confrères, nous y sommes peu habitués.

Quelle fut la cause de la guérison ? Je n'oserai l'attribuer au traitement. Pour moi, le pansement doit y avoir sa large part.

— M..., dix-huit ans, tempérament nerveux, laisse tomber sur sa main droite un corps dur, assez lourd, qui lui écrase la première phalange de l'index en la fracturant. Le reste du doigt semble sain. L'impressionnabilité du sujet est extrême. La pensée seule du pansement le rend irritable, énervé, plusieurs heures auparavant.

Je fais un pansement simple à l'alcool, entourant le tout de ouate, en me promettant de le renouveler le moins souvent possible.

Mais vers le dixième jour, après deux ou trois pansements où nous avions pu constater une gangrène de la dernière phalange, notre jeune blessé est atteint de trismus et de douleurs de dos intolérables.

Bref, le mal marche quand même ; les injections d'acétate de morphine répétées jusqu'à 10 centigrammes par jour, autant et même plus de ce sel calmant à l'intérieur, les lavements au chloral, le jaborandi, etc., tout fut inutile, et quand un de mes honorables confrères vint auprès du malade, ce fut pour constater l'inanité de mes efforts. Le pauvre jeune homme mourut.

— Vers la fin de juin de l'année 1883, X..., ouvrier aux fonderies de Sainte-Agnès, a la main gauche écrasée par un morceau de fonte ; les trois doigts du milieu sont surtout atteints, et l'index offre la meurtrissure la plus prononcée : la première phalange est fracturée, et les chairs fortement contusionnées.

Je lave à l'eau alcoolisée ; puis j'adopte le pansement ouaté. Le blessé souffre pendant quelques heures, mais bientôt le calme se rétablit.

Huit jours après, je lève le pansement ; les plaies sont belles ; mais les deux dernières phalanges de l'index sont noires, froides, insensibles. Elles sont atteintes de gangrène. Le blessé ne souffre pas. Je lave de nouveau à l'eau alcoolisée, puis je refais le pansement ouaté.

Le lendemain, dans la journée, la sœur de la salle se présentait chez moi avec cet ouvrier ; depuis quelques heures, il avait du trismus, et il accusait une violente douleur dans les reins, qui l'obligeait à marcher avec une certaine raideur. Le doute n'était pas possible. Je prescrivis les granules de codéine et d'hyosciamine ; 20 de chaque en vingt-quatre heures. Je fis faire chaque jour quatre injections avec la solution suivante :

Eau distillée.	20 grammes.
Hydrochlorate de morphine. .	50 centigrammes.

Chaque jour également on eut recours à une injection à la pilocarpine, qui provoqua des sueurs abondantes.

Après chacune de ces injections, le trismus s'effaçait en grande partie, la respiration devenait plus libre, mais l'amélioration n'était qu'éphémère. Le mal, plus fort que nous, se riait de nos moyens, et le chloral à l'intérieur, en lavement jusqu'à la dose de 8 à 10 grammes, les préparations morphinées, l'hyosciamine poussée à des doses effrayantes, n'empêchèrent pas que le quinzième jour du tétanos fut le dernier de la vie pour ce malheureux blessé.

— Enfin, le 18 octobre dernier, vers le soir, le nommé D..., âgé de trente-cinq ans environ, en essayant de monter sur sa voiture chargée de betteraves, se laissa tomber, et la roue lui meurtrit trois doigts de la main droite. Le plus atteint fut le médius ; la pulpe de la dernière phalange était en partie détachée, et la phalange était fracturée au-dessus de l'articulation. L'ongle était détaché. Je pansai à l'eau alcoolisée, et je fis reconduire le blessé chez lui en lui promettant de le visiter le lendemain.

Le 19, il souffrait peu de la main, mais il était courbaturé. Il est vrai de dire que la veille il était pris de boisson.

Je fis arroser le pansement, que je renouvelai le lundi 22. L'index et l'annulaire étaient à peu près guéris. Le lambeau de chair du médius répandant une odeur gangreneuse fut excisé ; la plaie lavée à l'eau alcoolisée, et le pansement refait à nouveau.

Le mercredi 23, le blessé vint à Albert en voiture, mais dans l'après-midi du même jour, il fut pris d'un violent mal de dos, et ses mâchoires se serrèrent.

La nuit et la journée du jeudi parurent mauvaises, malgré l'administration répétée d'une solution de morphine.

Le vendredi, j'amputai la phalange écrasée ; c'était un essai désespéré ; puis je fis deux injections morphinées, mais le tétanos devenu général marchait à pas de géant, et le blessé mourait dans d'atroces souffrances, à deux heures du matin, soixante heures après le début de cette désespérante affection.

Tous ces tétaniques présentèrent l'opisthotonos, et ce que l'on doit surtout remarquer, c'est que l'invasion est toujours subite.

Dans cette forme, du moins, la douleur lombaire est très violente, et apparaît avec le trismus, si toutefois même elle ne le devance pas.

On peut assurément affirmer que la cause la plus ordinaire du tétanos traumatique est l'écrasement des extrémités et surtout des doigts.

Peut-on invoquer comme cause prédisposante l'idiosyncrasie. Je l'ai vue se développer chez des personnes à

nervosité très grande. Je l'ai vue prendre naissance et évoluer chez des individus impassibles devant tous les événements. Je crois peu à l'influence de la température sur le développement de cette terrible complication des plaies.

J'en ai pansé en hiver et pendant les chaleurs caniculaires; j'en ai soigné pendant les douces températures du printemps et de l'automne, et n'importe la saison, le résultat est venu presque toujours nous affirmer que nous ne connaissions encore aucun moyen propre à triompher de cette terrible maladie.

En vous citant les deux cas de guérison relatés plus haut, je pensais à feu le savant confrère qui était enchanté d'avoir guéri un tétanique, après lui avoir fait supporter dix-neuf saignées et l'application de 792 sangsues. Je me disais que plus d'un chemin conduit à la ville, et que les montagnes seules ne se rencontrent point.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE L'ACTION DES SELS DE COCAÏNE DANS LA THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE.

Par M. le docteur Galtier (de Nîmes).

La valeur des sels de cocaïne comme anesthésiques des muqueuses, et spécialement de la muqueuse oculaire, sera bientôt établie, car il est probable qu'à cette heure tous les médecins qui, en France, s'occupent des maladies des yeux l'expérimentent. C'est par l'ensemble des témoignages qu'on pourra déterminer ses propriétés réelles; il est donc utile que chacun apporte sa contribution, petite ou grande, à la solution de cette très intéressante question de thérapeutique.

Dans la conjonctivite simple avec sensation de gravier, j'ai obtenu un calme presque instantané. J'ai enlevé un ptérygion récidivant, sur la chaise, avec la plus complète tranquillité du malade, qui, à une première séance, demandait, à cause de la douleur, à être chloroformé. Ces faits sont confirmatifs de ceux qu'on a déjà publiés, et ne pouvaient motiver ma communication. Voici l'observation que j'ai désiré vous adresser :

J'ai vu, mardi matin 2 décembre, une femme de trente ans, atteinte, depuis quinze jours environ, d'une conjonctivite catarrhale, muco-purulente, douloureuse, sans lésions cornéennes, ne permettant à cette malade aucune occupation sérieuse.

Je l'ai pansée, le même jour, avec le pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent au 1/100e.

Eau distillée.	20 grammes.
Nitrate d'argent cristallisé. . . .	0,20 centigrammes.

La douleur vive déterminée par ce collyre a duré environ trois quarts d'heure.

Le lendemain mercredi, la malade, se trouvant sensiblement mieux, vient encore se faire panser, mais me rappelle qu'elle a bien souffert la veille : même pansement, même douleur au moins aussi vive, larmoiement abondant. J'instille aussitôt deux gouttes, dans chaque œil, du collyre suivant :

Eau distillée.	1 gramme.
Chlorydrate de cocaïne.	0,05 centigrammes.

Après deux à trois minutes, la malade me dit : « Je ne souffre plus. » Elle ouvre franchement les yeux redevenus secs et rentre chez elle.

Le jeudi, la malade, presque guérie, vient subir le troisième pansement. Elle souffre après le badigeonnage comme les jours précédents. Comme la veille, j'instille deux gouttes de collyre à la cocaïne, dans l'œil droit seulement. Après deux minutes, l'œil droit n'est plus douloureux, et, comme la douleur est cuisante dans l'œil gauche, la malade me prie de faire cesser l'expérience qui, pour elle surtout, est très concluante. J'instille donc deux gouttes du collyre calmant dans l'œil gauche, et, deux minutes après, la malade se lève et ne souffre plus d'aucun des yeux.

Aujourd'hui vendredi, la malade est bien guérie.

Il semble donc, d'après ce fait, que l'action anesthésique de la cocaïne s'étend même aux douleurs artificielles provoquées par le pansement irritant.

Dans un article publié ces jours-ci, on a dit qu'il ne fallait pas que l'engouement, au sujet de cet agent, allât jusqu'à nous faire espérer qu'on éteindrait, par lui, la douleur qu'on viendrait de faire naître par une instillation d'un collyre au sulfate de zinc, par exemple (Gayet, in *Lyon médical*). Nous saurons bientôt si on ne peut pas se promettre ce résultat avec le sulfate de zinc, mais je crois les instillations au nitrate d'argent encore plus douloureuses, et, s'il faut en juger par le fait que je signale, la douleur qu'il provoque se calme merveilleusement par la cocaïne.

Il y a cependant lieu de faire une restriction pour les doses concentrées de nitrate d'argent.

Le 4 décembre, ayant instillé le collyre à la cocaïne dans un cas d'ophtalmie blennorrhagique, à symptômes intenses, *avant de passer le nitrate d'argent au* 1/40e, j'ai bien anesthésié la muqueuse, avant de commencer le pansement spécifique, mais celui-ci a réveillé et déterminé une douleur assez violente.

Le 5 décembre, je n'ai pas instillé la cocaïne avant le nitrate d'argent : la malade a accusé une douleur *suraiguë ;* même dans les cas de collyre concentré, et surtout dans ces cas, puisque la douleur est si violente, je crois qu'il sera utile d'user de la cocaïne : on calmera sensiblement.

Maintenant la suppression de la douleur ne diminue-t-elle pas l'action substitutive du nitrate, dont la douleur est peut-être un élément nécessaire de stimulation pour la circulation et la vitalité troublées de la muqueuse malade? Si je m'en rapporte au cas que je relate, je ne suis pas porté à le croire, car la malade a bien et rapidement guéri.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 février 1885. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Désoxygénation du sang. — M. Quinquaud rappelle qu'en 1856, C. Bernard se demandait s'il était possible d'enlever au sang son oxygène, et qu'il n'hésitait pas à répondre négativement; qu'en 1868, M. Personne affirmait de son côté que l'acide pyrogallique était toxique, et que les animaux auxquels on injectait une certaine dose de cette substance mouraient.

On a depuis, en Allemagne, affirmé la toxicité de l'acide pyrogallique, sans étudier cependant les lésions anatomiques produites par cet agent.

Des expériences que M. Quinquaud a faites à ce sujet, il croit pouvoir conclure qu'on peut enlever au sang l'oxygène qu'il contient.

Voici à quelles proportions se réduit, au moment de l'agonie, quand on a injecté dans l'estomac d'un animal une solution d'acide pyrogallique, la quantité d'oxygène du sang :

1re expérience	pour 100 cc. de sang. . .	1 cc. 8	d'oxygène.
2e —	— . . .	1 cc. 2	—
3e —	— . . .	1 cc. 1	—
4e —	— . . .	1 cc.	—
5e —	— . . .	0 cc. 7	—

Ces cinq expériences sont concluantes.

Mais par quel mécanisme s'opère cette modification dans la constitution du liquide sanguin? Est-ce une action identique à celle qui se passe dans le verre du laboratoire, et qu'on peut appeler le mécanisme *in vitro?* Probablement non, et voici pourquoi : c'est que le sang subit manifestement une altération spéciale; il est couleur café au lait, bleuâtre, sépia; il se coagule en

caillots gelée de groseille. Si on l'examine de minute en minute, on s'aperçoit facilement que vers la quatrième minute les modifications commencent; à ce moment, au spectroscope, apparaît une nouvelle bande, la bande rouge, caractéristique de la méthémoglobine qu'on aperçoit fort bien en rétrécissant la fente au spectre et en concentrant la solution. Il y a donc là, on le voit, une véritable transformation et non une action mécanique comparable à celle qui se passe dans le verre du laboratoire.

A l'autopsie des animaux, on trouve tous les viscères colorés en brun. Claude Bernard croyait, lui, que seul le poumon présentait cette altération, qu'il attribuait au contact de l'acide pyrogallique avec l'air extérieur. C'est là une erreur; car, outre que ses lésions sont généralisées à tous les organes, elles se montrent aussi quand on opère dans le vide.

De tous ces faits anatomo-pathologiques résulte une série de phénomènes symptomatiques faciles à expliquer : la température s'abaisse; le pouls devient plus rapide; la respiration s'accélère, puis devient irrégulière et présente toutes les variétés du type Cheyne-Stokes. Il ne s'agit pas là d'une asphyxie vulgaire; tout le sang est méthémoglobinisé; il n'y a point d'accumulation d'acide carbonique; il y a même un ralentissement dans sa production. On s'explique aisément ce fait en analysant le sang avant et après son passage dans les capillaires. Or il est facile de se convaincre ainsi qu'il utilise pour les oxydations une quantité bien moindre d'oxygène qu'à l'ordinaire, de même qu'il rend une quantité beaucoup moins considérable d'acide carbonique. C'est la nutrition interne des tissus qui souffre.

Acides et hémoglobine. — M. LOZE, au nom de M. Brouardel et au sien, fait une communication sur la destruction de l'hémoglobine par l'acide carbonique. En faisant passer un courant de ce corps sur une certaine quantité de sang, on diminue assez notablement sa capacité respiratoire. Il y a donc une destruction partielle de l'hémoglobine. Quand on augmente la qualité d'acidité de l'acide carbonique, on arrive à des résultats encore plus nets. C'est alors de moitié que diminue la capacité respiratoire du sang. L'acide carbonique est donc, à cet égard, absolument comparable aux autres acides.

Bassin des amputées. — M. FÉRÉ dit qu'on admet généralement que le non-fonctionnement d'un des membres inférieurs détermine dans les rapports des os du bassin des modifications qui, la plupart du temps, en font des bassins obliques-ovalaires. Cette loi ne lui paraît pas juste dans tous les cas. Il montre le bassin d'une femme morte à l'âge de soixante-trois ans, à la Salpêtrière. Cette femme avait été amputée, à l'âge de six ans, au tiers supérieur de la cuisse. Or son bassin est, comme conformation extérieure, absolument normal : ses détroits ne sont point rétrécis. Mais en revanche, quand on compare l'os iliaque du côté amputé à celui du côté opposé, on le trouve manifestement atrophié, aminci; il est frêle, on dirait un os d'enfant. Les épines saillantes en sont peu développées; les apophyses sont rudimentaires, et cela est évidemment dû à ce que les muscles, ne fonctionnant pas, n'avaient pas besoin de points d'attache solides. C'est, à vrai dire, plutôt une absence de développement qu'une atrophie secondaire, étant donné que la malade a été amputée à six ans. On voit qu'en pratique, au point de vue obstétrical, il importe peu qu'une femme soit ou non amputée quant au diamètre des détroits pelviens.

Il ajoute que cette malade ne présentait en aucun point de l'écorce centrale l'atrophie qu'on a signalée chez quelques vieux amputés.

Pneumogastrique et mort. — M. PAUL BERT rappelle qu'il y a un mois environ, M. Philippoteaux relatait quelques expériences dans lesquelles, ayant pratiqué la section simultanée des deux pneumogastriques, il n'avait point vu la mort survenir après la section du second. D'autre part, M. Beaunis, dans la dernière séance, venait affirmer, preuves en main, que toujours il avait vu la mort se produire malgré la régénération anatomique, physiologique et histologique du premier nerf sectionné. M. Bert se rappelle, pour sa part, avoir observé chez le chien des faits absolument semblables à ceux de M. Philippoteaux. Un des animaux, d'une résistance énorme, subit sans mourir la nouvelle section du nerf qui avait été sectionné le premier.

En définitive, voilà des faits absolument contradictoires : de quoi dépendent-ils? M. Philippoteaux a expérimenté sur des rats; M. Beaunis, sur des lapins et des cobayes; M. Bert, sur des chiens. Est-ce donc une affaire d'espèce animale? A-t-on coupé le nerf au même endroit? Y a-t-il dans le mécanisme de la déglutition une explication à ces résultats si différents? Il croit qu'il y aurait là une série intéressante de recherches à faire.

M. LABORDE dit que certains chiens sont très résistants; un des siens ne mourut qu'un mois après la double section des deux pneumogastriques pratiqués dans les mêmes conditions.

M. CHARLES RICHET a vu aussi des chiens résister longtemps à une section double pratiquée dans les mêmes conditions.

M. FRANCK dit que puisqu'on est sur le terrain des hypothèses, peut-être a-t-on le droit de penser que les différents résultats sont dus à une répartition inégale des fibres nerveuses entre le pneumogastrique récurrent et le laryngé supérieur. On pourrait le savoir en faisant des sections simultanées et indépendantes.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 février 1883. — Présidence de M. DUPLAY.

COMMUNICATIONS

Ostéomyélite. — M. G. RICHELOT fait un rapport sur deux observations adressées par M. Bertin (de Gray). La première de ces observations a trait à un jeune homme né d'un père épuisé, probablement syphilitique, qui fut pris de douleur et de tuméfaction en un point du membre inférieur du côté droit; en même temps il présentait un état typhoïde; bientôt put être perçue une fluctuation qui ne laisse plus aucun doute sur la présence d'un abcès souspérioste. Cet abcès fut ouvert. Il se forma consécutivement deux ou trois nouveaux foyers; les accidents suivirent la marche classique de l'ostéomyélite. M. Bertin proposa la trépanation du tibia qui fut refusée. Il fit alors dans les fistules, au nombre de six, des injections de liqueur de Villate; sur ces six fistules, deux seulement restèrent ouvertes; il sortit quelques esquilles. L'année suivante, il se forma un abcès profond au bras droit; l'état général s'aggrava; quelque temps après, ce fut un abcès du grand trochanter. En un mot, ce malade était atteint d'une affection générale septicémique. Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, les accidents finirent par disparaître et ce malade est aujourd'hui guéri.

Luxation intracoracoïdienne. Fracture du col anatomique de l'humérus. — La seconde observation adressée par M. Bertin est relative à un cas de luxation intracoracoïdienne de l'humérus avec fracture du col anatomique chez un enfant de huit ans. Cet enfant était tombé d'une hauteur de 4 à 5 mètres. La réduction fut très facile : on appliqua un appareil avec un coussin dans l'aisselle. Il y eut un abcès qui fut ouvert antiseptiquement. L'enfant a très bien guéri, avec une consolidation profonde.

M. MARC SÉE fait des réserves sur le diagnostic porté dans ce cas, les luxations avec fracture étant extrêmement rares chez les enfants.

M. RICHELOT répond que les détails de l'observation sont assez nets pour que le diagnostic de fracture avec luxation soit admis.

Luxation des métacarpiens. — M. CHAUVEL fait un rapport sur trois observations de luxation des deux derniers métacarpiens en arrière, qui ont été recueillies par M. Bardon, médecin-major à Chambéry. Il s'agit de luxations produites par choc direct, c'est-à-dire par le levier mobile du fusil Chassepot. Ces faits de luxations concomitantes de deux métacarpiens sont très rares.

Anus contre nature. — M. DESPRÉS fait une communication sur ce sujet.

LECTURES

M. KIRMISSON donne lecture de deux observations de périnéorrhaphie. (Comm. : MM. Marchand et Terrillon.)

M. HENRIET lit un travail intitulé : *Recherches expérimentales sur l'introduction de corps étrangers dans la vessie*. (Comm. : MM. Polaillon, Bouilly et Monod.)

M. DELORNE lit un mémoire sur le traitement de l'hydarthrose par la compression ouatée localisée. (Comm. : M. Bouilly.)

PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMIQUE

Luxation ovalaire. — **M. POULET** présente un exemple de luxation ovalaire. Il n'en a pas été présenté de semblable depuis le fait unique d'Astley Cooper.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Paris a décerné des mentions honorables aux vingt-neuf docteurs en médecine, dont les noms suivent, et qui ont subi leur thèse pendant le cours de l'année scolaire 1883-1884 :

MM. Béraud, Bouchut, Brisse Saint-Macary, Coudray, Coutant, Crouigneau, Dagonet, Danchez, Gellé, De Gennes, Gilson, Girandeau, Grange, Gressin, Gros, Hache, Karth, Labusquière, Lachaud, Lallot, De Langenhagen, Lavergne, Luc, Moutier, Nourit, Oger, Petitot, Socquet et Thuvien.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Eugène Bodichon, décédé à Alger, où il exerçait la médecine depuis 1847.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17417.

60

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE
de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phtisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général: LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

91

TAMAR INDIEN GRILLON
FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation* et affect. qui l'accompagnent: *Hémorrhoïdes, bile, migraine, manque d'appétit, embarras gastrique*, etc., sans aucun drastique: Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc. Ph. GRILLON, 28, r. Grammont, Paris. Bte, 2 f. 50.

75

POUDRE DE VIANDE DE BŒUF
DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.

(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5; lactine, 1/5; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

Vente en gros: Paris, TROUETTE-PERRET, 63 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

19

POUDRE DE VIANDE DE BŒUF
DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE

De Trouette-Perret

(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

Vente en gros: Paris, TROUETTE-PERRET. 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

48

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT
PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

143

MÉDICAMENTS DIASTASÉS
du Dr V. BAUD.

La préparation de ces produits consiste à mettre en jeu la vie végétale substituée aux manipulations incertaines du laboratoire, en assurant la pureté si précieuse de la diastase.

Faire absorber à des graines de cresson une solution titrée de *fer*, d'*arséniate* ou d'*iode;* déterminer dans ces graines la production d'une abondante diastase par la germination, de façon que la solution médicamenteuse ainsi digérée par la graine devienne *diastasée* et surtout très *assimilable*, les propriétés offensantes de l'agent chimique ayant disparu.

Il ne reste plus qu'à enrober ces graines, qui forment le noyau d'une petite dragée, et le malade peut avaler le médicament dans son laboratoire, sans craindre de fatigue pour l'estomac ou l'intestin (2f,50 le flacon, février 85).

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

Sur la demande du médecin, il sera envoyé un flacon échantillon.

Dr V. Baud

33

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ
DU DOCTEUR FRANCK (*Codex no 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt: Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

9

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

79

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES
PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

74

APPAREILS EN FEUTRE PLASTIQUE

moulés pour chaque cas spécial de *scoliose, cyphose, coxalgie, luxation, mal de Pott*, etc. Conformément à des mesures à nous fournir, collection de bulletins et échantillon de feutre gratis et franco.

Ramie à pansement hygroscopique.

Ramie phéniquée, salicylique, boratée.

Véritables bandes du docteur Martin pour la guérison d'ulcères chroniques.

Fabrique internationale d'objets de pansement, à MONTPELLIER. Directeur: H.-Th. BAESCHLIN.

13

PEPTONES DE VIANDE
du docteur **KOCHS**

Solution d'un problème scientifique depuis longtemps cherchée: l'albumine peptonisée réunie aux matières extractives de la viande en un produit alimentaire de premier ordre, naturel, incorruptible, agréable au goût, s'absorbant immédiatement dans l'organisme humain sans le concours de l'action digestive de l'estomac.

Expérimenté dans les hôpitaux de Paris, notamment à la Pitié, à Necker, aux Tournelles; à Vienne, par le professeur Bamberger; à Berlin, par le docteur Leyden, directeur de la Charité, etc.

DÉPÔT CENTRAL:

A Paris, rue Meyerbeer, 5.

Boîte en fer blanc de 1 000 gr.		18 fr.
Pot de porcelaine de	225 —	5 »
Pot de porcelaine de	100 —	2f 50
Tablettes en étui.		5 »
Pastilles en boîte.		1f25

1

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

46

POUGUES
EAU MINÉRALE ALCALINE GAZEUSE RECONSTITUANTE

Gastralgies. — Dyspepsies. — Gravelles.
Anémies. — Chloroses. — Convalescences.

67

FARINE LACTÉE NESTLÉ
Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon: CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte: DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL: A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS: S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon: QUATRE FRANCS.

DÉPÔT: Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

11

L'EAU DE LÉCHELLE
HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorragies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses: *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général: 378, rue Saint-Honoré, Paris.

79

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

(**Quinquina, pyrophosphate de fer, écorces d'oranges amères et Malaga.**)

Voir: *Traité de thérapeutique*, Trousseau et Pidoux; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication: BOSREDON aîné, Brive (Corrèze).

81

LES BAS-VARICES LE PERDRIEL

sont souples, solides, perméables à la transpiration. Ce sont de véritables agents de guérison qui donnent promptement les plus heureux résultats. Leur force peut être graduée suivant les besoins.

Avec les mêmes tissus, la maison confectionne *des ceintures de toutes formes; corsets, caleçons, brassards* et autres appareils de compression qui joignent aux avantages du tissu à jour ceux d'une fabrication irréprochable garantie par le cachet et par la signature.

Le Perdriel

7

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE POITRINE.

SIROP & PATE PIERRE LAMOUROUX
Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE
Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en medecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 10 fr.	». — 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numero : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Pneumonie franche lobulaire.

Le malade du n° 20 de la salle Saint-Charles est un homme de cinquante-huit ans, qui jouit ordinairement d'une bonne santé, quoiqu'il soit d'une maigreur assez prononcée. Tous ses antécédents se bornent à une pneumonie à l'âge de vingt et un ans, pneumonie grave, dont il fut assez rapidement guéri pour reprendre ses occupations au bout d'une quinzaine de jours et qui ne laissa aucune trace.

Il est courtier en chapellerie. Or dimanche dernier, tandis qu'il était allé au marché des Ternes pour placer des marchandises, il dut rester assez longtemps exposé au froid. La température était alors tombée à 2 degrés au-dessus de zéro. Néanmoins il revint, tout transi, sur l'impériale d'un omnibus, et, rentré chez lui, ne put se réchauffer. A l'heure du dîner, il mangea sans appétit, resta une partie de la soirée au coin du feu. Il n'en fut pas moins pris, à un moment donné, d'un frisson violent avec claquement des dents et tremblement général. La digestion s'arrêta aussitôt, et il vomit les aliments qu'il avait pris à son dîner.

Bientôt il se mettait au lit, mais, pendant la nuit, il éprouva de nouveau plusieurs frissons, put à peine dormir, fut très agité. Dès le lendemain matin, il se plaignait d'une douleur assez vive dans le côté droit de la poitrine. En même temps il commença à tousser, toux quinteuse, difficile, pénible. La douleur était surtout manifeste au-dessous du mamelon droit, irradiant dans tout le côté droit; elle occupait ainsi le siège d'élection des douleurs caractéristiques des inflammations thoraciques.

Ainsi, dès le lundi, malaise général, courbature, fièvre, douleur de côté, toux, mais nulle oppression. Le soir, le malade ressent un nouveau frisson.

Le lendemain mardi, les malaises, la toux et la douleur persistent; il n'y a pas la moindre expectoration. Le soir, les frissons reparaissent encore. Persistance des phénomènes généraux, de la courbature, de l'inappétence, etc.

Le mercredi, même état. Le malade entre à l'hôpital ; on le place dans notre service.

Le jeudi matin, c'est-à-dire avant-hier, à la visite, je l'examine avec soin. Les mêmes phénomènes généraux et locaux persistent. Je trouve une langue saburrale, recouverte d'un enduit épais, mais humide. La toux continue à être sèche, quinteuse, sans expectoration. La douleur de côté est toujours aussi vive. De plus, les signes physiques sont très accentués. La poitrine est maigre, mais bien conformée. A la palpation, on sent que les vibrations thoraciques sont exagérées des deux côtés, bien qu'un peu plus fortes à droite qu'à gauche. Cette exagération nous montre tout d'abord qu'il s'agit bien plutôt, chez notre malade, d'une pneumonie que d'une pleurésie. A la percussion de la moitié de la poitrine, on trouve en avant comme en arrière une matité absolue.

A l'auscultation, nous entendons, dans l'inspiration seulement, à partir du mamelon du côté droit jusqu'au niveau du diaphragme du même côté, et surtout le long de la partie latérale droite de la poitrine, un râle crépitant type très sec, un véritable bruit de parchemin sec froissé, qui apparaît surtout par bouffées. On constate, de plus, pendant l'expiration, un léger souffle qui s'étend jusqu'au niveau de l'aisselle droite. Enfin, si l'on fait parler le malade, l'oreille perçoit un peu de bronchophonie.

En résumé, des symptômes et des signes physiques il résulte, sans aucune espèce de doute, que nous sommes en présence d'une pneumonie, avec cette particularité bizarre que l'expectoration est absolument nulle, comme dans le cas de pleurésie. On ne constate guère cette absence de tous crachats que dans la pneumonie des vieillards, où la sécrétion est peu abondante et où la maladie revêt facilement la forme adynamique.

Notre diagnostic a donc été : pneumonie caractérisée par un frisson initial, douleur de côté au siège d'élection, toux quinteuse, difficile, exagération des vibrations thoraciques, matité, râle crépitant type avec souffle léger à l'expiration et broncho-pneumonie; pneumonie vraie, lobulaire, fibrineuse, de la partie inférieure du poumon droit, en avant et latéralement surtout, moins prononcée, au contraire, en arrière ; pneumonie au premier degré, commençant avant-hier à passer au deuxième degré, c'est-à-dire à l'hépatisation rouge.

Comme particularité, j'insiste de nouveau sur l'absence d'expectoration, ainsi que sur l'embarras gastrique accompagnant l'inflammation du poumon. J'insiste aussi sur la persistance des frissons répétés pendant les trois journées du lundi, du mardi et du mercredi, et apparaissant chaque

fois le soir. D'ailleurs, nulle complication, pas de délire, pas le moindre phénomène adynamique.

En somme, pronostic bon, maladie légère, évolution bénigne; baisse de la température dès le vendredi matin, où elle est tombée de 39 degrés à 37°,8; diminution concomitante du nombre des pulsations, ce qui est aussi un très bon signe pronostique; état général bon; enfin aucun phénomène nerveux.

Notre malade paraît devoir entrer de très bonne heure en convalescence, puisque ce matin même le pouls est à 72 et la température reste à 37°,8.

Le traitement est une question très importante dans la pneumonie. En réalité, il n'y a pas de traitement de la pneumonie, mais il y a le traitement des pneumoniques, c'est-à-dire un traitement qui varie selon les individus : saignée, toniques, évacuants ou calmants, selon les indications.

Chez notre malade, nous ne trouvions guère d'indications à la saignée générale, saignée dont je suis partisan dans certains cas, et même pratiquée coup sur coup, au nombre de deux ou trois. Cet homme, en effet, a cinquante-huit ans; de plus, il est maigre, nerveux; de plus encore, l'inflammation du poumon est peu prononcée, la fièvre est de médiocre intensité. Aussi ai-je repoussé toute saignée générale. Mais, en raison du point de côté, j'ai pensé que cette douleur serait calmée par une petite saignée locale, et jeudi matin j'ai fait appliquer à son niveau cinq ventouses scarifiées. Dès le soir, la douleur avait diminué; aujourd'hui c'est à peine s'il la sent en toussant.

L'embarras gastrique, d'autre part, nous a engagé à prescrire un vomitif comme étant un antiphlogistique capable de diminuer la température et le pouls. J'ai donné 1gr,50 d'ipéca. Plusieurs vomissements et deux ou trois selles liquides en ont été la conséquence. Aussi le lendemain la langue était-elle meilleure et l'appétit paraissait-il vouloir renaître.

Enfin, en raison des frissons répétés presque chaque soir à la même heure (intermittence qui accompagne quelquefois la pneumonie), j'ai fait prendre en une fois 50 centigrammes de sulfate de quinine. Dès le soir, le frisson ne s'est pas reproduit.

Bref, aujourd'hui nous constatons une amélioration générale des plus prononcées, et, comme je le disais tout à l'heure, la convalescence est proche.

Je ne dois pas oublier que j'ai soutenu les forces du malade, depuis hier, en lui prescrivant une potion de 150 grammes avec cognac, 30 grammes, et extrait mou de quinquina, 3 grammes. De plus, depuis hier aussi, j'ai permis, comme alimentation, deux potages.

DU TRAITEMENT ET DU DIAGNOSTIC

DES AMBLYOPIES TOXIQUES ALCOOLO-NICOTIENNES PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CHLORHYDRATE DE PILOCARPINE.

Par M. le docteur H. Coursserant.

En 1878, un de mes élèves, M. le docteur Béranger, soutenait sa thèse sur l'emploi du chlorhydrate de pilocarpine en thérapeutique oculaire. Dans ce travail, fait en grande partie avec des observations prises à ma clinique, l'auteur insistait sur les bons effets produits par les injections sous-cutanées du chlorhydrate de pilocarpine dans le traitement des amblyopies toxiques et principalement alcoolo-nicotiennes.

L'année suivante, dans un court travail, je reprenais cette intéressante question. Qu'il me soit permis de citer ici quelques lignes extraites de mon mémoire : « Grâce à ce précieux agent thérapeutique, disais-je, on obtient sur l'heure une sudation et une salivation abondantes, une augmentation marquée de toutes les sécrétions et excrétions, suivie d'une augmentation *instantanée* de l'acuité visuelle. » Déjà je faisais cette remarque que l'amélioration, souvent considérable, produite par une injection, ne se maintenait pas entière après vingt-quatre heures; mais que, dans tous les cas, l'acuité visuelle restait supérieure à ce qu'elle était avant la première piqûre hypodermique pour remonter encore après une nouvelle injection.

Depuis ces recherches, des cas assez nombreux sont venus me prouver le bien-fondé de ces premières observations; ils m'ont confirmé dans cette idée que les injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine constituaient un remède puissant et rapide dans ses effets, avantage précieux lorsqu'on se trouve en présence de malades indigents qui ont, plus que les autres, besoin de retrouver vite l'usage de leurs yeux.

Un fait important mérite encore d'être signalé, je veux parler de ces malades chez lesquels, outre l'amblyopie toxique, on peut craindre un commencement d'atrophie des papilles optiques, premier symptôme d'une affection cérébro-médullaire; or, chez de tels malades, les injections de pilocarpine n'amènent jamais d'amélioration de l'acuité visuelle; elle reste égale à elle-même avant et après les injections, pour diminuer souvent rapidement si on persévère dans cette médication. Au contraire, si la pâleur des disques optiques est une conséquence de l'intoxication générale, l'acuité monte toujours, mais plus faiblement, sans jamais atteindre la normale.

Il me paraît donc y avoir là un élément précieux de diagnostic, que je crois pouvoir mettre à côté de celui que nous indiquait l'année dernière M. Darier dans son intéressant travail.

Ce n'est pas ici le lieu de faire le tableau clinique des amblyopies alcoolo-nicotiennes : les symptômes en sont trop connus et presque classiques. J'insisterai pourtant sur un détail, c'est l'aspect mat, plombé, des papilles optiques. J'ai toujours retrouvé cet aspect dans l'examen ophtalmoscopique des malades. Cette impression que donne la papille d'un intoxiqué est pour moi presque caractéristique; mais il est plus facile de la ressentir que de la décrire. Comment agit dans ces cas la pilocarpine? Nous pourrions invoquer plusieurs théories; nous nous contenterons de dire que c'est comme agent puissant d'élimination des substances toxiques et stimulant des fonctions nutritives (assimilation et désassimilation).

Sans entrer dans de plus longs détails, je passe aux observations inédites présentées à l'appui de ce travail; elles sont au nombre de vingt-trois. Dans toutes, les anomalies de réfraction ont été corrigées avant la prise de l'acuité visuelle à distance. Comme traitement, en dehors des injections de pilocarpine, j'ai prescrit l'abstention des substances incriminées : les toniques, les amers, les usages de verres teintés et quelquefois l'hydrothérapie.

Observation I. — M. X..., employé de ministère, vingt-sept ans, grand fumeur, fume le matin à jeun, boit peu, a commencé à se plaindre de sa vue il y a six semaines, présente tous les signes cliniques de l'amblyopie alcoolo-nicotienne; emmétrope.

Le 30 mai 1882 : A = OD $\frac{6}{24}$; OG $\frac{6}{36}$ très péniblement avant l'injection. Piqûre sous-cutanée de 1 centigramme au bras; salivation abondante, sudation moyenne; après quarante minutes A = OD $\frac{6}{18}$; OG $\frac{6}{24}$ péniblement.

31 mai. A = OD $\frac{6}{18}$; OG $\frac{6}{24}$ très péniblement. Pas d'injection.

1er juin. Avant l'injection : A = OD $\frac{6}{18}$; OG $\frac{6}{24}$. Deuxième injection de 1 centigr. 1/2 au bras : sudation plus abondante, moins de salivation, un peu d'anxiété précordiale. Après trente minutes, A = OD $\frac{6}{12}$; OG $\frac{6}{18}$ très facilement.

2 juin. Pas d'injection; A = $\frac{6}{18}$ des deux côtés facilement.

3 juin. A = $\frac{6}{18}$ des deux côtés, avec un peu d'hésitation du côté gauche. Troisième injection, 2 centigrammes. Sudation très abondante au lit, peu de salivation. Après une heure, A = OD $\frac{6}{12}$; OG $\frac{6}{18}$.

4 juin. Le malade n'est pas vu.

5 juin. A = $\frac{6}{12}$ des deux côtés très facilement; 2 centigrammes à la nuque. Après quarante-cinq minutes, A = OD $\frac{6}{6}$; OG $\frac{6}{12}$.

6 juin. A = $\frac{6}{12}$ des deux côtés.

7 et 8 juin. Le malade n'est pas vu.

9 juin. A = OD $\frac{6}{6}$; OG $\frac{6}{12}$ avant l'injection. 2 centigrammes au bras. Après trente-cinq minutes, A = $\frac{6}{6}$ des deux côtés.

11 juin. A = 1 des deux côtés. Il existe encore un peu de fatigue dans la vision très rapprochée, par suite d'une légère paresse de l'accommodation. Guérison obtenue en treize jours.

Obs. II. — M. M..., trente-cinq ans, scieur à la mécanique, gros buveur d'alcool, fume la pipe (30 à 40 centimes par jour). Hypermétropie faible D. 0,75.

5 octobre 1882. A = OD. Compte les doigts à 1 mètre. OG, vision encore plus mauvaise, ne distingue pas une figure d'homme à trois pas. Injection de 2 centigrammes au bras gauche. Malade très impressionné par le médicament; nausées, vomissements, sueur abondante, salivation énorme. Après quarante minutes, A = OD $\frac{3}{36}$; OG compte les doigts et les distingue à 50 centimètres.

6 octobre. A = OD. Compte les doigts à plus de 1 mètre; OG distingue une physionomie à plus de 1 mètre. Pas d'injection.

7 octobre. Injection de 1 centigramme au bras; sudation moins abondante, peu de salivation, moins indisposé par le médicament. Après vingt-cinq minutes, A = OD $\frac{3}{24}$; OG distingue très bien une figure à 1 mètre, compte et distingue les doigts à 1m,50.

8 octobre. Pas vu.

9 octobre. A = OD $\frac{3}{36}$; OG compte très bien les doigts à 2 mètres. Injection de 2 centigrammes à l'abdomen; sudation et salivation extrêmes, nausées, pas de vomissements. Après quarante minutes, A = OD $\frac{3}{18}$; OG $\frac{3}{36}$ facilement.

10 octobre. A = OD $\frac{3}{24}$; OG $\frac{3}{36}$ plus péniblement que la veille. Pas d'injection.

11 octobre. L'acuité n'est pas prise avant l'injection. 2 centigrammes : mêmes phénomènes qu'à la précédente piqûre. Après quarante minutes, A = OD $\frac{6}{24}$; OG $\frac{6}{36}$.

A dater de cette époque, les injections sont faites régulièrement tous les deux jours, et, le 27 octobre, l'acuité est égale à 1 des deux côtés à distance; la lecture des caractères fins, surtout l'ensemble de la lecture, est un peu pénible. Guérison : vingt-cinq jours.

Obs. III. — M. X..., quarante-deux ans, homme de peine au ministère des finances, gros buveur, gros fumeur. L'amblyopie remonte à deux mois environ; hyperm. D. 1,50, asthénopie 0,75, numéro porté par le malade. Se présente à nous le 14 décembre 1882. A = OD, voit avec peine les caractères 36 des échelles à 50 centimètres; OG ne peut rien lire. Injection de 1 centigr. 1/2. Après vingt minutes, A = OD $\frac{1}{36}$; OG $\frac{1}{36}$ très péniblement.

15 décembre. Pas d'injection; A = $\frac{1}{36}$ avec peine; OG voit n° 36 à moins de 1 mètre.

16 décembre. L'acuité n'est pas prise avant l'injection, 2 centigrammes à l'avant-bras. Après trente-cinq minutes, A = OD $\frac{3}{36}$; OG $\frac{1}{36}$ très facilement.

18, 21, 24, 27 décembre. Injections de 2 centigrammes.

Le 29, A = OD $\frac{6}{18}$; OG $\frac{6}{24}$.

Janvier, 3, 7, 9. Injections de 2 centigrammes.

11 janvier. A = OD $\frac{6}{6}$; OG $\frac{6}{12}$; avec + 1 D ancien 36, lit facilement les caractères ordinaires d'un journal. Guérison : vingt-huit jours.

Obs. IV. — M. P..., officier de marine, trente-quatre ans, grand buveur de liqueurs, fume à l'excès la cigarette et la pipe. Amblyopie datant de trois mois. Myopie simple, 2 dioptries 50. Ne peut plus lire depuis six semaines.

6 avril 1883. A = OD $\frac{6}{24}$; OG $\frac{6}{36}$.

9 avril. Injection de 2 centigrammes; malade très impressionné par le médicament, vomissements, nausées, anxiété précordiale, sudation abondante au lit le matin. Dans la même journée, A = OD $\frac{6}{18}$; OG $\frac{6}{24}$; avec + 4 dioptries, lit caractères n° 3 D, à 25 centimètres.

Le malade subit douze piqûres. L'acuité monte, mais faiblement, car il est impossible à M. P... de s'abstenir de fumer. Malgré l'usage du tabac, plus modéré il est vrai, à la septième piqûre A = OD $\frac{6}{12}$; OG $\frac{6}{18}$; lecture de près plus facile avec 2 dioptries. A la douzième injection, A = $\frac{6}{12}$ des deux côtés facilement. Le malade est obligé de rejoindre son bâtiment et ne se présente plus.

Obs. V. — M. S..., gros vigneron du Loiret, m'est adressé le 17 novembre 1883 par un de mes anciens élèves, son médecin ordinaire, avec cette note : « Gros fumeur, alcoolisé. »

Le malade voit en effet à peine à se conduire seul dans une rue fréquentée de Paris. Pour lui, tout est gris, couvert d'un voile épais. Amblyopie alcoolo-nicotienne. Je conseille les injections sous-cutanées de pilocarpine, un régime sévère. On lui pratique six injections en douze jours; le malade fait, en outre, de l'hydrothérapie. A la troisième injection, amélioration considérable; à la sixième, le malade pouvait lire + 5 dioptries les gros caractères des affiches publiques. Malheureusement, il retombe dans tous ses excès, et son médecin abandonne le malade et le traitement.

Il me paraît inutile de donner les observations détaillées des autres malades. Je dirai seulement que, dans tous les cas, l'amélioration a été rapide et souvent complète, quand les malades supprimaient à peu près radicalement les substances incriminées, et cela dans un laps de temps variant de

neuf à quarante-cinq jours, grand maximum chez les malades suivis jusqu'à guérison complète.

Je terminerai en citant un cas d'amblyopie toxique chez une femme : il s'agit d'une jeune dame russe de vingt-neuf ans, appartenant au grand demi-monde de Saint-Pétersbourg, grande buveuse et soupeuse, et fumant force cigarettes.

Cette jeune malade, venue en France pour se faire traiter d'une affection utérine (déplacement et ovarite) par un de nos distingués spécialistes, offrait un magnifique type d'amblyopie alcoolo-nicotienne.

Elle fut assez raisonnable pour renoncer à peu près complètement aux liqueurs et au tabac; à la cinquième injection, elle pouvait déjà jouer aux cartes; plaisir dont elle était sevrée depuis plus de trois mois; à la onzième, elle lisait et écrivait avec + 2 dioptries; à la treizième, après vingt-neuf jours de traitement, elle lisait, un peu difficilement cela est vrai, sans verres correcteurs.

Malheureusement, je crois qu'elle retombera dans ses premières erreurs qu'elle me paraissait avoir abandonnées pour se livrer à des exercices plus nuisibles à sa santé.

Au point de vue des professions, les 18 autres cas se répartissent ainsi : 7 rentiers, hommes de plaisir; 1 journaliste étranger; 2 peintres en bâtiments; 1 boucher, 2 employés aux abattoirs; 3 cultivateurs; 2 officiers de l'armée de terre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 février 1885. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATION

Orchite goutteuse. — M. LETULLE, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Guyot, a recherché dans les auteurs les faits semblables à ceux qu'ont rapportés MM. Guyot et Millard. Hunter le premier, paraît-il, a parlé de l'orchite goutteuse. M. Gendrin a communiqué dans la séance du 2 juillet 1830, à la Société de médecine de Paris, un fait qu'il caractérise lui-même de goutte testiculaire et dans lequel il s'agissait d'incrustations tophacées siégeant dans le testicule chez un malade portant d'ailleurs sur beaucoup d'autres parties du corps de nombreuses manifestations goutteuses. Enfin M. Bouchard ne croit pas à l'orchite goutteuse et admet qu'il y a toujours eu un écoulement uréthral dans les cas donnés comme tels.

M. RENDU fait observer que les cas d'orchite goutteuse communiqués par MM. Guyot et Millard sont tout différents des faits d'incrustations tophacées trouvées dans le testicule comme dans le cas de M. Gendrin, faits qui étaient déjà connus.

A l'appui du cas de MM. Guyot et Millard, M. Rendu donne lecture d'une lettre de M. le docteur Latil qui a observé un cas semblable; il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, franchement goutteux, ayant eu des coliques néphrétiques, ayant eu plusieurs accès de goutte au gros orteil gauche, étant souvent atteint de migraine, qui, en octobre 1883, fait une chute et se fracture le tibia du côté droit. Le vingt-sixième jour après cet accident, il ressent une vive douleur dans le testicule gauche, qui devient énorme, lisse, dur, sans nodosités. Sept jours après apparaissait un gonflement de l'orteil. Le gonflement testiculaire persista pendant assez longtemps. Il s'agissait bien évidemment d'une orchite goutteuse.

M. VALLIN communique une lettre de M. le docteur Peychard (de Besançon), qui a également observé un cas tout à fait semblable à ceux de MM. Guyot et Millard.

Sciatique et chlorure de méthyle. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre de M. le docteur Halmagrand (d'Orléans) qui rapporte un fait de sciatique rebelle guérie par la réfrigération à l'aide du chlorure de méthyle. Il s'agit d'un négociant qui, depuis quelque temps souffrant d'une névralgie sciatique. va consulter un rebouteur qui lui fait prendre des bains de pieds froids. A partir de ce moment, les douleurs devinrent intolérables. Les pointes de feu, le chloral, les injections de morphine, les vésicatoires n'ayant amené aucune amélioration, M. Halmagrand se décide à faire une application de chlorure de méthyle. Une heure après, le malade pouvait croiser ses jambes l'une sur l'autre; le lendemain il pouvait se lever. Trois jours après il reprenait ses occupations, complètement guéri. La guérison s'est maintenue.

Traitement du chancre non infectant. — M. MARTINEAU présente un travail de M. Letouche, son interne, sur le traitement local du chancre non infectant et du bubon chancreux par des cautérisations au thermo-cautère. M. Martineau obtient les meilleurs résultats de ce mode de traitement qui consiste, ainsi que le voulait Ricord, à transformer la plaie du chancre non infectant en une plaie simple.

Fièvre hystérique. — M. DEBOVE communique l'observation d'une hystérique qu'il soigne depuis cinq ans. Elle est âgée de vingt-cinq ans; elle a eu toutes sortes d'accidents hystériques. Il y a trois ans, elle eut pour la première fois un accès de fièvre violent caractérisé par les trois stades. Depuis, la température n'a jamais été au-dessous de 38 degrés et il y a des accès dans lesquels elle s'élève à 39 et 40 degrés. M. Debove pensa d'abord qu'il s'agissait d'une fièvre paludéenne; mais il dut abandonner ce diagnostic, le sulfate de quinine restant sans résultat et la rate n'ayant pas augmenté de volume. Il crut pendant quelque temps à l'évolution d'une tuberculose latente; mais il dut bientôt également renoncer à cette idée, aucun autre signe de cette maladie n'apparaissant. La simulation était absolument inadmissible. Par exclusion, il fallait donc s'en tenir au diagnostic de fièvre hystérique. M. Millard, appelé en consultation, porta le même diagnostic. Après avoir pris 5 grammes d'antipyrine, la fièvre tomba et la malade est depuis restée guérie. Elle se trouve actuellement dans un état satisfaisant. Toutefois la température est toujours voisine de 38 degrés; mais elle n'atteint plus 39.

On peut bien admettre que, dans l'hystérie, le centre thermique puisse être atteint comme les autres centres. D'ailleurs M. Debove s'est livré depuis à un certain nombre d'expériences qui lui ont montré que, dans l'état de suggestion, on pouvait produire une élévation de température de 5 dixièmes à 1 degré 5 dixièmes. Il a fait un nombre assez considérable d'expériences pour que ce fait soit acquis aujourd'hui. Ces troubles de la température obtenus dans l'état de suggestion plaident bien en faveur de la fièvre hystérique.

De la non-transmissibilité de la tuberculose par la vaccine. — M. STRAUS rappelle qu'en 1882, M. Toussaint présentait à l'Académie des sciences une note dans laquelle il avançait que du vaccin pris à une vache phthisique et inoculé à un lapin avait déterminé chez celui-ci une véritable tuberculose expérimentale. Depuis, un médecin allemand, Lautermayer, fit vacciner les tuberculeux et rechercha le bacille dans leurs pustules vaccinales : il ne le trouva pas. M. Straus s'est livré, depuis dix-huit mois, aux mêmes recherches chez les tuberculeux de son service, à l'hôpital Tenon. Ses recherches sont également restées sans résultat. Sur cinq tuberculeux avérés, il examina les pustules vaccinales, y rechercha les bacilles sans jamais les trouver. Il inocula le liquide de ces pustules dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin, répéta un assez grand nombre de fois l'expérience et jamais n'arriva à produire ainsi chez cet animal la tuberculose. Les résultats négatifs de l'inoculation confirment donc les résultats négatifs de la recherche histologique.

Un élève de M. Chauveau, M. Josserand, s'était déjà livré aux mêmes recherches et était arrivé aux mêmes résultats négatifs.

En résumé, en présence de 22 faits négatifs à opposer au seul fait positif de M. Toussaint, il semble permis d'affirmer la non-

transmissibilité de la tuberculose par la vaccine. Si l'on ajoute à cela qu'on prend habituellement comme vaccinifères des enfants et que la tuberculose est extrêmement rare chez l'enfant en bas âge, qu'enfin l'inoculation de matières tuberculeuses faite superficiellement donne le plus souvent, ainsi que l'a démontré M. Chauveau, des résultats négatifs, on comprendra combien il serait difficile d'admettre que la vaccine puisse devenir un moyen de transmission de la tuberculose.

M. VALLIN fait observer que, dans l'armée, où l'on tend à se procurer du vaccin sur des sujets adultes, la possibilité de la transmission de la tuberculose par la vaccine devenait beaucoup plus à craindre. Il a fait, de son côté, des recherches qui ont abouti aux mêmes résultats négatifs.

M. LEGROUX, à l'occasion de la communication de M. Straus, fait observer que tout malade entrant à l'hôpital, de quelque affection qu'il soit atteint, est revacciné. Il peut y avoir, dans cette mesure exagérée, des dangers dans certains cas d'érysipèle ou de syphilis.

Gomme cérébrale. — M. DESNOS communique l'observation d'un malade de son service qui présentait tous les signes de la paralysie générale des aliénés, bégaiement, délire ambitieux, attaques épileptiformes, etc. Ce malade eut plusieurs attaques de coma durant de trois à cinq jours. Il avait une constipation opiniâtre. Il portait au nez la matière d'une ulcération qui pouvait faire penser à la syphilis. M. Desnos admit l'existence d'une tumeur cérébrale. Ce malade eut une dernière attaque de coma à laquelle il succomba. A l'autopsie, on trouva deux tumeurs, l'une sur le lobe frontal, l'autre sur le lobe temporal du cerveau. L'examen histologique de ces tumeurs fait par M. Rémy montre qu'il s'agissait de deux gommes.

Anévrysme de l'aorte. — M. RENDU présente les pièces anatomiques d'un homme de soixante ans, cocher, qui, après un refroidissement, fut pris d'un état typhoïde, d'oppression, de fièvre, de toux. On constata chez lui, en outre, un léger frottement péricardique, les signes d'un épanchement dans la plèvre gauche et surtout une très grande différence entre les deux pouls. Le cœur battait faiblement; les bruits étaient très sourds. Cet homme ayant succombé, on trouva un énorme anévrysme de l'aorte. Cet anévrysme n'avait pas donné lieu, avant ce refroidissement, à d'autres troubles fonctionnels qu'un état de somnolence habituel.

Traitement de la bronchite pseudo-membraneuse par la combustion d'un mélange de goudron de houille et d'essence de térébenthine. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ a vu, le 4 février, avec M. le docteur Le Coin, un enfant de quatre ans, présentant tous les signes d'une suffocation imminente. C'est un de ces cas de bronchite pseudo-membraneuse dans lesquels la trachéotomie elle-même devient inutile à cause de la marche ascendante de l'affection. On prescrivit, faute de mieux, le traitement du docteur Delthil. Cet enfant était mourant. Le lendemain son état était très amélioré, et il avait rendu un paquet de fausses membranes tubulé et coloré en noir. Aujourd'hui cet enfant est complètement guéri. La couche noire qui recouvre les fausses membranes est bien du charbon, ce qui prouve que cette vapeur pénètre bien dans tout l'arbre aérien. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la non-reproduction de ces fausses membranes. Il semble que ces vapeurs s'opposent à cette reproduction. Toujours est-il que cette méthode n'est pas dangereuse, et que, dans certains cas, elle peut être favorable. M. Dujardin-Beaumetz ajoute qu'on respire très librement dans ces vapeurs, qui n'ont d'autre inconvénient que de transformer toutes les personnes qui soignent les malades en véritables charbonniers.

M. FÉRÉOL ne doute pas de la pénétration de ces vapeurs dans les dernières ramicules bronchiques. Tous les objets enfermés dans des tiroirs sont noircis. Toute la pièce est transformée en fabrique de noir animal. On y respire cependant sans inconvénient. M. Féréol engage ses collègues à essayer cette méthode, puisqu'elle est inoffensive.

M. DUMONTPALLIER cite un article de la *Gazette des hôpitaux* (voy. année 1885, p. 123) dans lequel on fait connaître les bons effets du lavage à l'eau phéniquée dans les cas de ce genre.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XXXIII *bis*.

Le pillage de Tudela dura deux jours sous les yeux d'un maréchal de France et de plusieurs généraux. Si, le lendemain de la prise de la ville, nos troupes, au lieu de s'attarder à piller, avaient poursuivi Castagnos, elles seraient entrées à Saragosse sans coup férir: on aurait ainsi évité ce terrible siège qui a eu de si épouvantables conséquences, tant pour les assiégés que pour les assiégeants.

Que de difficultés pour créer des hôpitaux dans un pays aussi horriblement saccagé ! Jaloux de remplir la mission qui m'était dévolue, je dus harceler avec une tenace persévérance le malheureux alcade de Tudela, soit pour visiter avec lui les couvents susceptibles d'être appropriés à la destination hospitalière, soit pour le solliciter de requérir dans la ville et les villages de l'arrondissement les fournitures les plus urgentes, lits, effets de couchage, etc. Enfin, après une semaine de démarches faites de concert avec le commissaire des guerres, je fais installer, j'installe moi-même les lits mis à ma disposition, et l'hôpital du couvent des Carmes est à peu près en mesure de recevoir 400 malades fiévreux : parmi les desiderata du matériel, un objet de première, d'impérieuse nécessité, le pot de chambre, me préoccupe beaucoup et j'ai le regret de ne pouvoir l'obtenir : son défaut dans nos salles occasionne l'infection et toutes ses lamentables conséquences. J'ai consigné dans le cahier des observations médicales annexé à mon journal la description des divers hôpitaux créés successivement à Tudela, les évacuations périodiques des malades sur Pampelune, les constitutions médicales régnantes, etc.

L'investissement de Saragosse par une armée de 25 000 hommes, les préparatifs d'un siège long et actif qui acquit une grande célébrité, l'encombrement, la mauvaise saison, une résistance inattendue, devinrent les causes inévitables de maladies de toutes sortes, d'épidémies désastreuses et de blessures très nombreuses. Par sa position géographique entre Saragosse et Pampelune comme par ses ressources locales, Tudela devint l'entrepôt naturel de tous les malades et de tous les approvisionnements de guerre. Les évacuations multipliées n'empêchèrent point le développement du typhus nosocomial, sa propagation par contagion et par infection et une effrayante mortalité : je ne fus point épargné.

Du 11 décembre 1808 au 1er mars 1809, une lacune existe dans le journal de ma campagne : j'étais malade ou convalescent. Le 11 décembre, dans la soirée, je ressentis une fièvre des plus violentes suivies d'une céphalalgie atroce : c'était le début de la fièvre d'hôpital ou ataxo-adynamique. N'ayant du reste comme trouble des voies digestives que de l'anorexie, je me mis tout simplement à l'usage de la limonade : au dixième jour, le médecin espagnol me fit pratiquer une saignée copieuse dont le résultat immédiat fut une prostration complète, accompagnée bientôt de délire tantôt loquace, tantôt muet ; j'eus une diminution progressive de la température du corps; pendant une nuit, le refroidissement de la peau fut tel, le ralentissement du pouls si extrême, que mon domestique me crut *in extremis*, alla prévenir le commissaire des guerres, qui, dans la matinée, vint apposer les scellés sur mes effets : mon fidèle Simon souleva le linceul et s'aperçut que j'avais encore le souffle.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 janvier 1885, où cet article doit être intercalé, p. 86, avant le dernier alinéa : « Mon retour à Tudela. »

Je me rappelle très bien que j'avais le sentiment d'une destruction prochaine, que, dans mon délire, j'étais attentif à saisir l'instant du passage de la vie à la mort et que parfois j'avais l'illusion de n'être plus. Dans les moments un peu lucides du délire, je me surprenais regrettant mon départ du sein d'une famille aimée et déplorant de laisser mon cadavre sur la terre étrangère. Simon m'a raconté que, dans le paroxysme du délire, je commandais l'exercice du soldat; je répétais très souvent : « Mon Dieu, est-il possible de tant souffrir! » Malgré toute la médication ordonnée par mon confrère espagnol, purgatifs, toniques, révulsifs, la maladie suivit son cours, d'abord progressif, puis décroissant. J'attribue ma guérison à ma bonne organisation, aux efforts salutaires de la nature, secondés par les soins assidus de mes hôtes et surtout ceux particuliers de Simon qui m'a constamment assisté de jour et de nuit. Pendant les premiers jours de ma convalescence, j'éprouvai des troubles de la vue et de l'ouïe, une exagération singulière de la sensibilité ; un jour, en voulant me regarder dans une glace suspendue à la croisée, je tombai à la renverse avec perte momentanée de la connaissance.

1809.

Pendant que j'étais malade ou convalescent, le siège de Saragosse, qui était le deuxième héroïquement soutenu par les habitants, se poursuivit avec la plus vigoureuse énergie de part et d'autre et nos hôpitaux furent toujours encombrés de malades. Dès les premiers jours de mars, je reprends mon service professionnel, et, n'ayant plus la ressource des médecins espagnols, dont deux sur trois ont succombé à l'épidémie, je me charge du soin de 250 malades.

Le 9 mars, le défenseur de Saragosse, Palafox, triste, pâle, défiguré, honteux et mort de peur, passe à Tudela pour se rendre en France comme prisonnier : homme de 32 à 34 ans, issu d'une des principales familles de l'Aragon, n'ayant jamais servi que dans les gardes du corps, d'un caractère doux et agréable, d'un esprit médiocre, incapable d'occuper la place où l'enthousiasme du peuple l'avait élevé, manquant absolument de cœur et de tête, plein d'une vaine jactance, devenu ensuite si poltron et si pusillanime que, pendant le siège, il ne sortait pas de la cave où il faisait sa résidence ; incapable de prendre la moindre détermination pour la gloire ou le salut des troupes dont il était le général inactif; maîtrisé par quelques prêtres fanatiques, il restait sourd aux conseils des hommes prudents et sages. L'opinion est unanime sur sa lâcheté ou plutôt sur son incapacité réelle.

Le 23 mars, le maréchal Lannes passe à Tudela pour se rendre en France. La constitution météorologique de mars et avril fut remarquable par la fréquence des gelées. Le 10 avril, je fis une intéressante promenade jusqu'au Bocal, c'est le point de départ d'un canal qui se prolonge par Saragosse dans la plus grande partie de l'Aragon ; près des écluses, il y a une belle résidence royale avec jardins et bosquets charmants ; une digue bien construite traverse toute la largeur de l'Èbre, elle a coûté des sommes énormes ; ce canal, qui sert pour les irrigations, est aussi navigable, il débouche dans l'Èbre à Sastago, sa longueur est de trente lieues, la profondeur neuf pieds, la largeur soixante pieds.

Le 19 avril, je recois la malle et les effets que j'avais laissés à Madrid lors de notre retraite : je retrouve intégralement tous les objets. Le 15 mai, je quitte le service de l'hôpital de la Miséricorde pour prendre celui de l'hospice Saint-François où nous réunissons tous nos malades.

Le 16, le général Suchet, qui vient prendre le commandement en chef de l'armée d'Aragon, passe à Tudela et je fais sa connaissance chez la condesita Aperegui.

Les médecins du corps d'armée sont :

M. Rampont, de Chablis, principal, en remplacement de M. Bardol ;
M. Dufour Léon, de Saint-Sever, médecin ordinaire ;
M. Palhasse, de Figeac ;
M. Vedère, de Bagnères-Adour ;
M. Roch, de Dôle ;
M. Tranier, de Carcassonne.

Depuis longtemps, je désirais aller à Saragosse pour plusieurs motifs : la curiosité de visiter cette ville fameuse par son double siège, et le désir de revoir des amis dont j'étais séparé depuis plusieurs mois, enfin l'intérêt de faire régler mon arriéré de solde.

Je vais m'embarquer au Bocal sur une barque chargée de poudre à canon et traînée par deux mules efflanquées. Sous les rayons d'un brûlant soleil, nous traversons une plaine parée de riches moissons et terminée à gauche et à droite par une chaîne de basses montagnes arides, d'abord grisâtres ou rougeâtres, comme celles de Tudela, puis d'un calcaire blanc qui les ferait prendre de loin pour des monts de craie ; on passe la nuit au village de Gallier où nous occupons la soirée à voir les jeunes indigènes danser le boléro sur le parquet de la rue. Le lendemain, à deux heures du soir, nous débarquons à la *Casa Blanca;* je continuai la route à pied jusqu'à Saragosse, distante d'une petite lieue.

En voyant les fossés, les retranchements, les édifices ruinés, tous les décombres qui précèdent la ville et en obstruent l'entrée ; en jetant les yeux sur la campagne, qui est entièrement inculte, abandonnée, dévorée par l'herbe, autrefois peuplée d'oliviers; en apercevant sur la route quelques troncs mutilés des ormeaux qui jadis formaient de belles avenues, on est porté aux réflexions les plus tristes sur les événements tumultueux dont ces lieux ont été le théâtre, maintenant silencieux et désert. Après avoir réglé mes affaires et fait ma visite à notre nouveau médecin principal, M. Rampont, homme aussi instruit qu'aimable et bon, j'emploie une demi-journée à parcourir Saragosse et ses ruines. J'entrai dans la grande et belle église de la célèbre Madone del Pilar : la statue, qui est petite, revêtue d'une robe pyramidale, a été dépouillée de sa précieuse couronne de diamants et de pierreries ; la chapelle, isolée au milieu de l'église, forme un pavillon élégant orné de colonnes et de piliers en beau marbre ; la balustrade devant l'autel est en argent massif.

Au delà du pont de l'Èbre, je parcourus l'Arrabal, le faubourg dont la prise décida de la reddition de la place ; il fut ruiné aux deux tiers par les innombrables boulets qu'y lancèrent 50 pièces de gros calibre pendant la journée du 19 février ; mêmes décombres aux quartiers Saint-Joseph et Saint-Ingracia, où l'attaque et la défense furent des plus acharnées ; je pénétrai dans les chemins couverts, dans les tranchées, étroites et tortueuses (boyaux), que nos sapeurs ont exécutés sous le feu de la mitraille ennemie. Un grand tiers de cette ville, autrefois belle et opulente, est entièrement enseveli sous les décombres, comme par suite d'un tremblement de terre; l'autre tiers est extrêmement maltraité et en grande partie inhabitable ; le reste est loin d'être intact ; dans toute la cité, on ne compte pas 50 maisons qui aient été entièrement épargnées par les boulets ou par les bombes ; sur quelques portes, j'ai compté 200 trous de balle et quelquefois 2,000 sur la façade d'une maison ; c'est dans le quartier voisin de la rue du Cosso qu'on voit encore béantes les ouvertures pratiquées dans les murs mitoyens et dans les cloisons des chambres dont on était obligé de faire le siège. Quelle opiniâtreté dans l'attaque, quelle obstination dans la défense !

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le lundi 16 mars 1885, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. Ils auront lieu dans les pavillons de l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, tous les jours de une heure à quatre heures. Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année, qui doivent fournir un certificat pour prendre leur seizième inscription de doctorat. Les étudiants pourvus de seize inscriptions, et les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Les conditions d'admission sont les suivantes :

1° Les élèves de quatrième année sont inscrits sur la présenta-

tion de la quittance à souche, constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1885 ;

2° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités, les élèves ayant seize inscriptions, et les docteurs français et étrangers qui ont déjà obtenu du doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pour l'année scolaire 1884-1885. Ces élèves seront admis sur la présentation de leur quittance à souche constatant le paiement des droits réglementaires (40 francs) ;

3° Les élèves obligés, les docteurs et les élèves non-obligés, qui sont autorisés, devront se faire inscrire à l'École pratique (bureau du chef de matériel), de midi à quatre heures, du 23 février au 14 mars ; après cette date, nul ne pourra plus être admis.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17417.

N° 21. — JEUDI 19 FÉVRIER 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 19 FÉVRIER 1885. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en medecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr**

Prix du Numero : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Lagneau, qui avait ouvert la discussion sur la dépopulation de la France, a tenu à la fermer. Quatre orateurs avaient pris la parole sur la question. Il s'était proposé de leur répondre à tous, dans un discours un peu confus, à bâtons rompus, plein de digressions interminables, et où il eût été difficile de retrouver nettement les phases de sa pensée, si nous ne l'avions eue, condensée, dans un résumé fait par lui-même, que nous publions ci-après.

M. Lagneau nous a paru fort hostile aux célibataires. Désignant sous ce nom tous ceux qui ont dépassé l'âge de dix-huit ans sans avoir pris femme, il en a trouvé un peu plus de 4 millions en France. Ce chiffre n'a rien d'exagéré sur une population de 36 millions d'âmes, surtout si l'on songe que l'âge moyen du mariage est de vingt-huit ans et demi environ dans notre pays, et qu'on ne peut vraiment traiter de célibataires endurcis ceux qui ne sont pas encore mariés entre dix-huit et vingt-huit. Si on déduisait tous ceux-là ; si on déduisait, en outre, le nombre considérable des immigrés, Anglais, Allemands, etc., qui, venus momentanément pour gagner de l'argent en France, n'y ont point fondé de ménage ; si on mettait également à part tous ceux qui sont célibataires par profession, comme les prêtres, que resterait-il en définitive? Un chiffre trop faible pour qu'il soit possible d'y voir une cause importante de diminution de la race. M. Rochard l'a dit avec raison : on se marie plus que jamais en France, mais la population s'y accroît moins qu'elle ne le faisait jadis. Le mal est donc ailleurs, et ce ne pourrait pas être en rétablissant ou en imitant les lois romaines contre le célibat qu'on pourrait y porter remède.

M. Lagneau a montré envers les gens mariés une confiance qui l'honore incontestablement, en accusant exclusivement ce petit nombre de célibataires de toutes les naissances illégitimes, de tout le développement de la prostitution, de toutes les violations des règles de la morale. N'exerçant pas la médecine, il croit les conjoints impeccables. C'est là une douce illusion.

Une autre illusion, c'est d'admettre comme devant représenter l'état réel des choses les chiffres recueillis dans le cours d'une enquête administrative sur les causes qui peuvent conduire les filles-mères à se séparer de leurs enfants. Voici comment on a procédé pour cette enquête : Sous le régime actuel, une mère ne peut déposer son enfant aux Enfants-Trouvés qu'en se faisant connaître, en donnant son nom et son adresse, etc. L'employé chargé de recueillir leurs déclarations leur a demandé, en outre, quel était le motif de cet abandon dénaturé, et quatre-vingt-dix-neuf sur cent ont répondu que c'était la misère. M. Lagneau croit donc que si on soulageait cette misère, si, par exemple, en rétablissant la recherche de la paternité, on leur assurait des ressources, sur cent filles-mères qui aujourd'hui désirent se débarrasser de leur enfant, quatre-vingt-dix-neuf deviendraient pleines de soins pour leur progéniture. Il ne resterait que la centième, dont on aurait à prendre l'enfant en lui assurant le secret, et tout alors serait pour le mieux. Mais en dehors de la statistique portant sur celles qui déclarent à un employé d'administration qu'elles lui apportent leur enfant et se font inscrire sur ses registres pour que sa naissance ne soit pas connue et ne puisse pas laisser de traces, combien n'en est-il pas qui, voulant garder leur secret pour elles seules, se trouvent poussées par la honte aux résolutions les plus funestes? Celles-là ne donnent pas de chiffres officiels et elles n'entrent pas dans les calculs de statisticiens convaincus.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Bouilly.

Phlegmon périorbitaire.

Avant-hier il nous est entré dans le service un homme d'une quarantaine d'années, présentant des phénomènes morbides, dont le diagnostic mérite d'autant plus d'être discuté que nous nous trouvons chez lui en présence d'une affection assez rare.

Cet homme est garçon boucher, et, au premier abord, la lésion qu'il présentait sur la paupière supérieure droite pouvait nous faire songer, eu égard à l'ensemble des accidents et eu égard aussi à sa profession, à quelque pustule maligne. Mais si, par un certain nombre de caractères, nous étions autorisés à émettre ce diagnostic, cependant, d'autre part, le caractère principal de la pustule maligne nous faisait dé-

faut : je veux parler de l'existence d'un petit point noirâtre.

D'autre part, si nous rejetions, après examen cette première hypothèse, pouvions-nous penser à quelque phlébite de la veine palpébrale et de la veine ophtalmique? Non, parce que la phlébite et la périphlébite ne se développent pas ainsi spontanément, comme les accidents survenus chez cet homme.

En somme, il nous paraissait beaucoup plus rationnel de voir chez lui un phlegmon orbitaire et périorbitaire, c'est-à-dire une inflammation du tissu périoculaire et rétro-oculaire, laquelle inflammation aurait déterminé assez rapidement l'exophtalmie, en réalité assez considérable, que nous observons ici. Ces inflammations reconnaissent souvent pour cause une contusion violente; cependant ici la contusion, si contusion il y a, aurait été des plus légères, car nous n'avons découvert ni ecchymose dans la région malade, ni épanchement sanguin.

Pour moi, je suis beaucoup plus enclin à admettre l'existence d'une petite excoriation produite par quelque fragment osseux, la profession de notre malade l'y rend sujet d'ailleurs. Or une piqûre faite avec un os provenant d'un animal mort est presque toujours suivie, chez les bouchers, de phénomènes septiques graves, se développant avec rapidité, et d'une inflammation phlegmoneuse suraiguë.

Nous rétablirons donc ainsi à peu près la marche des accidents : Lundi, — c'est-à-dire il y a quelques jours, — cet homme s'est fait, sans s'en apercevoir, une petite plaie sur la paupière supérieure droite ; cette plaie, n'ayant pas été soignée, est devenue très rapidement septique. Or tout le monde sait que la paupière est d'une très grande richesse en lymphatiques. Ceux-ci se sont enflammés, par suite un phlegmon oculaire et rétro-oculaire d'origine angioleucitique s'est développé. Et ce qui vient encore à l'appui de notre diagnostic, c'est la présence d'un engorgement ganglionnaire, développé très rapidement aussi derrière l'angle de la mâchoire.

En résumé, donc, il nous paraît s'agir chez notre malade d'un phlegmon périorbitaire, survenu à la suite d'une piqûre de la paupière supérieure faite avec un fragment d'os mort.

Ce genre d'inflammations est toujours une affection grave, qui entraîne avec elle un pronostic certainement sérieux, en tous cas toujours très réservé. C'est ainsi que quelquefois on voit la mort survenir, et les malades succomber dès les premiers jours. J'espère bien qu'ici il n'en sera pas ainsi.

La mort est quelquefois le résultat d'une méningite purulente venant compliquer la scène. D'autres fois, elle est la conséquence d'un érysipèle de la face et du cuir chevelu consécutif aux phénomènes inflammatoires développés dans le tissu périorbitaire. J'espère également que nous ne verrons aucun de ces accidents se déclarer, bien que chez notre malade nous ayons à tenir compte d'un alcoolisme déjà invétéré, c'est-à-dire d'un de ces états qui prédisposent et favorisent le développement d'accidents cérébraux toujours fort graves.

Après avoir passé en revue les causes qui peuvent rendre le pronostic des phlegmons périoculaires et rétro-oculaires graves, nous devons ajouter que la terminaison ordinaire de ces phlegmons est la suppuration ; quant à la résolution, elle est relativement rare.

Chez notre malade, la suppuration semble devoir se faire, normalement, c'est-à-dire à son point d'élection, soit derrière l'une ou l'autre des paupières supérieure et inférieure. Depuis vingt-quatre heures, celles-ci sont beaucoup plus tuméfiées, l'œdème est plus considérable aussi. Quant à la fluctuation, elle est toujours, dans cette région, très difficile à percevoir, et de plus elle est assez tardive dans les tissus palpébraux.

Le traitement des phlegmons périorbitaires consiste dans l'évacuation du pus par l'ouverture du foyer. Mais il faut savoir que, alors même que cette petite opération est pratiquée, tout n'est pas toujours fini au point de vue du processus morbide. Il faut savoir que si la guérison se fait, il reste pendant longtemps une induration des tissus des plus gênantes ; il faut savoir aussi que des troubles consécutifs du côté de l'œil peuvent survenir à cause du chémosis conjonctival, soit, par exemple, une kératite, une ulcération de la cornée et la fonte purulente de l'œil. Voilà pour les accidents consécutifs.

Chez notre malade, nous avons prescrit hier, à son entrée dans nos salles, des cataplasmes d'amidon sur la paupière, arrosés d'acide borique. Mais aujourd'hui, d'après l'aspect des parties, nous croyons devoir pratiquer, sans plus attendre, l'ouverture prématurée du phlegmon dans le point à la fois le plus saillant et le plus rénitent, afin de donner issue au pus, si celui-ci est déjà formé, en tous cas de lui créer, au moyen du bistouri, un chemin facile pour son écoulement ultérieur. Si nous trouvons un liquide purulent, nous placerons un drain dans le trajet, et nous ferons une injection avec l'acide borique.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

I. Arthrotomie. — II. Cancer atrophique du sein.

I. Après avoir autrefois assisté à de très nombreux essais de traitement des arthrites suppurées, des collections purulentes dans les cavités des articulations, j'en étais arrivé, à une certaine époque, à respecter les articulations, à redouter d'ouvrir des synoviales, surtout des synoviales aussi larges que celles du genou.

Aujourd'hui j'en suis venu à de tout autres errements, et j'ai certainement beaucoup moins de scrupules pour la chirurgie active sur les articulations. Je laisse en dehors de cette discussion, bien entendu, la question des résections que j'ai, pour ma part, contribué à préconiser, et si jusqu'à présent je n'ai pas eu souvent à intervenir ainsi sur les cavités articulaires, c'est que je me suis assez souvent trouvé en face d'indications réelles pour le faire. A une certaine époque, nous ne pouvions ouvrir un journal étranger de médecine sans y trouver une liste plus ou moins longue de résections du genou; aujourd'hui l'on en fait beaucoup moins, et avec raison.

J'avais tout récemment, à cette clinique, un chirurgien de Tokio, qui me racontait avoir fait autrefois une trentaine au moins de résections du genou, tandis que maintenant il en pratique fort peu. Cette réaction, en sens contraire, est telle actuellement qu'un chirurgien allemand déclarait qu'il y avait absolument renoncé, et qu'il n'en faisait plus du tout.

Mais en dehors des résections, il est des cas où l'on est parfaitement autorisé à ouvrir les articulations. Autrefois, encore, la présence de corps étrangers dans les cavités articulaires était considérée comme une affection des plus

redoutables, et quelques chirurgiens avaient, dans ces conditions, préconisé l'ouverture sous-cutanée de l'articulation. Cependant le bilan de ces opérations resta fort noir encore jusqu'au moment de la découverte de la méthode antiseptique. Mais, à dater de ce moment, on constata que la taille articulaire n'offrait plus les dangers d'autrefois.

La cure des corps étrangers du genou ou des articulations congénères par l'arthrotomie, faite avec toutes les précautions antiseptiques soigneusement appliquées, est donc une acquisition chirurgicale de haute importance qu'on n'abandonnera pas maintenant, qu'on abandonnera même d'autant moins que tout traitement médical dans cette affection est absolument nul et de nulle efficacité.

Il était indiqué d'ouvrir les collections purulentes du genou comme toutes les cavités purulentes. Malheureusement, l'arthrotomie était considérée comme une opération téméraire, d'abord parce que la mortalité qui s'ensuivait était considérable, mais encore parce que lorsque les malades guérissaient, le traitement était fort long, et une ankylose consécutive était pour ainsi dire fatale. Mais les méthodes antiseptiques sont venues modifier considérablement ce pronostic. Il n'en faudrait pas cependant conclure qu'on peut ouvrir les articulations à tort et à travers.

Plusieurs procédés d'arthrotomie ont été proposés. Il en est un surtout, procédé de douceur applicable lorsqu'il n'y a pas urgence, et qui consiste à poser deux cautères à la pâte de Vienne au niveau de l'articulation, afin de déterminer des escarres assez profondes pour atteindre peu à peu jusqu'à la synoviale ; on recouvre le tout d'une ouate épaisse. Au bout d'un mois environ l'escarre se détache et, la cavité ainsi ouverte, le pus s'écoule dans le pansement. On change celui-ci avec soin, on fait le traitement antiseptique dans toute sa rigueur, et l'on obtient la guérison sans qu'il ait été nécessaire de recourir à de grandes ouvertures de l'articulation.

J'ai été conduit à ce procédé par la pratique de Bonnet (de Lyon), qui, l'un des premiers, nous a bien fait connaître ces maladies articulaires, dont, avant lui, le pronostic était si lamentable. En effet, dans l'arthrite suppurée, son traitement consistait dans l'application de cautères, un bandage ouaté et l'immobilité dans un appareil inamovible silicaté. A cette époque, nous ne connaissions pas encore les antiseptiques, et nous voyions encore quelquefois survenir des arthrites dès que les articulations étaient exposées au contact de l'air.

Nous avons, au dernier lit de la rangée de droite de notre salle des femmes, une malade qui a eu, à la suite de couches, un rhumatisme infectieux avec suppuration. J'ai fait appliquer le caustique de Vienne, plusieurs ouvertures fistuleuses se sont faites et l'ankylose, telle que nous pouvions la désirer, a été obtenue. Aujourd'hui nous avons une autre malade, dont j'avais immobilisé le genou, siège d'une arthrite ; le genou s'est tuméfié, du pus s'est formé dans l'articulation ; j'ai appliqué également le caustique de Vienne. Malheureusement, cela n'a pas réussi, de sorte que, dans ces conditions, l'arthrotomie se trouve réellement indiquée. Je vais la pratiquer avec le thermocautère : je ferai quatre ponctions dans l'articulation, suivies d'un grand lavage de celle-ci avec l'eau phéniquée; quatre drains seront placés correspondant aux quatre ouvertures; puis pansement de Lister et bandage ouaté.

Je préfère ces ouvertures multiples à une grande incision qui peut tomber sur quelque artère voisine de la capsule synoviale, et dont par suite la ligature est toujours difficile. Je n'ai aucune prétention à la réunion immédiate, qui d'ailleurs est inutile dans l'arthrotomie. D'aucuns ouvrent largement l'abcès, injectent les liquides antiseptiques et suturent. C'est là une méthode qui certainement disparaîtra à un moment donné, car si elle donne par-ci par-là quelques guérisons, par contre elle donne lieu le plus souvent à des accidents résultant de la rétention du pus dans l'articulation. Les ouvertures multiples n'entraînent pas à pareils accidents, et la guérison est aussi rapide.

II. Je vais faire venir une malade qui présente une de ces variétés de tumeurs du sein, que je n'opère pas volontiers, un cancer atrophique, car c'est là ordinairement une affection de la vieillesse, qui ne s'accompagne pas de douleur, dont la marche est lente, et qui, en cas d'opération, récidive très vite le plus souvent.

Ici, par une sorte d'exception, notre malade est une femme relativement jeune encore ; elle a quarante-cinq à quarante-six ans. Cependant, chez elle, déjà, les ganglions de l'aisselle sont pris, voire même un ganglion sous-claviculaire est envahi, ce qui devrait être une contre-indication. Pourtant j'ai déjà opéré une femme qui se présentait dans les mêmes conditions ; le mal ayant récidivé, je l'ai opérée une seconde fois en enlevant tous les ganglions malades, et depuis plusieurs mois elle va bien, rien n'est revenu.

Ces cancers atrophiques s'étendent souvent jusqu'au grand pectoral, sans toutefois l'envahir. Aussi, pour plus de précautions contre une récidive, *in situ*, en pareil cas, faut-il faire l'ablation complète de l'aponévrose, et même parfois toucher aux fibres musculaires. Ces larges ablations avec recherches dans la profondeur de l'aisselle ne sont presque jamais suivies d'accidents, mais la réunion est très longue à obtenir, la cicatrisation demandant jusqu'à deux mois environ pour être complète.

DE L'EMPLOI DES FILTRES EN TERRE POREUSE
POUR LA STÉRILISATION A FROID DES LIQUIDES ORGANIQUES

Par MM. Galippe et Bourquelot.

Dès le commencement de l'année 1883, dans un but différent, nous avions recherché un moyen de stériliser à froid les liquides organiques.

A cette époque, nous avions fait usage de vases en terre poreuse, employés pour les piles, en leur donnant une disposition analogue à celle de l'appareil décrit par M. Duclaux (1). Ces appareils fonctionnaient à l'aide d'une trompe ou d'une machine pneumatique.

Nous n'avons pas tardé à nous apercevoir que des liquides, que nous estimions devoir être stérilisés, perdaient leur transparence après un nombre de jours variant suivant certaines conditions, dont les principales étaient sous la dépendance du filtre en terre poreuse lui-même, et aussi de la température ambiante.

Nous avons eu également recours à l'appareil dont il vient d'être question, et dont le principe est dû à MM. Klebs et Tiegel, connu également sous le nom de filtre Pasteur. Bien que les résultats se soient montrés de beaucoup supérieurs à ceux obtenus précédemment par nous, ils ne présentaient pas un caractère de constance suffisant pour nous donner une sécurité absolue.

Lorsque M. Chamberland (2) préconisa l'emploi de la bougie en

(1) *Mémoire sur le lait.* — Annales de l'Institut agronomique, 1879-1880, p. 40.

(2) *Sur un filtre donnant de l'eau physiologiquement pure.* — Comptes rendus, 4 août 1884.

terre poreuse qui porte son nom, nous crûmes toucher à la solution du problème que nous avions si longtemps poursuivi.

Le filtre de M. Chamberland est trop connu pour que nous en donnions ici une description. Il nous suffira de rappeler qu'il fonctionne sous une certaine pression, et que le liquide pénètre dans la bougie filtrante de l'extérieur à l'intérieur.

Cette disposition ne pouvait convenir à la réalisation de nos expériences. Aussi, laissant de côté l'armature métallique du filtre, nous nous sommes servi de la bougie comme d'un tube en terre poreuse, et nous l'avons introduite dans un appareil à filtration par le vide, reproduisant exactement, sauf le volume plus considérable, le filtre de Klebs et Tiegel ou de Pasteur.

Cet appareil a été stérilisé à une température variant entre 150 et 160 degrés centigrades en nous entourant de toutes les précautions indiquées, puis scellé au mastic de Golaz.

Dans cet appareil, le liquide placé dans l'intérieur de la bougie filtrait à travers ses parois.

Parmi les expériences, au nombre d'une dizaine, que nous avons faites, nous rapporterons les suivantes :

I. Le 28 décembre 1884, nous filtrons de la salive. Bien que les conditions de température ne fussent pas favorables, la salive, tout d'abord absolument transparente, n'a pas tardé à se recouvrir à sa surface d'une couche miroitante ; puis elle s'est troublée petit à petit, et moins d'un mois après le début de l'expérience, le liquide était complètement troublé. Examiné au microscope, ce liquide s'est montré renfermer un nombre extrêmement considérable de bactéries.

II. Nous avons obtenu un résultat identique en filtrant un mélange de salive et d'eau distillée. (Expérience du 29 décembre 1884.)

III. Ce qui tend à prouver qu'il y a entre les bougies Chamberland de notables différences, c'est que nous avons en expérience une filtration de salive dans laquelle le liquide, bien que recouvert à sa surface d'une pellicule miroitante caractéristique, reste néanmoins transparent dans les couches sous-jacentes.

IV. Le 29 décembre 1884, nous filtrons un mélange d'urine acide, en voie d'altération, et d'eau distillée. Dès le 1er janvier 1885, en dépit d'une température relativement basse (15 à 16 degrés), la surface du liquide se couvre d'une couche caractéristique s'accentuant de jour en jour. Moins d'un mois après le début de l'expérience, le liquide était complètement trouble.

Au bout d'un certain temps, un dépôt s'est insensiblement formé et le liquide est devenu moins trouble.

Examiné le 12 janvier au microscope, ce liquide ne contenait plus que de rares micro-organismes doués de mouvements rapides ; en revanche, il y en avait un très grand nombre immobiles, isolés ou groupés. L'urine était fortement ammoniacale.

V. Le 31 janvier 1885, nous filtrons un mélange d'urine alcaline et d'urine acide, toutes deux en voie d'altération auquel on ajoute de l'urine fraîche.

A notre grand étonnement, le liquide a filtré sans qu'il fût nécessaire de faire le vide. Le tube était intact, et la filtration s'est faite du reste comme dans les cas précédents, et sur toute la hauteur du tube.

Dès le lendemain, l'urine était en voie de décomposition ; celle-ci a déterminé un trouble complet du liquide le jour suivant.

Examinée le 13 février au microscope, cette urine ne montrait que de rares organismes mobiles ; un grand nombre, au contraire, étaient à l'état de repos. L'urine était fortement alcaline.

Cette expérience présente ce fait à noter, que la bougie employée s'était montrée beaucoup plus perméable que dans les expériences précédentes ; l'altération du liquide s'est également montrée beaucoup plus tôt.

VI. Le 30 décembre 1884, nous filtrons un mélange d'eau distillée et de matières fécales. Le liquide est resté absolument transparent pendant environ trois semaines. Au bout de ce temps, il s'est troublé très abondamment.

Examiné le 13 février 1885, nous avons constaté que le liquide contenait un nombre considérable de micro-organismes isolés ou groupés et extrêmement actifs.

VII. Nous avons un certain nombre d'expériences en cours, dont nous ferons connaître prochainement les résultats.

Nous pouvons conclure de ce qui précède :

1° Il y a dans les bougies Chamberland livrées au commerce de très notables différences, s'accusant à la fois dans la facilité plus ou moins grande avec laquelle elles laissent passer le liquide, et dans la perfection de la filtration ;

2° Jusqu'à ce jour, celles que nous avons eues entre les mains ne nous ont pas permis de stériliser à froid des liquides organiques (salive, urine, matières fécales).

Au bout d'un certain temps, variant entre quelques jours et quelques semaines, suivant la porosité de la bougie et la température ambiante, et peut-être encore d'autres conditions non encore déterminées, ces liquides contiennent des micro-organismes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 février 1885.— Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un mémoire intitulé : *la Fièvre typhoïde au quartier Dupleix*, par M. le docteur Quivogne, médecin-major au 16e dragons;

2° Des observations de choléra recueillies dans le service du docteur Bonamy, à Nantes, par MM. Greas, Brames et Beugneul, internes.

LECTURES

Sur la paraldéhyde. — M. DESNOS, candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique, rappelle que, découverte en 1829, la paraldéhyde ne fut introduite qu'en 1882 dans le domaine de la thérapeutique. Beaucoup moins irritante que l'aldéhyde, beaucoup moins toxique, elle peut être introduite par la cavité buccale.

Elle a été recommandée comme hypnotique par M. Cervello (de Palerme), Morselli, Peretti, Gugl, Eloy, Dujardin-Beaumetz et Coudray ; ce dernier, d'après des expériences sur les animaux.

M. Desnos, se basant sur trois observations toutes récentes, décrit les effets qu'il en a obtenus sur trois malades de son service.

Les doses ont varié entre 2 et 4 grammes. Elle a été administrée, par la voie hypodermique, à des sujets affectés de maladies variées, fébriles ou apyrétiques, bronchite, tuberculose pulmonaire, gastrite, ictère, rhumatisme, fièvre typhoïde, maladies du cœur, pleurésie, névralgie, délire alcoolique. Chez la plupart on a obtenu ainsi une période de sommeil dont la durée a été de quelques heures (de deux à six). La plupart du temps ce sommeil a été calme, sans agitation, sans rêves pénibles, et il ne s'est produit aucune céphalalgie au réveil. Le contraire a été pourtant observé exceptionnellement, chez des fébricitants surtout. Comme antinévralgique, la paraldéhyde, bien qu'inférieure à ce point de vue à la morphine et au chloral, a donné pourtant quelques succès. Elle a fait notamment disparaître, à la dose de 4 grammes, continuée pendant plusieurs jours, une névralgie occipitale qui avait résisté au sulfate de quinine. La paraldéhyde agit puissamment sur les mouvements respiratoires qu'elle ralentit et dont elle domine l'amplitude, très peu sur le cœur, à moins que les doses ne soient exagérées. Elle est en cela très supérieure au chloral et doit lui être préférée chez ceux qui sont sous le coup de lésions cardiaques, de surcharge graisseuse du cœur, de débilité profonde.

Elle peut être employée avec avantage dans les maladies fébriles sans que la fièvre en soit fâcheusement modifiée.

DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

M. LAGNEAU. Les dépenses et les formalités exigées pour le mariage, surtout pour le mariage entre Français et étrangers, en faisant obstacle au mariage, semblent favoriser les naissances illé-

gitimes, suivies généralement d'une mortalité considérable préjudiciable à l'accroissement de notre population. Par suite de cet obstacle relativement considérable pour les personnes peu riches, beaucoup d'ouvriers reconnaissent leurs enfants et ne se marient pas. A Paris, dans les arrondissements de Reuilly, des Buttes-Chaumont, de Ménilmontant (XIIe, XIXe et XXe arrondissements), on compte 28, 29 et 32 reconnaissances sur 100 déclarations d'enfants illégitimes.

La jeune fille est insuffisamment protégée, d'où résulte une natalité illégitime suivie d'une grande mortalité.

Anciennement en France, actuellement dans la plupart des États, la recherche de la paternité est autorisée. Le père est tenu de pourvoir aux besoins de son enfant naturel.

Pour éviter l'infanticide, une femme doit pouvoir, sans se faire connaître, accoucher dans une Maternité ou abandonner son enfant dans un asile dépositaire.

Mais pour éviter l'énorme mortalité des enfants abandonnés, parfois de 40 p. 100 dans le premier mois d'existence, il faut autant que possible prévenir l'abandon par des secours suffisants aux mères, dont 99 p. 100 ne sont amenées à abandonner leurs enfants que par suite de leur situation misérable ou de leurs occupations les empêchant de les allaiter. Un bureau dépositaire, ouvert jour et nuit, peut être tenu par une personne astreinte au secret, chargée de recevoir les enfants ou d'offrir aux mères indigentes des secours suffisants pour leur permettre de devenir les nourrices payées de leurs propres enfants.

On a cru devoir attribuer à la foi religieuse, aux convictions catholiques plus profondes en Bretagne qu'en Normandie, d'une part la natalité et l'accroissement très considérable de la population de nos départements bretons, et d'autre part la natalité très minime et la décroissance considérable de la population de nos départements normands.

Cette influence du catholicisme sur l'accroissement de la population semble à M. G. Lagneau fort difficile à évaluer ; mais il rappelle que, d'après M. Alexandre d'Oettinger, de 1851 à 1864, pour 123 626 050 catholiques, la plupart de l'Europe, l'accroissement annuel n'aurait été que de 0,48 sur 100, alors que pour 53 212 666 protestants, il était de 0,96 sur 100, et que pour 1 million 301 285 juifs, il était de 1,53 sur 100. Pareillement M. Lagneau a reconnu qu'en France, de 1861 à 1866, 36 490 891 catholiques ont présenté un accroissement annuel de 0,33 sur 100, alors que 802 329 protestants s'accroissaient annuellement de 1,10 sur 100, et 79 964 israélites de 2,27 sur 100.

Les gros contingents militaires ont paru être une cause de décroissance de la population. Durant les trois années de la guerre de Crimée, le contingent fut de 140 000 au lieu de 80 000 les années précédentes. Or, durant cette guerre, à laquelle prirent part 309 268 hommes, dont 95 613 succombèrent, outre ce nombre énorme de décès, il y eut une diminution annuelle de 3 440 mariages et 10 075 naissances. Mais, bien que depuis la loi du 27 juillet 1872, la durée du service, plus généralisé, soit plus courte, les mariages et les naissances n'en diminuent pas moins de plus en plus ; de 4 mariages et 10 naissances pour 10 000 habitants.

Si l'émigration vers les colonies ou les pays étrangers, loin de nuire à l'accroissement de la population restée en France, la favorise en activant sa natalité et en améliorant par l'importation ses conditions biologiques ; si cette émigration vers des pays salubres comme le Canada, l'Algérie, est avantageux aux émigrés eux-mêmes, qui y vivent et s'y accroissent par une natalité de beaucoup supérieure à leur mortalité ; contrairement cette émigration, vers les colonies insalubres, comme les Guyanes, est trop souvent funeste pour les émigrés eux-mêmes. Dans ces pays insalubres, l'impaludisme, le tellurisme pour l'individu, l'infécondité pour la race, empêchent tout accroissement physiologique de la population européenne. Les Anglais, comme les Français et autres Européens du Nord, y présentent une mortalité considérable. Leurs femmes, par suite d'une disposition métrorrhagique, ne peuvent que rarement mener à terme leur gestation. Leurs enfants, peu nombreux, succombent en énorme proportion. Les métis eux-mêmes, dans certains pays, ne jouissent que d'une fécondité limitée.

Après ces remarques relatives à certaines causes restrictives de l'accroissement de notre population, soit en France, soit dans nos colonies, M. Lagneau fait observer à M. Hardy que la contrainte morale de Malthus prescrit une chasteté absolue en attendant, pour le mariage, le moment, souvent fort éloigné, où l'homme aura obtenu une position lui permettant de subvenir aux besoins d'une nouvelle famille ; mais qu'en réalité le célibat masculin, prolongé jusqu'à vingt-huit ans cinq mois en moyenne en France, a pour conséquence la prostitution et la natalité illégitime. Nous avons 4 077 639 garçons ou célibataires de plus de dix-huit ans, et nous enregistrons annuellement de 65 à 70 000 enfants illégitimes, dont la mortalité est plus du double de celle des enfants légitimes.

Le manque de subsistance n'est nullement à redouter. Depuis le commencement du siècle, époque où écrivait Malthus, l'Angleterre (non compris l'Écosse et l'Irlande) a vu sa population s'élever de 9 060 993 à 24 547 309 en 1877, avec un accroissement annuel moyen de 1,35 pour 100 habitants. En Angleterre, la densité de la population est de 132 habitants par kilomètre carré ; en France, elle est de 69 ; la moitié moins. Aux produits de leur culture intensive les Anglais ajoutent ceux d'une importation considérable.

L'immigration étrangère ne supplée que fort imparfaitement à notre natalité insuffisante. Sur 36 670 248 habitants, nous avons 1 001 090 étrangers, soit 1 étranger pour 35 nationaux. Mais de ces étrangers 77 046 seulement sont naturalisés Français.

L'infécondité des Normands est volontaire. Les Scandinaves, immigrés en Neustrie, différaient peu, au point de vue ethnique, des Anglo-Saxons. Aussi civilisés que nous, les Anglais, de 1841 à 1876, ont vu leur natalité s'accroître de 32,2 à 36,6 naissances annuelles pour 1 000 habitants. En France, notre natalité a décru de 32,9 à 25,5 naissances annuelles pour 1,000 habitants.

M. LE FORT, dans une note lue, en son absence, par M. Béclard, a le regret de reconnaître que les chiffres donnés par lui et empruntés à la publication officielle de la statistique de la France ne comprenait pas, pour 1872, la population militaire, et étaient trop faibles pour cette année.

Mais il n'en reste pas moins vrai que la situation, pour la période décennale 1872-1881, est meilleure qu'elle ne l'a été depuis 1846, au point de vue de l'accroissement de la population. En effet, de 1872 à 1881, cette augmentation a été de 46 par an pour 10 000, tandis que dans les périodes quinquennales comprises entre 1846 et 1871 elles n'ont été successivement que de 22,7, 27, 36, 13.

Sans doute il faut tenir compte de l'immigration, car pour la période 1872-1875, alors que l'augmentation annuelle était de 49 pour 1 000, cette immigration entrait pour un quart dans cet accroissement de la population et est devenue plus considérable encore dans les cinq dernières années, où elle entre pour plus du tiers dans l'accroissement annuel de 42 habitants pour 10 000. Mais même en en faisant déduction, il reste encore, pour représenter l'excédent de la natalité sur la mortalité, des chiffres supérieurs aux moyennes des années qui se sont écoulées entre 1846 et 1871. La situation n'est donc pas, relativement au passé, une situation défavorable, et la France, loin de se dépeupler, se reforme et se repeuple plutôt.

La question de la mortalité des enfants demande aussi quelques observations. Cette mortalité ne peut être appréciée que de la naissance à un an d'après les relevés officiels ; et l'on trouve qu'elle va en décroissant. Elle était de 17,86 p. 100 entre 1858 et 1862 ; elle n'a été que de 16,76 p. 100 entre 1878 et 1882.

Mais ce qui domine tout, c'est la mortalité des enfants naturels ; elle est double de celle des enfants légitimes pour la période qui s'étend de 1873 à 1882 ; elle se monte, en effet, à 30 p. 100 pour eux et à 15 p. 100 seulement pour les enfants légitimes.

COMMUNICATION

M. PROUST, au nom de M. le docteur Pamard (d'Avignon), communique à l'Académie des tableaux représentant les variations de

la proportion de l'ozone durant l'épidémie de choléra dans cette ville, ainsi que d'autres données météorologiques. Ces tableaux sont renvoyés à l'examen de M. Gariel.

A quatre heures quarante la séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 février 1885. — Présidence de M. D'ARSONVAL.

COMMUNICATIONS

De l'emploi des filtres en terre poreuse pour la stérilisation à froid des liquides organiques. — M. GALIPPE, en son nom et au nom de M. Bourquelot, fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 163.)

De l'influence du côté sur la répartition de la carie dentaire. — M. GALIPPE rappelle avoir établi précédemment qu'il y avait une différence notable entre les dents du côté droit et celles appartenant au côté gauche d'un même maxillaire. Si l'on fait la somme des *coefficients de résistance* de toutes les dents du côté droit appartenant au maxillaire supérieur et à l'inférieur, celle-ci l'emporte sur la somme des coefficients envisagés du côté gauche, au maxillaire supérieur et à l'inférieur.

On pourrait en conclure *a priori* que les dents devaient se carier plus fréquemment du côté gauche que du côté droit.

C'est, ajoute M. Galippe, ce que nous nous sommes proposé de vérifier. Il ressort des chiffres donnés par M. Magitot qu'il y a plus de dents cariées à gauche qu'à droite. En effet, sur 10 000 caries relevées, nous voyons qu'il y en a 5 209 à gauche et 4 791 à droite, soit une différence de 418 en faveur du côté gauche, équivalant à 4,18 p. 100.

Cette différence serait certainement plus considérable si l'on pouvait éliminer de la statistique de M. Magitot les cas si fréquents dans lesquels la carie a une tendance à se généraliser. C'est ce qui résulte, du reste, de nos observations cliniques personnelles et de nos déterminations analytiques.

Quoi qu'il en soit, si l'on examine chaque groupe de dents en particulier, comme nous l'avons fait en déterminant à la fois la densité moyenne générale supérieure et inférieure, ainsi que la densité moyenne générale droite et gauche, on voit que nos déductions étaient exactes.

Nos recherches ont également porté sur les dents de lait. Comme pour les dents permanentes, les résultats de M. Magitot sont conformes à la loi générale, puisque les dents de la première dentition se carient en plus grand nombre à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure et qu'on a relevé plus de caries à gauche qu'à droite.

Nous n'avons pu examiner qu'un nombre relativement restreint de bouches d'enfants n'ayant pas encore de dents permanentes, et souvent dans ce cas un certain nombre de dents de la première dentition avaient disparu par l'effet de la carie : c'est ce qui explique la non-concordance de nos chiffres avec ceux de M. Magitot. Notons toutefois que, pour les canines qui persistent le plus généralement, la loi a été vérifiée.

La thalline. — M. PAUL LOYE a étudié avec M. Brouardel les propriétés physiologiques de la *thalline*. L'action antipyrétique de cette substance s'exerce, comme celle de la kairine, par une destruction de l'hémoglobine du sang. Le sang, mélangé avec la thalline, prend une couleur brun chocolat, et l'on constate, par la méthode de la capacité respiratoire et par la méthode spectroscopique, la disparition de sa matière colorante.

L'antipyrine, au contraire, n'agit pas sur l'hémoglobine. A son contact, le sang reste dans les mêmes conditions que s'il était normal ; il semble toutefois se putréfier moins rapidement.

La kairine n'empêche pas la fermentation de la levure de bière, alors que l'antipyrine la ralentit.

L'antipyrine arrête complètement la germination : la kairine, pour la même dose, la ralentit sans l'empêcher.

Synthèse chimique. — M. ŒCHSNER DE CONINCK a réalisé la synthèse d'un alcaloïde très voisin de celui que MM. Gautier et Etard ont retiré des produits de la putréfaction animale. Cet alcaloïde appartient à la série dite pyridique.

L'auteur a également réalisé la synthèse d'un alcaloïde se rapprochant beaucoup de la cicutine par ses propriétés physiologiques. Il montre enfin quel devra être le point de départ de la synthèse des alcaloïdes, tels que la cinchonine, la quinine, etc.

Cérébrotome. — M. le docteur **GAVOY** présente un cérébrotome de son invention et fait passer sous les yeux de la Société des coupes de l'encéphale pratiquées au moyen de cet instrument.

Ces coupes qui ont un tiers de millimètre d'épaisseur sont faites suivant trois directions : 1° coupes verticales antéro-postérieures; 2° horizontales ; 3° transversales. Leur minime épaisseur, la façon dont elles sont montées (entre deux lames de verre), permettent de les examiner par transparence et suivant leurs deux faces. Avec un grossissement de quelques diamètres, rien de plus simple que de suivre la direction des fibres nerveuses de la substance blanche et que de voir les connexions de ces fibres avec les noyaux gris et la substance grise corticale. M. Gavoy offrira d'ailleurs prochainement à la Société une étude anatomique de l'encéphale, étude faite au moyen de ces coupes.

Essentiellement le cérébrotome se compose de deux plateaux métalliques que l'on peut à volonté monter l'un sur l'autre. Ces plateaux interceptent entre eux un espace d'une hauteur déterminée. C'est donc dans l'intervalle limité par les faces parfaitement planes des deux plateaux que le couteau cérébrotome va glisser. Le plateau supérieur porte une ouverture ovalaire dont les dimensions sont calculées de telle façon que l'encéphale entier puisse s'y engager. Le plateau inférieur porte une glace dépolie de mêmes dimensions que l'ouverture du plateau supérieur; sur cette glace on applique une feuille de gros papier buvard ou mieux une compresse fine. Cette compresse est maintenue au moyen d'un petit cadre de cuivre mobile et ovalaire dont les dimensions sont les mêmes que celles de la glace dépolie du plateau inférieur et de l'ouverture du plateau supérieur. Cela étant fait, on place le cerveau dans l'ouverture du plateau supérieur, on fait passer entre les deux plateaux le couteau cérébrotome et la coupe se trouve faite. On retire le cerveau et ici apparaît l'utilité de la compresse. La lame cérébrale coupée lui reste en effet adhérente. Il ne reste qu'à retirer le plateau supérieur, le petit cadre de cuivre et à enlever la compresse sur laquelle est restée la coupe. Pour en détacher la compresse, il suffit de mouiller un peu le linge.

En somme, le point neuf est le suivant : fixation parfaite du cerveau sur la compresse, ce qui permet de faire des coupes sur des cerveaux frais et surtout des coupes successives de bas en haut et non de haut en bas, le cerveau appuyant sur le couteau et se fixant sur la compresse par son propre poids.

Tracé sphygmographique pendant une ascension. — M. POZZI, pendant une ascension faite il y a déjà nombre d'années, a pris son tracé sphygmographique à 2 500 mètres.

Ce tracé indique une ligne d'ascension brusque, puis un petit plateau très net, puis une chute assez brusque et enfin un dicrotisme marqué.

Le lendemain, à 200 mètres (au-dessus au niveau de la mer, bien entendu), le tracé indique une ascension moins brusque, un plateau à peine marqué, une descente plus lente, et du « tricrotisme », si l'on peut dire. Le dicrotisme est marqué par plusieurs ondulations rapides.

En somme, le premier tracé indique une diminution notable de la tension artérielle. Il y avait intérêt dans ce fait que ce tracé a été pris en dehors de toutes les causes perturbatrices qui se produisent fatalement dans les ascensions de hautes montagnes (fatigues de la marche, etc.).

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 23 mars 1885, à midi et demi. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, tous les jours de midi à trois heures, du lundi 16 février au lundi 16 mars 1885. Les aides d'anatomie, seuls, sont admis à concourir.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions, pour quatre années, le 1er octobre 1885.

— M. Stourdza est nommé ministre de l'instruction publique et des cultes, à Bucharest.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17442.

N° 22. — SAMEDI 21 FÉVRIER 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 21 FÉVRIER 1885. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en medecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr
Prix du Numero : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies du cœur compliquées d'ascite.

L'ascite qui survient dans le cours d'une maladie du cœur est loin d'avoir dans tous les cas une importance égale.

Souvent c'est un signe de cirrhose ; et alors c'est en vain qu'on tenterait d'obtenir la résorption de l'épanchement intra-abdominal.

Souvent aussi c'est simplement l'effet de la stase du sang dans le système de la veine porte, indépendamment de toute atteinte organique du foie, et dans ce cas la diurèse peut produire des effets aussi efficaces contre l'ascite que contre l'anasarque.

Quelquefois on voit se succéder chez le même individu, suivant les périodes plus ou moins avancées de sa maladie, les deux genres d'ascite. C'est ce qui s'est produit, par exemple, chez un malade de M. Desnos, dont nous allons résumer l'histoire, intéressante à ce point de vue.

Cet homme, alors âgé de vingt-quatre ans, est entré le 11 septembre 1884, à la salle Saint-Félix, à la Charité, étant alors en pleine période d'asystolie, urinant très peu, présentant à la fois un œdème assez marqué des membres inférieurs et un épanchement assez notable dans la cavité péritonéale.

Interrogé sur ses antécédents héréditaires et personnels, il a raconté que ses parents n'avaient jamais eu ni maladie du cœur, ni rhumatisme ; que lui-même, bien qu'ayant été atteint à dix-huit mois d'une scarlatine grave, s'était toujours très bien porté depuis lors jusqu'à l'âge de vingt ans. Il était entré à l'école des enfants de troupe à l'âge de quatorze ans, et y avait fait un apprentissage comme tailleur ; puis, à dix-huit ans, il s'était engagé dans le génie militaire, et, durant deux ans, il avait pu faire des terrassements et d'autres travaux rudes, sans éprouver plus de fatigue ou plus de gêne que ses camarades. Il ne ressentait jamais d'oppression, de palpitation, de douleurs, de malaise dans la région du cœur. Il est donc difficile de supposer que l'origine de son affection cardiaque remontait à la scarlatine de l'enfance.

Mais, vers la fin de l'année 1879, étant depuis deux ans au régiment, il fut atteint d'une pleuro-pneumonie du côté gauche, et sa santé s'altéra dès lors. Il s'enrhumait facilement, toussait et se sentait oppressé dès qu'il fatiguait outre mesure. On dut le dispenser de tous les exercices qui demandaient un certain effort, et cela prouve que dès ce moment on avait constaté la maladie du cœur. Ce qui doit étonner, c'est qu'on n'eût pas immédiatement réformé cet homme, qu'une lésion cardiaque rendait impropre au service militaire.

Il rentra dans la vie civile en 1882, lors du licenciement de sa classe, et il se plaça chez un pharmacien comme garçon de laboratoire; sa besogne consistait surtout à piler des drogues. Le lieu où il travaillait n'était pas très humide; mais les courants d'air y étaient presque continuels.

Cependant, durant treize mois, il put rester dans cette place sans trop en souffrir.

Au bout de ce temps, se trouvant atteint d'un premier accès d'asystolie, oppressé, les jambes enflées, il entra le 1er décembre 1883 dans le service de M. Vulpian à l'Hôtel-Dieu. Il y fut traité par la teinture de digitale ; la diurèse fut obtenue facilement, les jambes désenflèrent, et le 4 janvier suivant, étant complètement rentré dans son état habituel, cet homme fut envoyé en convalescence à l'hospice de Vincennes.

Quand il en sortit, quinze jours plus tard, la place qu'il avait occupée chez un pharmacien était prise, mais on lui faisait espérer qu'elle redeviendrait bientôt vacante. Il resta donc un mois à l'hôtel, en attendant, et il y allait bien. Puis il rentra chez son patron, y reprit son travail ; mais, huit jours après, il recommençait à enfler. Espérant que cela pourrait se passer de soi-même, s'il se reposait, il resta environ un mois sans travailler, chez un camarade. L'enflure des jambes, loin de disparaître, augmentait toujours. Il s'y joignit du gonflement de la face, et le 27 mars cet homme, de nouveau en pleine asystolie, revint à l'Hôtel-Dieu, cette fois dans le service de M. Gallard.

Des divers traitements qui y furent essayés pour provoquer une diurèse, ce fut la caféine qui eut le plus d'action. Elle fut commencée le 16 juillet, et la quantité des urines, qui dans les journées précédentes ne s'élevait jamais à un litre, atteignit deux litres trois quarts dans celles du 18 et du 19.

Comme la première fois, quand elle s'était produite sous l'influence de la digitale, la diurèse persista pendant une

huitaine de jours; puis elle cessa, bien que le médicament fût continué.

La face et les jambes étaient complètement désenflées, mais bientôt le malade s'aperçut que le ventre enflait à son tour.

Aussi, sorti de l'Hôtel-Dieu le 10 septembre, rentrait-il à la Charité le lendemain.

Nous avons dit qu'à cette époque il était en pleine asystolie. Au milieu du désordre extrême des battements du cœur, il était difficile de préciser le siège exact des lésions valvulaires. L'ascite était relativement plus notable encore que l'œdème des membres inférieurs.

La diurèse et la cessation de l'asystolie ne purent être obtenues qu'en décembre sous l'influence du vin de Trousseau, administré d'abord à la dose de deux cuillerées, puis à la dose de trois cuillerées par jour. Les battements du cœur se ralentirent, et l'on put constater l'existence d'une double lésion, portant à la fois sur l'orifice aortique et sur l'orifice mitral. Il paraît probable que l'endocardite qui avait produit ces résultats avait dû se développer lors de la pleuro-pneumonie gauche. C'est en effet surtout quand elle siège du côté gauche, que la phlegmasie pleuro-pulmonaire peut retentir sur le système cardiaque, et y causer des endo-péricardites de voisinage.

Par suite de la diurèse, qui se prolongea, comme précédemment, durant une huitaine de jours, et par suite aussi de la régularisation relative de la circulation, l'ascite disparut presque en totalité, en même temps que disparaissait l'œdème des membres inférieurs. Elle tenait donc encore à la stase sanguine, due à l'encombrement du cœur, si je puis m'exprimer ainsi, et non à une cause permanente spéciale au système de la veine porte. Le foie était congestionné, comme tous les organes situés en amont de la veine cave, et qui ne pouvaient plus assez rapidement vider le sang qui les engorgeait dans ce réservoir déjà trop plein. Mais il n'y existait encore pas de ces altérations scléreuses dont l'effet est de rétrécir et d'étrangler en quelque sorte les vaisseaux qui passent à travers.

Pendant un mois environ tout alla bien; mais après ce temps le ventre se mit à enfler de nouveau, l'oppression reparut de plus en plus gênante. Le malade ne peut plus dormir autrement que maintenu par des coussins dans une position presque assise. Tout ce qu'on a tenté pour diminuer l'ascite a invariablement échoué. Il est probable que, sous l'influence de fluxions répétées du foie, le tissu interstitiel de cet organe s'est irrité et qu'il est maintenant atteint d'une cirrhose irrémédiable. Or l'ascite de la cirrhose n'est pas susceptible de guérison.

Névralgie rebelle à la suite de la ménopause.

Les névralgies tenaces sont au nombre des conséquences que peut avoir pour certaines femmes la cessation des fonctions menstruelles.

Cette cessation, cette suppression d'une fluxion hémorragique sur un organe de premier ordre dans l'organisme féminin peut retentir aussi bien sur le système nerveux que sur le système circulatoire.

Si des bouffées de chaleur, si des transpirations parfois continuelles et excessives, si des congestions vives, des phlegmasies locales peuvent traduire l'impression produite sur ce dernier par le dérangement des habitudes fluxionnaires acquises, il peut également arriver que, le système circulatoire réagissant très peu, les troubles du système nerveux dominent la scène.

Il est même des cas dans lesquels il est difficile de faire la part de l'un et de l'autre.

Est-ce un phénomène congestif, est-ce un phénomène purement nerveux que cette excitation sexuelle qui, à cette époque de la vie, peut obséder et désoler des personnes jusque-là très chastes, très étrangères à toute sensation voluptueuse?

Nous venons d'en voir tout dernièrement un remarquable exemple. Une dame du meilleur monde, qui, durant un an de mariage, n'avait jamais ressenti de plaisir durant les rapports génitaux, qui n'avait jamais éprouvé rien qui ressemblât à un désir, à un besoin physique des organes génitaux, s'étonnait de voir ces organes, jusque-là morts chez elle, suivant son expression, s'éveiller, quelques mois après le moment où elle cessa d'avoir ses règles. Tous les soirs, une fois couchée, elle y éprouvait une tension pénible, presque douloureuse, qui retentissait dans le corps entier, l'empêchait de prendre du repos et ne cédait qu'à la suite de pratiques de masturbation à laquelle elle se livrait presque inconsciemment, n'en ayant pas, dans son innocence, d'abord bien compris le caractère.

A l'examen local, nous trouvâmes un utérus déjà réduit dans son volume, très mobile, et qui ne paraissait nullement congestionné. Il n'y avait aucune tumeur, aucune sensibilité anomale dans les régions ovariennes. Aucune irritation locale de la muqueuse. L'éréthisme sexuel paraissait se produire indépendamment de toute congestion, de toute fluxion concomitante.

Chez d'autres femmes, ce sont des maux de tête opiniâtres, siégeant souvent à la région occipitale et qui peuvent être des névralgies simples ou des névralgies congestives.

Chez d'autres, des accès d'oppression ressemblant à l'asthme nerveux, ou des palpitations, ou des vomissements, qui semblent devoir être expliqués par une névralgie du pneumogastrique.

Chez d'autres, ce sont des sciatiques, des névralgies lombo-abdominales, des névralgies intercostales, des névralgies des nerfs phréniques qui peuvent se produire quelques jours, quelques semaines ou quelques mois après l'arrêt définitif ou les premières irrégularités des hémorragies menstruelles, soit concurremment avec les autres troubles dont nous venons de parler, soit en alternance avec eux, soit quelquefois isolément, et souvent alors avec une persistance vraiment désolante.

C'est dans cette classe de faits que rentre apparemment l'observation suivante, qu'un de nos confrères de province nous communique :

« Mme X..., femme âgée de cinquante-quatre ans, mère de six enfants, bien constituée, tempérament sanguin, a cessé d'avoir ses règles depuis quatre ans.

Depuis trois ans, elle souffre continuellement, jour et nuit, d'une douleur au creux de l'estomac, irradiant du côté droit, vers le foie, avec cinq à six exacerbations dans les vingt-quatre heures. Elle mange bien et digère tout; les repas n'aggravent pas la douleur; jamais de vomissements, pas de diarrhée, pas de constipation. La région épigastrique n'est pas douloureuse. Jamais de jaunisse, pas de douleur pour uriner, pas de gravelle, rien au foie, rien aux reins. Les urines ne déposent pas, ne sont pas rouges. Pas de fièvre.

Rien au cœur, ni aux poumons, ni à la tête; pas de rhumatisme; pas d'amaigrissement; état général très bon, teint bon, facies rouge, coloré; peu de sommeil à cause de la douleur. »

L'idée d'une névralgie s'impose; car, s'il s'agissait d'autre chose, les douleurs ne persisteraient pas avec cette fixité et ces redoublements quotidiens pendant trois ans sans être suivies d'aucune espèce de troubles fonctionnels. Ni une affection vraiment organique, ni un calcul soit des voies biliaires, soit du conduit pancréatique, ne se comporteraient ainsi.

La direction de la douleur vers le côté droit fait songer à une névralgie d'un des derniers nerfs intercostaux de ce côté. Mais il se pourrait aussi qu'elle eût pour siège le nerf phrénique du côté droit et irradiât de là dans le voisinage, simulant une gastralgie. Nous en avons vu des exemples. Dans ce cas, c'est spécialement au-dessus de la clavicule, dans le point où le pneumogastrique croise les scalènes, que l'on trouve un point douloureux répondant au point abdominal, tandis que les points douloureux de la névralgie intercostale correspondent aux diverses inflexions du nerf atteint.

Quoi qu'il en soit, cette névralgie a résisté jusqu'à présent aux opiacés, aux antispasmodiques, aux calmants sous toutes les formes.

Traitement du tétanos : chloral et sulfate de quinine.

M. le docteur Giraud (de Marseille), à propos de la leçon de M. Verneuil sur le *traitement du tétanos par le chloral*, publiée dans la *Gazette des hôpitaux* du 31 janvier 1885, p. 97, nous fait connaître les résultats que lui ont donnés, tout récemment, d'une part, l'emploi de cet agent thérapeutique et, d'une autre part, celui du sulfate de quinine, dans une série de trois cas presque simultanés.

« Dans le premier, dit-il, il s'agit d'un Italien pris de tétanos en l'absence de tout traumatisme, a qui le chloral fut administré à hautes doses sans succès. Le malade succomba au cinquième jour avec trismus et opisthotonos.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un ouvrier français, qui, en état d'ivresse, fit une chute et eut, entre autres lésions, une fracture des os du nez.

Cet ouvrier, pansé sommairement chez un pharmacien et ne se souciant pas de ses blessures, reprit son travail le surlendemain de l'accident. Il fut pris de trismus et d'opisthotonos, deux jours après, et me fit appeler. J'administrai le chloral à haute dose par la bouche et en lavement sans succès aucun; le blessé succomba.

Le troisième cas, que j'observai peu après, est celui d'un journalier qui, travaillant dans une huilerie, eut la face dorsale de la main gauche enlevée depuis le poignet jusqu'aux premières phalanges. Les os ne furent pas fracturés. Ce blessé, soumis d'abord à l'irrigation continue et pansé ensuite au diachylum et ouate phéniquée, allait de mieux en mieux, lorsqu'un jour, pour se rendre à mon cabinet, il reçut sur le dos une forte pluie. Il éprouva une sensation de froid assez vive. Le lendemain, trismus très marqué.

Découragé par mes deux insuccès, je renonçai au chloral, et me souvenant d'une leçon de mon regretté maître M. le professeur Coste, j'administrai le sulfate de quinine à hautes doses, progressivement décroissantes.

Le deuxième jour de l'administration de ce médicament, le trismus augmenta, et le malade fut pris d'opisthotonos; je n'en persistai pas moins dans l'emploi de la quinine, et je déclare que je n'eus pas à m'en repentir, car le malade guérit parfaitement, avec des menaces de récidive, lorsque je suspendais trop longtemps l'usage du médicament.

J'ai cru utile, ajoute M. le docteur Giraud, de ne pas laisser tomber dans l'oubli un mode de traitement au sujet duquel M. le professeur Coste avait fait une ou deux communications à la Société de chirurgie, et que le premier, ou un des premiers, il avait introduit en thérapeutique.

L'action puissante du sulfate de quinine sur le système nerveux, la diaphorèse abondante qui suit généralement son administration, mettent les tétaniques dans de bonnes conditions de curabilité; et, sans vouloir nier que le chloral ne soit un excellent remède dans le tétanos, il est bon de se rappeler que le sulfate de quinine peut rendre service.

Il est toujours utile d'avoir plusieurs cordes à son arc. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 février 1885. — Présidence de M. Duplay.

COMMUNICATIONS

Taille sus-pubienne. — M. ZANCARELLI (d'Alexandrie) adresse une note sur les avantages de la taille sus-pubienne avec suture de la vessie. C'est, dit-il, une question jugée, grâce aux pansements antiseptiques. M. Zancarelli fait suivre cette note de deux observations personnelles de taille sus-pubienne avec suture de la vessie. Il insiste sur les avantages du ballon de Petersen qui facilite singulièrement l'opération.

Chancre palpébral. — M. LE DENTU fait un rapport sur un travail de M. Baudry (de Lille) ayant pour titre : *Contribution à l'étude du chancre palpébral*. Après un historique de la question et une bibliographie des plus complètes, l'auteur rapporte deux observations : La première a trait à une petite fille de vingt-cinq mois qui était atteinte de blépharo-conjonctivite et qui bientôt présenta à la paupière une ulcération de 7 à 8 millimètres, dont les caractères syphilitiques étaient des plus évidents. Il y avait un ganglion préauriculaire et une pléiade de ganglions de voisinage. Le traitement consista en applications de calomel et dans l'emploi de la liqueur de Van Swiéten. Deux mois après, l'enfant avait une roséole qui ne laissait plus aucun doute sur la nature de l'affection dont il était atteint. Le second fait se rapporte à une petite fille de quatre ans qui, de même que la précédente, eut une blépharo-conjonctivite et, consécutivement, un chancre palpébral dont les caractères étaient très nets. On fit des applications d'iodoforme. Le mode de contamination paraît être le même dans les deux cas : ces enfants étant atteints de blépharo-conjonctivite et, le matin, les yeux contenant du pus, pour les en débarrasser, la personne qui les soignait mouillait son doigt de salive et le portait directement sur la partie malade. Cette malade étant syphilitique, il en est résulté une véritable inoculation.

Ostéomyélite, ostéosarcome. — M. TERRILLON fait un rapport sur une observation adressée par M. Humbert. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans qui, vers le mois de mars 1883, fut pris de lassitude générale, de douleur dans l'aine droite; la marche devint lente et pénible; il eut des frissons, de la fièvre et du délire; cet état dura bien trois semaines. Puis apparurent à la partie inférieure et interne de la cuisse une augmentation de volume et des douleurs. Cette tuméfaction s'accroît; elle devient ovoïde et fait corps avec l'os malade. La consistance est ferme, égale, sauf en un point ramolli où il y a de la fluctuation et qui est d'ailleurs très limité. On constate également l'existence d'une fracture spon-

tanée du fémur au-dessus des condyles. Les ganglions iliaques sont engorgés. L'état général est mauvais. Le diagnostic porté par M. Humbert et, un peu plus tard, par tout un jury de concours est le suivant : ostéosarcome du fémur avec fracture spontanée.

En raison de l'état grave du sujet, M. Humbert croit devoir s'abstenir de toute intervention. Le point fluctuant s'ouvre et donne issue à un écoulement séreux. Cependant l'état général s'améliore, la fracture se consolide et la tumeur diminue considérablement de volume. Lorsque M. Humbert vit le malade pour la dernière fois, il y a un mois environ, l'état général était bon, la marche était libre; il y avait seulement un raccourcissement de 4 centimètres de la jambe malade. En présence de cette évolution, il y a lieu de se demander s'il ne s'agit pas plutôt d'une ostéomyélite à marche spéciale. En effet, un ostéosarcome peut-il s'ossifier au point de pouvoir consolider une fracture à son niveau?

M. Terrillon rapproche de ce fait le cas suivant qu'il a observé à l'Hôtel-Dieu alors qu'il était l'interne de M. Alphonse Guérin. Il s'agit d'une femme qui eut un grand nombre de fractures des différents os, fractures qui se consolidaient momentanément. Tous les os de cette femme étaient ramollis et elle succomba à l'ostéomalacie.

M. VERNEUIL demande à M. le rapporteur que l'on sache ce qu'est devenu ce jeune homme dont l'observation offre un grand intérêt. Il ajoute qu'il ne faut pas confondre la consolidation des os fragiles avec la consolidation d'un ostéosarcome. Enfin, pour expliquer la marche singulière de l'affection dont il s'agit, il est une autre hypothèse : c'est celle d'un os atteint d'hydatides. L'écoulement du liquide séreux dont a parlé M. Terrillon plaide en faveur de cette hypothèse.

M. DESPRÉS a observé deux fois la consolidation de fractures spontanées du fémur pendant l'évolution d'un ostéosarcome. Il cite l'exemple d'un malade qui avait été placé par M. Péan dans une gouttière de Bonnet pour une fracture du col du fémur. Un an après on constatait une tuméfaction à la partie supérieure du fémur et dans le petit bassin. Il s'agissait d'un ostéosarcome auquel le malade n'a pas tardé à succomber. M. Després cite encore l'exemple d'une femme qui, sans aucune cause appréciable, tombe de sa hauteur et se fait une fracture du fémur sans ecchymoses. La consolidation est obtenue dans l'espace de vingt jours. Un mois après la fracture se reproduit; cette femme avait un cancer du fémur, qui continua sa marche, et elle mourut trois mois après dans la cachexie cancéreuse.

M. LE DENTU a observé à Saint-Antoine une jeune fille de dix-sept ans qui, la veille de son entrée à l'hôpital, était tombée après avoir entendu un craquement dans sa jambe. Elle avait une fracture et une tuméfaction très nette occupant toute la partie supérieure du fémur. M. Le Dentu avait diagnostiqué un ostéosarcome et il se disposait à faire à cette malade la désarticulation de la hanche, quand, après un espace de temps assez court, la consolidation complète était obtenue et la tuméfaction avait déjà beaucoup diminué.

M. TRÉLAT se joint à M. Verneuil pour émettre le vœu que l'observation de M. Humbert soit poursuivie et que les résultats définitifs soient soumis de nouveau à la Société. A côté des fractures de l'ostéomyélite, des fractures de l'ostéosarcome, des fractures par hydatides, il faut citer aussi les fractures de la période prodromique de l'ataxie locomotrice, dont M. Trélat cite plusieurs exemples.

M. GILLETTE a observé un fait analogue à celui de M. Després. Il s'agissait d'un homme âgé chez lequel M. Gillette diagnostiqua un ostéosarcome et une fracture spontanée. La consolidation fut obtenue en six semaines. Puis la fracture se reproduisit pendant qu'on appliquait un appareil silicaté. Le cancer se généralisa et le malade mourut. A l'autopsie, le diagnostic d'ostéosarcome porté par M. Gillette pendant la vie put être vérifié.

M. Gillette rappelle avoir publié, en 1874, plusieurs observations de fractures chez les ataxiques.

M. TERRIER a observé un cas de fracture spontanée chez un jeune homme de vingt-deux ans, exactement semblable à celui dont a parlé M. Després. C'était un cas d'ostéite juxta-épiphysaire avec fracture spontanée.

M. DUPLAY cite plusieurs faits à l'appui de l'opinion émise par M. Verneuil sur les kystes hydatiques comme cause de fractures spontanées.

Imperforation de l'hymen. — **M. SEGOND** lit une observation de rétention des règles dans la cavité vaginale par imperforation de l'hymen. (Comm. : MM. Saint-Germain, Berger.)

Corne épithéliale. — **M. POLAILLON**, en son nom et au nom de M. Albert Robin, présente une corne développée sur la peau du dos d'une malade morte d'un cancer généralisé.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XXXV

Du 30 juin au 8 juillet, je séjournai à Saragosse, et j'eus le loisir de prendre mes dispositions pour la campagne qui allait s'ouvrir avec le siège de Tortose. Comme objectif, je cherchai vainement dans les librairies de Saragosse la *Flore d'Aragon*, par Asso. J'avais appris que ce botaniste s'était montré, pendant le siège, patriote très ardent. Chargé par Palafox de rédiger un journal antifrançais, il haranguait la jeunesse pour l'exciter à la résistance. Peu de jours avant la reddition de la place, il était parvenu à s'évader; il s'était réfugié, dit-on, dans les îles Baléares.

9 juillet. — Nous partons, Roch, Vedère et moi, et plusieurs pharmaciens, avec l'ordre de nous rendre à Mora de Ebro (basse Catalogne), où doit résider notre quartier général pour les préparatifs du siège de Tortose.

Notre petite caravane, faiblement escortée, prit des chemins de traverse, dans un pays alors peu connu géographiquement : on laisse à gauche la célèbre chartreuse de Saragosse, où les maréchaux se logèrent pendant le siège. Nous passons la nuit à Fuentes. La plaine que nous avons parcourue est presque totalement inculte. J'y cueillis : *Artemisia aragonensis*, *Salsola vermiculata*, *Aizoon hispanicum*, et, pour la première fois, la belle *Gypsophila struthium*, remarquable par ses grandes touffes de fleurs blanches.

Le lendemain, on alla coucher à San Per, à travers un pays horriblement sauvage et désert. La halte se fit à Zeyla, misérable village situé sur un plateau : sur la petite place de ce bourg, nos regards furent attristés par le spectacle d'une potence où était pendu le cadavre d'un Espagnol, en face de la maison du commandement, devenue forteresse. Au village de la Puebla, nous admirons une riche culture en oliviers, mûriers, maïs, orge, vignes; je vis là des figues fleurs, des *bubas*, qui ont la couleur et la forme des mélongènes violettes. Pour dix sols, nous en achetâmes huit douzaines, qui étaient excellentes. A San Per, nous passâmes la nuit dans une espèce de château fort, appartenant à un commandeur de l'ordre de Saint-Jean de Jérusalem. C'est un pays infesté de brigands.

11 juillet. — En partant, avant le jour, de ce village, on fit fausse route, puis un de nos chariots eut une avarie. Je profitai du retard pour explorer en botaniste les environs qui étaient fort riches en plantes rares, parmi lesquelles je découvris une espèce nouvelle, *Campanula fastigiata*, qui conserve encore ce nom dans l'ouvrage de De Candolle. Nous rentrâmes dans la bonne voie, à travers une contrée montueuse de l'aspect le plus sinistre : c'est un immense chaos de blocs calcaires erratiques, les uns amoncelés, les autres disséminés comme si une explosion souterraine les avait soulevés et lancés dans l'espace. Cette terre bouleversée prend encore une teinte plus rembrunie par la présence de nom-

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 février 1884.

breux arbustes au sombre feuillage : genièvre, lentisque, romarin, alaterne, et un pin de petite stature qui, de loin, au sommet des crêtes, en impose pour des guérillas. De San Per à Caspè, huit heures de marche, sans rencontrer une seule habitation. On fit une halte sur le bord d'un étang salé, où je comptai trois espèces de soudes (*Salsola*). Mon ami Bory de Saint-Vincent, qui a cité ce fait dans son *Itinéraire d'Espagne*, en a exagéré et même dénaturé l'expression. Une belle plaine d'oliviers précède la petite ville de Caspè; nous y fîmes séjour; mon confrère Roch y demeura pour organiser un service médical dans cette localité, qui devint pour les opérations militaires un entrepôt important.

13 juillet. — Nous partons avec deux bataillons. Une écorchure au pied m'empêchant de chausser mes bottes, je suis obligé de subir sur le devant du fourgon les feux du soleil et la poussière asphyxiante de la route. On traverse des monticules déserts, stériles, où croissent romarin, genièvre, lentisque, sabine, phyllirea, cistes et pins. On déjeune à Favara, le dernier village de l'Aragon. Près de ce village, on aperçoit un couvent de trappistes, le seul peut-être qui existe en Europe et qui avait été fondé par des moines d'une trappe de la Normandie, au temps de la tourmente révolutionnaire; un décret récent du roi Joseph oblige les moines à quitter leur couvent. Les montagnes diffèrent déjà de celles de l'Aragon; partout où la terre végétale s'est offerte avec quelque apparence de fertilité, l'actif et industrieux Catalan y a porté le soc avec la bêche. On y voit, comme en Provence, des champs suspendus sur les pentes escarpées et maintenues au moyen de murailles de pierre sèche, qui s'opposent à l'éboulement des terres. Aux arbrisseaux des jours précédents s'ajoutent : *Daphne cnidium, Cistus albidus, Erica vagans, Cistus lavandulaefolius, Anthyllis cytisoïdes, Phyllirea, Nerium oleander.*

Le 14 juillet, à trois heures, nous arrivons à Mora de Ebro : j'y trouvai le quartier général et Rampont; je fus logé chez de pauvres gens, dont je fus l'hôte pendant cinq mois. Je me liai plus étroitement avec Bugeaud et d'Esclaibes. Ces deux officiers, l'un d'infanterie, l'autre d'artillerie, aimaient passionnément la chasse; je les accompagnais souvent pour chercher plantes et insectes sur ces montagnes, que, sans eux et leur escorte, je n'aurais pas pu parcourir. Quoique armé d'un fusil pour ma propre sécurité, je dois dire que je ne m'en servais pas pour tirer sur le gibier; il arrivait parfois que mes amis me criaient : « A vous, Dufour ! » lorsqu'un lièvre se dirigeait de mon côté; mais je faisais la sourde oreille ou je répondais : « Espèce connue, » en soulevant des pierres ou m'inclinant pour cueillir des plantes; ils avaient toujours la prévoyance, lorsque je demeurais trop longtemps éloigné d'eux, d'envoyer un soldat pour me rallier : c'est ainsi que ces braves guerriers protégeaient efficacement le disciple d'Esculape et de Flore.

Quelques notes sur Mora de Ebro.

Petite ville fort laide, agréablement située sur la rive droite de l'Èbre; les rues sont excessivement étroites, très nombreuses, la plupart en pentes rapides, irrégulièrement pavées, maisons mal bâties; l'église paroissiale est des plus modestes. Pour bien apprécier la topographie du pays, il faut monter sur un plateau qui domine du côté N.-O. Au delà de l'Èbre s'étend une vaste plaine peuplée de figuiers, d'oliviers et d'amandiers; la ville est entourée de jardins, dont les légumes et les fruits ont été dévastés depuis notre arrivée; des canaux multipliés distribuent l'eau dans ces jardins; la plaine est terminée par des coteaux couverts de vignobles : au-dessus de la ligne des coteaux, on aperçoit des montagnes riches en minerais. Du côté opposé de la plaine, le pays est monticuleux, et peuplé de vignes et de magnifiques oliviers : la *huerta* de Mora était richement cultivée; elle s'étend jusqu'à Beni-Sanet, distant de trois quarts de lieue. Il y avait de nombreuses norias, que la guerre a détruites; ces jardins produisent des fruits et des légumes de toutes sortes, figues, amandes, grenades, coings, nèfles, aubergines, piments, carottes, épinards, choux, navets, salade, etc. La plage, qui est sur la rive gauche du fleuve, est entièrement sablonneuse; elle est néanmoins d'une admirable fertilité à cause des bonnes méthodes d'arrosement. J'ai vu de superbes vignes dans des terrains absolument caillouteux où l'herbe même ne croissait pas.

Les Catalans sont de grands et beaux hommes, très bien constitués; les femmes ont en général le nez gros et obtus; les hommes portent le bonnet de laine rouge pendant sur un côté, les culottes larges, flottantes au-dessus du genou, la guêtre de cuir collante depuis les chevilles jusqu'au-dessus du mollet; les *alpargetas* sont découvertes aux deux tiers et fixées au moyen de liens qui se croisent sur le pied et au bas de la jambe; les Catalanes de Mora et des environs portent la *capule* couverte de nos Béarnaises, ordinairement noire.

5 décembre. — Nous partons pour Xerta, où le quartier général se transporte pour être plus près de Tortose, dont le siège se poursuit activement. On fait la halte au vieux et sombre village del Pinel, qui est bâti sur un roc et enveloppé pour ainsi dire de montagnes fort élevées, les unes pelées, les autres couvertes d'arbustes et de pins. Mon collègue Védère et moi, assis, non pas sur l'herbe, mais sur un fumier sec, nous fîmes un déjeuner sentimental, composé de pain et de fromage, et arrosé du vin que nous tétions dans une peau de bouc : un excellent appétit et des idées qui contrastaient avec le triste horizon d'alentour, nous firent trouver ce repas délicieux; on fit une deuxième halte au col redouté de *las Armas*, où deux cents hommes sont laissés pour protéger les communications de l'armée.

10 décembre. — Je vais, avec le commandant de la place de Xerta, baron d'Andilla, qui a un œil de verre, faire une visite au général Harispe, commandant le camp devant Tortose : on traverse un pays rempli de caroubiers, d'oliviers, fort bien cultivé, parsemé de maisons de campagne. Arrivés au petit village de Jésus, qui paraît être un faubourg de Tortose, nous venions de mettre pied à terre pour entrer dans la maison du général, lorsqu'une bombe tomba au milieu de nos chevaux et éclata sans causer d'accident : une demi-heure après, nous reprenions la route de Xerta.

14 décembre. — Arrivée du quartier général.

15 décembre. — L'investissement de la place est complet.

29 décembre. — Ayant appris que nos batteries de brèche devaient inaugurer leur terrible concert, je ne résistai pas à l'envie d'être témoin oculaire et auriculaire de cet important spectacle. Je m'engageai résolument dans les parallèles, dans les boyaux, dans les chemins couverts, pour me rendre à la batterie principale, commandée par mon ami, le capitaine d'Esclaibes. J'allais entrer dans l'enceinte de celle-ci, lorsqu'un boulet ennemi vint écrêter l'épaulement derrière lequel je me croyais abrité et je fus couvert de terre; malgré l'incident, j'exécutai mon aventureuse visite aux bronzes homicides, et, après une courte leçon de bombardement *in actu*, je regagnai silencieusement les sinueuses galeries souterraines, livré aux plus tristes pensers sur le fléau de la guerre et sur la méchanceté des hommes.

30 décembre. — On essaie, pendant la nuit, de détruire le pont de bateaux au moyen d'un brûlot; mais une chaîne non prévue empêcha l'approche de la machine incendiaire; on tenta en même temps l'assaut de la *tête de pont*, nous y perdons inutilement une vingtaine d'hommes. Un adjudant-major a eu aujourd'hui la tête emportée, au même endroit où je fus couvert de terre par un boulet. Le bombardement continue.

31 décembre. — Glace, vent violent. Je vais, avec mon collègue le docteur Palhasse, tout près des batteries qui couronnent le fort Orléans. On s'est avancé sous le fort ennemi; la pluie de projectiles n'est pas un instant interrompue; nous voyons des laboureurs travaillant aux champs.

1811

1er janvier. — On annonce que le pavillon blanc flotte sur les forts de Tortose; la canonnade s'est tue, on parlemente. Nous allons, en nombreuse cavalcade, souhaiter la bonne année au général en chef et savoir ce qui se passe. Un calme profond a succédé au bruit des détonations; la physionomie des soldats s'est aussi modifiée à l'apparition du *torchon blanc* qui ajourne leur perspec-

tive de pillage. Nous attendons vainement jusqu'à sept heures du soir le retour du général qui s'était rendu à l'autre rive pour entendre et apprécier les propositions des parlementaires et nous rentrons à Xerta sans renseignements précis.

2 janvier. — Dès le matin, les coups répétés du canon nous annoncent que l'accord n'a pu se faire. D'après les informations que je tiens d'un témoin oculaire, mon ami d'Esclaibes, la suspension du feu pour parlementer n'avait pas empêché les travaux de l'artillerie et du génie de se continuer avec la même activité : malgré les représentations adressées à nos officiers par l'ennemi qui était sur les murs de la ville, on ne cessa de travailler à la construction d'une batterie de brèche, à dix toises de l'escarpe.

Les assiégés voulaient quinze jours de suspension d'armes et comptaient se rendre ensuite si les renforts n'arrivaient point. Le général en chef, en renvoyant les parlementaires porteurs de cette ridicule proposition, leur signifia que dorénavant il n'entendrait parler capitulation qu'autant qu'on lui livrerait d'avance un des forts de la place ; la batterie nouvellement armée recommença le feu à onze heures et demie de la nuit. Le 2, à midi, le général en chef se dirigeait vers la batterie de brèche pour savoir si l'assaut pourrait se livrer à la chute du jour ; un nouveau parlementaire se présenta ; les assiégés consentent à la reddition d'un fort pour capituler. Les feux cessèrent. Le général adresse le parlementaire à un de ses officiers chargés d'arrêter les conditions de la capitulation et il se porte aussitôt vers l'une des portes à la tête de tout son état-major et suivi de deux compagnies d'élite ; il demande qu'on abaisse le pont-levis : l'assiégé manifeste de l'hésitation, refuse, menace de tirer à mitraille. Le général, sans perdre son sang-froid, réitère impérativement sa demande et le pont-levis s'abaisse, la porte s'ouvre. Le général franchit celle-ci et s'achemine vers le château, y pénètre et adresse au gouverneur une vive réprimande. En même temps nos troupes prirent possession de la ville pendant que le parlementaire était encore dans le camp français pour traiter des conditions de la capitulation... *Judicant peritiores...*

3 janvier. — Je passe une partie de la journée à parcourir la cité sous les murs de laquelle Scipion l'Africain battit Magon, frère d'Annibal, en 215 avant J.-C. Tortose est une jolie ville, sur la rive gauche de l'Èbre dont le cours offre une très grande largeur. Ses cinq forteresses n'ont pas pu résister plus de quinze jours à l'attaque de notre armée. Outre ces forts, il y a une tête de pont que nos officiers du génie regardent comme un ouvrage très bien construit.

Nos projectiles ont considérablement endommagé la ville, quoique le feu des batteries n'ait duré que trois jours. Les murs des maisons sont en général fort minces. Quel triste spectacle j'ai pu contempler aujourd'hui ! Les approches de la ville, parsemées de cadavres et de leurs dépouilles, les rues dépavées, les ouvertures des maisons protégées par des blindages, plusieurs édifices en proie aux flammes, des passages obstrués par des décombres, le sol couvert de fusils fracassés, de gibernes et de bonnets traînés dans la boue, des rixes, des cris dans les maisons, des femmes, des vieillards, dépouillés publiquement de leurs mouchoirs, de leurs manteaux ; ici nos soldats, chargés de butin, se livrant à une joie féroce ; là les malheureux vaincus pâles, tremblants, baignés de larmes ; enfin partout des scènes qui inspirent l'horreur et la pitié... Détournons nos regards de ce lugubre tableau ; portons-les au dehors de la cité désolée et reposons notre vue sur la beauté de la campagne relevée par la sérénité du ciel. Les montagnes sont peuplées d'arbrisseaux à feuillage persistant : myrte, romarin, laurier-rose, palmier nain, ciste, lentisque ; les plaines sont couvertes d'oliviers, d'orangers, et, de loin en loin, quelques dattiers qui semblent commander à tous les végétaux de la contrée. Les tons différents du feuillage vert qui est foncé dans le caroubier, grisâtre dans l'olivier et jaunâtre dans l'oranger, offrent le coup d'œil le plus riant malgré la saison de janvier ; la perspective serait encore plus agréable si les arbres au vert feuillage portaient encore leurs pommes d'or ; mais nos guerriers dévastateurs n'épargnent rien ; ils abattent ces fruits pour le plaisir de la destruction, les chemins en sont jonchés. La huerta de Tortose était un lieu d'enchantement, mais le vandalisme de nos soldats a tout ravagé : les blanches maisons de campagne, les arbres fruitiers, les machines à irrigation, etc.

10 janvier. — Le général Habert, à la tête de deux bataillons avec obusiers, s'est emparé du fort de Balaguer au moment où le général en chef demandait trente pièces de canon pour en faire le siège. Mon ami le jeune capitaine Desaix, aide de camp du général Suchet, fut chargé d'apporter à l'empereur la nouvelle de la prise de Balaguer. A son retour, il me raconta l'anecdote suivante :

Lorsqu'il fut admis dans l'appartement de l'empereur, au palais des Tuileries, celui-ci faisait sa toilette. Napoléon lui dit : « Êtes-vous parent du brave général Desaix ? » — « Sire, je suis son neveu. » L'empereur, apercevant sur la poitrine du jeune capitaine la croix de la Légion d'honneur, le questionna sur ses services ; puis, s'inclinant vers le grand maréchal Duroc, il lui dit : « C'est un jeune homme et un vieux soldat ; je le fais baron de l'empire avec une dotation de 6 000 francs. » Le capitaine Desaix ne fut plus connu dans notre armée que sous le nom du baron ; il n'avait que vingt-huit ans. Aujourd'hui (1859) je ne vois pas son nom sur le cadre des officiers généraux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 11 février 1885, un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours, le 10 août 1885, pour l'épreuve écrite.

Les épreuves orales auront lieu : à Paris, le 7 septembre ; à Nancy, le 14 septembre ; à Lyon, le 17 septembre ; à Montpellier, le 17 septembre ; à Bordeaux, le 24 septembre...

— Par décision ministérielle, en date du 14 février 1885, MM. de Santi, médecin-major de deuxième classe, et Dauphin, pharmacien-major de deuxième classe, ont été désignés pour le corps expéditionnaire du Tonkin.

— Un concours public pour la nomination à trois places de médecin du bureau central sera ouvert le lundi 30 mars 1885, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposer leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 23 février 1885, et sera clos définitivement le mercredi 11 mars 1885, à trois heures.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un congé, sans indemnité, est accordé, du 1er février au 1er octobre 1885, à M. Assaki, aide d'anatomie.

— M. le docteur Cousyn est nommé membre du comité d'inspection et d'achat de livres de la bibliothèque de Lorient.

— Le Congrès de MM. les délégués des Sociétés savantes commencera, à la Sorbonne, le mardi 7 avril 1885, à midi et demi. Les journées de mardi 7, mercredi 8, jeudi 9 et vendredi 10 avril seront consacrées aux travaux du Congrès. La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi 11 avril, à deux heures précises.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Mary (de Cette) et Roulin (de la Roche-sur-Yon).

— Le « Morgagni » nous apprend que le directeur de l'office statistique de Berne a calculé que, si l'augmentation de la population continuait dans les proportions actuelles, en l'an 2000 l'Al-

lemagne comptera 164 millions d'habitants ; l'Angleterre, 142 ; l'Autriche-Hongrie, 70 ; la France ,64, et l'Italie, 56 millions d'habitants.

— *Erratum.* — A l'impression de notre dernier compte rendu de l'Académie de médecine, une erreur de chiffres s'est glissée. Ce n'est pas sur *trois* observations, mais sur *trente-huit*, qu'est basé l'excellent travail de M. Desnos sur l'action de la paraldéhyde.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17448.

N° 23. — MARDI 24 FÉVRIER 1885. 58e ANNÉE. MARDI 24 FÉVRIER 1885. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en medecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr

Prix du Numero : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

I. Abcès tuberculeux de la région lombaire. — II. Déformation du pied par prédominance d'action des fléchisseurs du pied sur la jambe.

I. Il y a cinq semaines environ qu'il est entré dans le service un homme de quarante-deux ans, exerçant le métier de jardinier. Il occupait le lit n° 15 de la salle Sainte-Vierge. Il avait été amené à l'hôpital pour un abcès de la région lombaire, abcès de nature tuberculeuse.

Au point de vue de ses antécédents personnels, nous ne trouvons rien à noter; rien non plus du côté de ses ascendants; nulle hérédité morbide. Son père est mort à l'âge de soixante ans d'une bronchite chronique. Quant à sa mère, elle est actuellement âgée de quatre-vingt-un ans et jouit encore d'une très bonne santé.

En 1882, — il y a deux ans et demi environ, — cet homme fut atteint, nous dit-il, d'une névralgie intercostale, compliquée de douleurs sciatiques du côté droit. Jusqu'à ce moment-là, il n'avait rien ressenti. A cette époque, le médecin qui lui donna ses soins le traita par des pointes de feu et par des piqûres de morphine.

Mais au mois de juillet de la même année, il se forma dans la région lombaire, du côté droit, un abcès, lequel fut ponctionné et maintenu ouvert avec un drain. Cet abcès dura également six semaines environ et ne se ferma guère qu'au mois de septembre.

L'année suivante, au mois de janvier, un nouvel abcès se développa dans la même région ; il fut ouvert avec le bistouri et dura six semaines environ, c'est-à-dire jusqu'au milieu de février.

Enfin, au mois de juin dernier, un troisième foyer purulent se forma; il s'ouvrit spontanément, sans aucune intervention chirurgicale, et depuis lors il resta fistuleux. C'est dans ces conditions que cet homme est entré à l'hôpital.

En l'examinant, nous avons reconnu qu'il s'agissait bien d'une fistule profonde située dans la région lombaire, fistule aboutissant dans un ancien foyer de suppuration et laissant écouler continuellement de la matière purulente. Le foyer était anfractueux, mais sans qu'il y eût dénudation osseuse, et partait de la face interne de la fosse iliaque droite.

Ce que voyant, nous nous sommes décidé à l'opérer ces jours derniers. Après l'avoir chloroformé, nous avons pratiqué sur la région fistuleuse une incision large de 5 à 6 centimètres; puis arrivé dans l'intérieur même du foyer, nous avons opéré un grattage complet des parties profondes, ramenant avec notre curette de nombreuses fongosités, des détritus tuberculeux de tous les âges. L'opération a été suivie d'un lavage avec l'acide phénique à 5 p. 100, du placement d'un drain dans la plaie et du pansement de Lister.

Quant à la nature du foyer, l'examen histologique a parfaitement prouvé qu'il s'agissait d'abcès tuberculeux. En effet, les petits fragments fongueux ont été étudiés par M. Latteux avec les procédés habituels (alcool, gomme picriquée, alcool absolu, coloration par le picrocarminate).

Mon chef de laboratoire a reconnu : 1° l'existence d'un tissu conjonctif, lâche, infiltré d'innombrables cellules embryonnaires ; 2° des amas de cellules plus pressées que les précédentes, au milieu desquels apparaissaient d'énormes cellules géantes, reconnaissables à leur couronne interne de petits noyaux rougeâtres et à leur teinte générale cuivrée. Il existait, de plus, quelques vaisseaux remplis de sang.

Enfin les bords de la peau entourant l'orifice de la fistule étaient le siège d'une hypertrophie de la couche de Malpighi et de l'épaississement du derme de la région.

II. Je veux appeler maintenant votre attention sur une jeune fillette de quinze ans à quinze ans et demi que l'on nous a amenée hier ici très souffreteuse. Après avoir été blanchisseuse pendant quelque temps, elle s'était placée dans ces derniers mois comme bonne à tout faire.

Elle est entrée pour des douleurs assez vives dans l'extrémité inférieure de la jambe et du pied gauches. Cette malade étant couchée, les jambes étendues, si l'on relève les couvertures de son lit, on est frappé immédiatement par l'aspect tout différent des deux pieds. En effet, tandis que le pied droit est absolument ce que l'on appelle un pied plat, par contre le pied gauche, c'est-à-dire le pied siège depuis quelque temps d'assez vives douleurs, vous apparaît dans la position de rotation externe et un peu en abduction. Le bord interne de ce pied est rendu proéminent d'abord par une saillie scaphoïdienne très marquée, puis par une saillie astragalienne qui se dessine un peu en arrière et qui précède le relief malléolaire.

D'autre part, la face dorsale du pied est comme soulevée, exagérée dans sa forme convexe, par la saillie des tendons des extenseurs des doigts et notamment du péronier antérieur. Enfin tous les orteils affectent ce que l'on appelle la forme en griffe.

Si, le pied restant dans cette position, on vient à presser doucement sur les orteils, ceux-ci se laissent peu à peu redresser de façon à reprendre leur forme normale. Si, de plus, on exerce aussi sur tout le pied des manœuvres douces, le pied tout entier reprend à son tour son attitude normale, ordinaire.

Je ne dois pas oublier non plus de mentionner que la voussure du pied gauche est exagérée du fait des abducteurs du bord externe du pied qui sont dans une demi-contracture, ou mieux qui sont en contraction exagérée.

En un mot, nous retrouvons chez notre jeune malade cette attitude toute particulière que j'ai déjà décrite maintes fois, avec prédominance d'action des muscles fléchisseurs du pied sur la jambe, c'est-à-dire cet état de contraction exagérée que l'on retrouve dans le premier degré du pied bot valgus.

Mais déjà depuis hier, par le repos au lit et grâce à la facilité avec laquelle une douce pression, des manœuvres légères parviennent à rendre au pied son attitude normale, il est assez probable que dans quelques jours toute douleur aura disparu et que le pied gauche redeviendra en tout semblable à son congénère de droite.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance annuelle du 23 février 1885. — Présidence de M. ROLLAND.

M. LE PRÉSIDENT prononce le discours d'usage dans lequel il résume les événements qui ont marqué, dans l'Académie, au cours de l'année dernière.

M. BERTRAND, secrétaire perpétuel, proclame les prix décernés pour 1884, dont nous donnons ci-dessous les rapports intéressant la médecine.

M. J. JAMIN, secrétaire perpétuel, prononce l'éloge historique de Dominique-François-Jean Arago.

PRIX DÉCERNÉS. — RAPPORTS

I

Médecine et chirurgie (prix Montyon) (1). — I. Les descriptions classiques du système musculaire de la vie animale de l'homme, fondées sur l'étude, faite en vue des nécessités pratiques, de séries innombrables de sujets, ne présentent cependant, quelque fixes qu'elles puissent paraître, qu'une sorte de *schéma* répondant à la disposition moyenne. Personne n'ignore qu'autour du *type* rayonnent des variations individuelles, presque innombrables.

Si ces variations anatomiques ont été longtemps négligées par les anatomistes qui se sont préoccupés surtout des applications médicales ou chirurgicales, c'est que, évidemment, à ce point de vue, « quelques faisceaux musculaires en plus ou en moins sont », comme l'a dit un chirurgien de renom, « des anomalies de peu d'importance ». Mais il n'en saurait plus être ainsi lorsque ces mêmes anomalies sont considérées dans un but purement scientifique, à la lumière de l'anatomie comparée, par exemple.

Leur étude peut alors, on le conçoit, acquérir un très grand intérêt pour l'édification théorique ; et c'est justement cela que M. le docteur Testut s'est proposé d'établir dans son *Traité des anomalies musculaires chez l'homme, expliquées par l'anatomie comparée.* Ce traité constitue un volume de plus de 800 pages, qui représente un travail considérable et certainement très méritoire. Plus de 600 sujets humains ont été examinés, et l'on a fait marcher de pair de nombreuses dissections de mammifères, de sujets appartenant plus particulièrement à diverses espèces simiennes.

L'idée dominante qui a dirigé l'auteur dans ses recherches, et que celles-ci semblent d'ailleurs presque toujours confirmer, a été formulée par lui comme il suit : Les anomalies du système musculaire observées chez l'homme ne sont que la reproduction d'un type qui est normal dans la série zoologique.

Les quatre premières parties de l'ouvrage, comprenant environ 700 pages, sont consacrées à la description, faite suivant la méthode analytique, des anomalies que chacun de nos muscles pris individuellement peut présenter, et, à côté de l'anatomie du muscle chez l'homme, se trouve indiquée la disposition homologue existant normalement dans divers membres de la série animale.

Dans une cinquième partie, les anomalies musculaires sont considérées au point de vue de l'anatomie comparée. Là sont étudiées, en particulier, les variations que présente le système musculaire, suivant les races, et aussi avec une sorte de prédilection, les rapports qui existent entre le système musculaire de l'homme et celui des singes. Cette dernière étude surtout paraît avoir conduit l'auteur à des conclusions importantes.

En effet, après avoir établi pour chacune des régions du corps les différences anatomiques qui existent, en ce qui concerne le système musculaire, entre l'homme et les espèces simiennes, il se croit en mesure de démontrer que toutes les dispositions, considérées comme caractéristiques des espèces simiennes, se reproduisent chez l'homme à l'état d'anomalies.

L'anatomie normale viendrait donc, d'après cela, — tout au moins en ce qui concerne le système musculaire, — combler les distances qui séparent l'homme des singes.

Ce n'est pas ici le lieu de suivre l'auteur dans la discussion à laquelle il consacre la majeure partie de son dernier chapitre, et où il cherche à démontrer que les faits anatomiques qu'il a découverts ou mis en lumière dans ses études, doivent être considérés tous comme autant de preuves en faveur de la théorie de l'évolution. On ne pourrait méconnaître la valeur des documents, non plus que le talent d'écrivain qu'il met au service de la thèse qu'il soutient avec beaucoup de chaleur ; mais il est peu vraisemblable néanmoins que son argumentation et sa dialectique suffiront à entraîner immédiatement la conviction dans l'esprit de tous ses lecteurs.

Ce que chacun appréciera, par contre, sans conteste, dans l'œuvre de M. Testut, c'est le travail poursuivi pendant plusieurs années avec sincérité et conviction au milieu de difficultés de tout genre ; c'est aussi l'exactitude minutieuse des détails descriptifs, ce sont enfin, et par-dessus tout, les résultats obtenus, représentés qu'ils sont par un nombre considérable de faits bien observés, habilement décrits, nouvellement introduits dans la science pour la plupart, et qui devront désormais occuper une place honorable dans le domaine de l'anatomie comparée.

Telles sont les considérations qui ont conduit la majorité de votre Commission à décerner à M. Testut, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Nancy, un prix Montyon de *deux mille cinq cents francs.*

II. M. le docteur Cadet de Gassicourt a adressé à l'Académie, pour prendre part au concours, son *Traité clinique des maladies de l'enfance*, qui comprend trois volumes in-8° de 600 pages chacun, et dans lequel se trouvent exposées les leçons qu'il a faites sur divers points de la pathologie infantile, à l'hôpital Trousseau, dans le cours des dernières années.

Cet ouvrage, écrit dans une excellente langue, et où l'auteur fait preuve à la fois d'un grand sens médical et d'une connaissance approfondie de tous les moyens nouveaux d'investigation, tant anatomo-pathologique que clinique, traite non pas de toutes les maladies qui peuvent survenir dans l'enfance, mais de celles-là,

(1) Commissaires : MM. Gosselin, Vulpian, Paul Bert, Marey, Richet, Larrey, Bouley, Ch. Robin ; Charcot, rapporteur.

seulement, qui sont le plus fréquentes à cette époque de la vie, et qui y prennent un caractère particulier.

Le mérite du travail n'est pas exclusivement dans la critique sincère et impartiale des opinions régnantes sur les questions qui y sont traitées, critiques faites toujours à la lumière d'observations personnelles nombreuses et recueillies avec la plus scrupuleuse exactitude ; il est encore, pour une part, dans l'étude d'un certain nombre de faits pathologiques peu connus, et pour la première fois mis convenablement en valeur ; et, d'autre part, dans la révélation de faits du même ordre jusque-là complètement ignorés. C'est principalement sur ce dernier côté de l'œuvre de M. Cadet de Gassicourt, que votre rapporteur croit devoir appeler l'attention de l'Académie.

Dans la catégorie des affections pulmonaires, l'auteur s'attache à établir l'existence de la congestion pulmonaire aiguë simple, pour la première fois décrite par Woillez chez l'adulte, et que la plupart des médecins continuent à considérer comme une forme abortive de la pneumonie lobaire aiguë. Il montre bien, pensons-nous, qu'il n'est pas possible d'admettre qu'une inflammation puisse rester toujours dans un « perpétuel devenir ».

La connaissance de cette hyperémie aiguë, n'aboutissant jamais à l'inflammation, prend surtout une grande importance en clinique lorsque l'affection est double, ou encore lorsqu'elle se développe dans un des deux poumons, l'autre étant le siège d'une pneumonie lobaire véritable. Dans ces cas, en effet, on peut à coup sûr pronostiquer, du moins chez l'enfant, une terminaison heureuse, et tout le monde connaît, par contre, la gravité extrême, dans ces mêmes circonstances, des véritables pneumonies doubles.

Cette même série d'études contient la première description clinique qui ait été faite de la forme pseudo-lobaire suraiguë de la broncho-pneumonie.

Toujours, jusqu'ici, cette forme avait été confondue avec la pneumonie lobaire proprement dite, et cette confusion s'explique facilement d'ailleurs, lorsque l'on voit la pneumonie pseudo-lobaire revêtir la plupart des caractères cliniques de la péripneumonie : même début brusque, même élévation de la température, mêmes signes physiques, etc.

L'anatomie pathologique vient seule trop souvent montrer la différence. La découverte de cette forme nouvelle a pour la théorie une importance incontestable, mais sa portée pratique n'est pas moins grande. On sait, en effet, quelle est, chez l'enfant, dans la règle, l'innocuité de la pneumonie franche lobaire. Or il importe, au premier chef, de bien connaître ces cas trompeurs, dans lesquels une affection qui, cliniquement, ressemble sur presque tous les points à la pneumonie lobaire, peut être cependant suivie de mort.

Chez l'adulte et chez le vieillard, dans les cas de lésions organiques du cœur, les phénomènes d'asystolie se montrent souvent indépendants de toute lésion du péricarde. M. Cadet de Gassicourt montre qu'il n'en est pas de même chez l'enfant. L'asystolie n'apparait jamais chez lui que lorsque le péricarde est atteint. En d'autres termes, toutes les fois que les enfants succombent par le fait d'une affection cardiaque chronique acquise, on trouve à l'autopsie, non seulement une myocardite, mais encore une péricardite, le plus souvent avec des adhérences plus ou moins étendues. Une conséquence pratique découle de ce fait important : c'est que la vie n'est pas directement menacée chez l'enfant atteint d'une affection organique du cœur, tant que le péricarde n'est point touché, quelle que soit d'ailleurs la gravité de l'endocardite, tandis que l'existence bien constatée, en pareil cas, d'une péricardite sèche, doit faire redouter une terminaison fatale dans un bref délai.

A coup sûr, M. Cadet de Gassicourt n'est pas le premier auteur qui ait considéré les rechutes de la fièvre typhoïde comme représentant une forme de la maladie dont l'évolution se ferait en deux ou trois actes. Mais il a le mérite d'avoir montré clairement par quels liens cette forme de la dothiénentérie se rattache à la fièvre typhoïde prolongée. Les nombreux tracés thermométriques qu'il a recueillis et publiés prouvent surabondamment que des transitions insensibles rattachent la forme prolongée ordinaire aux formes récurrentes, et cette solution intéressante permet d'envisager l'histoire naturelle de la dothiénentérie sous un jour nouveau.

Une des études les plus originales que l'on rencontre dans cet ouvrage est incontestablement celle qui concerne la diphthérie à forme prolongée.

La science ne possédait sur ce sujet que des observations éparses, sans cohésion ; personne n'avait songé à les réunir en un faisceau.

Aux observations anciennes, M. le docteur Cadet de Gassicourt a ajouté ses observations personnelles et, s'appuyant sur des documents suffisamment nombreux, il a, le premier, donné une description régulière de cette forme pathologique. Grâce à lui, la diphthérie prolongée vient prendre rang, en nosologie, à côté des formes anciennement décrites. L'auteur s'attache particulièrement dans sa description, à établir qu'il s'agit bien là d'une variété de l'infection diphthéritique, et nullement, comme l'ont prétendu quelques médecins à l'étranger, d'une affection pseudo-membraneuse purement inflammatoire et différant, à tous égards, de la diphthérie vraie ; puis il étudie successivement la diphthérie prolongée sans croup, et le croup prolongé. Les cas du dernier genre sont de beaucoup les plus intéressants dans la pratique ; ils deviennent, en effet, la source d'indications particulières au point de vue de l'opération de la trachéotomie, en raison des difficultés spéciales que la production incessante des fausses membranes oppose à l'ablation définitive de la canule lorsque l'opération a été pratiquée.

Il est inutile, sans doute, de prolonger cet exposé ; votre rapporteur croit en avoir dit assez pour mettre en relief les qualités d'observateur sagace et de chercheur, dont M. Cadet de Gassicourt a fait preuve dans son livre et qui lui ont permis d'enrichir d'un certain nombre de faits, à la fois nouveaux et d'une réelle importance pratique, le domaine de la pathologie de l'enfance.

Ce sont là des titres que votre Commission a appréciés comme ils le méritent, et, en conséquence, elle a accordé à M. Cadet de Gassicourt un des prix Montyon de *deux mille cinq cents francs.*

III. On sait, depuis une vingtaine d'années surtout, que diverses altérations de la peau se produisent en conséquence de lésions primitivement développées soit dans certaines parties du système nerveux central, soit dans les nerfs périphériques. Parmi les exemples de ce genre, on pourrait citer, au premier rang, le zona, les escarres, à développement rapide qui s'observent dans certaines affections du cerveau ou de la moelle épinière, le mal perforant du pied dans la plupart des cas, les lésions très diverses du derme et de l'hypoderme qui se montrent parfois à la suite des lésions traumatiques des nerfs, etc., etc.

Dans une série de mémoires originaux et d'articles d'histoire et de critique (1), M. le docteur Henri Leloir a repris la question et il l'a notablement élargie. Se fondant sur un nombre considérable d'observations cliniques et de recherches anatomo-pathologiques minutieuses, toujours conduites d'ailleurs suivant les règles de la technique la plus avancée, il a démontré l'existence de lésions parenchymateuses des nerfs cutanés, dans plusieurs cas d'affections de la peau, où elles n'avaient pas été soupçonnées avant lui. Telles sont certaines formes d'éruptions bulleuses et pemphygoïdes, certaines variétés d'ecthyma, d'ichthyose, de vitiligo, d'eczéma, enfin diverses manifestations lépreuses.

Dans tous ces cas d'affections cutanées que les travaux de M. Leloir tendent à faire entrer dans le groupe des trophonévroses, ce n'est pas dans le système nerveux central, non plus que dans les

(1) *Contribution à l'étude des affections cutanées d'origine trophique.* (Arch. de physiologie, 1878.) — *Recherches anatomiques et cliniques sur les altérations nerveuses observées dans certains cas de gangrène et dans la lèpre.* (*Id.*, 1881.) — *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse.* (Thèse de Paris, 1881.) — *Recherches sur les affections cutanées d'origine nerveuse.* (Rev. des sciences médicales, 1882.) — *Des affections cutanées d'origine nerveuse.* (Arch. de dermatologie, 1882.) — Article : *Trophonévroses.* (Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique. Paris, 1881.)

troncs des nerfs périphériques, qu'il faut chercher la lésion nerveuse primitive, mais bien dans les ramifications ultimes de ces nerfs au sein du derme et de l'hypoderme, et on la trouve là non seulement dans le lieu même où s'est produite l'affection de la peau, mais encore dans son voisinage immédiat.

Cette altération des dernières ramifications des nerfs, dans les maladies cutanées dont il s'agit, est certainement le fait le plus original, le plus inattendu que nous aient révélé les recherches de M. Leloir; mais la question qui se présente naturellement à l'esprit est celle-ci : la lésion nerveuse constatée dans les cas étudiés par M. Leloir est-elle bien, comme il l'affirme, le fait initial et pour ainsi dire le premier terme du processus morbide? En faveur de l'opinion qu'il soutient, l'auteur invoque les arguments que voici : En premier lieu, l'altération des nerfs du derme et de l'hypoderme qn'il a découverte n'est pas une lésion banale ; elle n'appartient pas à l'état normal ; cela est démontré par l'examen qu'il a fait des extrémités périphériques des nerfs cutanés chez un grand nombre de sujets où la peau était saine. En second lieu, dans les cas d'affection cutanée où on l'a rencontrée, cette altération nerveuse, on l'a dit plus haut, n'existe pas seulement sur les régions désorganisées du tégument externe; on la trouve encore en dehors de ces régions, dans une zone limitrophe assez étendue; on sait enfin depuis longtemps que les nerfs ont la propriété singulière de résister aux causes de destruction les plus puissantes en apparence, et il suffira de rappeler, à titre d'exemple, qu'au milieu des tissus profondément désorganisés par la gangrène ils conservent longtemps l'intégrité de leur structure.

Tels sont les arguments invoqués par M. Leloir. On reconnaîtra que s'ils ne sont pas absolument décisifs, ils sont tout au moins d'une grande valeur. L'expérimentation seule pourrait faire mieux. Malheureusement, pratiquée chez les animaux, elle ne rencontrerait peut-être pas, dans ce cas particulier, les conditions qui se trouvent réunies chez l'homme.

D'ailleurs, pour ne pas entrer dans le fond de la discussion, nous nous bornerons à faire ressortir que, guidé par une excellente méthode, M. Leloir a su introduire dans la science un certain nombre de faits nouveaux. Il n'est pas douteux, ajouterons-nous, que les matériaux de bon aloi qu'il a accumulés dans son travail contribueront à élucider la pathogénie, encore obscure sur bien des points, de ces affections qu'on est convenu de désigner sous le nom collectif de *trophonévroses*, et qui occupent aujourd'hui une grande place en pathologie. On ne saurait trop encourager, pensons-nous, les travaux de ce genre, qui intéressent presque au même degré la physiologie et la clinique; et c'est là une des principales considérations qui ont décidé votre Commission à accorder à M. Leloir un des prix Montyon de *deux mille cinq cents francs.*

IV. Le mode de communication entre les extrémités des artères et les radicules des veines, bien qu'il ait été étudié par un grand nombre d'anatomistes, présentait, naguère encore, bien des incertitudes. La difficulté des injections veineuses, faites du cœur vers la périphérie, explique suffisamment comment nos connaissances, malgré les efforts de tant d'habiles anatomistes, restaient indécises sur ce point important de l'angéiologie.

Dans un travail manuscrit, accompagné de nombreuses planches coloriées et portant le titre de : *Recherches sur le système vasculaire*, M. Bourceret a essayé d'élucider ce mode de communication. Pour cela, il a imaginé un nouveau procédé d'injection. L'obstacle qui a empêché ses devanciers de réussir complètement consiste surtout dans la présence des valvules veineuses qui se redressent et opposent une barrière infranchissable à la matière injectée. M. Bourceret, bien que ses recherches aient porté sur diverses régions du corps, s'est appliqué tout d'abord plus particulièrement à ce qui concerne la main. Pour pratiquer ses injections, il place la partie qu'il veut injecter dans de l'eau à 40 degrés centigrades ; et, lorsqu'il juge que la température s'est élevée, dans les régions profondes de cette partie, à 37 ou 38 degrés centigrades, il injecte du suif par une artère de l'avant-bras, du suif non coloré. Cette matière passe facilement au travers des capillaires jusque dans les veines et redresse les valvules de ces derniers vaisseaux en les accolant contre la paroi.

On peut alors, à la faveur des conditions nouvelles établies par la première injection, faire dans les veines, de l'avant-bras vers la main, ces parties étant maintenues à la même température, des injections de matières colorantes qui pénètrent, malgré la substance incolore injectée en premier lieu, jusque dans les capillaires. On pratique, sans la moindre difficulté, une injection d'une autre couleur dans les artères, et, lorsque les parties sont refroidies, on peut, par la dissection, mettre en évidence les artères, les veines et les capillaires de la main et des doigts.

Grâce à cet ingénieux procédé, dont M. Bourceret n'a pas voulu garder le secret, il a mis hors de doute ce fait, signalé récemment : que les artères collatérales des doigts n'ont pas de veines satellites, contrairement à ce qui a été décrit et même figuré par nombre d'anatomistes. Il a montré que les veines sont beaucoup plus développées à la face dorsale des doigts, où elles forment une véritable couche veineuse sous la peau, qu'à leur face palmaire, qu'elles ont un diamètre relativement considérable et qui ne varie pas depuis le milieu de la dernière phalange jusqu'à la première phalange.

La communication entre les veines et les artères se fait surtout dans la pulpe des doigts; elle a lieu au moyen de capillaires volumineux, pelotonnés, très courts. S'il n'y a pas de communications directes et constantes entre les veines et les artères au moyen de vaisseaux anastomotiques, la largeur des capillaires constitue cependant une disposition toute spéciale que l'auteur considère comme facilitant à un haut degré le passage du sang des vaisseaux artériels dans les vaisseaux veineux.

Ce mode de circulation serait le type, d'après M. Bourceret, de toutes les circulations locales périphériques : il l'a retrouvé, avec les mêmes caractères, dans le pied et dans la face.

Ces notions nouvelles ne sauraient être sans importance, soit pour la physiologie, soit pour la pathologie. C'est ce que l'auteur fait bien ressortir dans les considérations générales qui terminent son mémoire.

Votre Commission a jugé que le travail de M. Bourceret était digne d'une mention honorable de *quinze cents francs.*

V. L'ouvrage de M. le docteur Servoles, intitulé : *la Fièvre typhoïde chez l'homme et le cheval*, se recommande par des qualités très sérieuses; c'est une étude clinique, très remarquablement conduite, de pathologie comparée.

Après avoir tracé un tableau très fidèle de la fièvre typhoïde du cheval et avoir démontré qu'elle a un caractère propre qui la différencie de toutes les affections où, chez cet animal, l'état typhoïde peut se manifester, M. Servoles, avec la double compétence qu'il possède de vétérinaire et de médecin, s'est attaché à établir les rapports étroits de similitude qui existent entre la fièvre typhoïde de l'homme et celle du cheval.

Comme les symptômes et les lésions, les conditions étiologiques sont, des deux côtés, au moins fort analogues, et l'un des faits les plus intéressants mis en relief dans le livre de M. Servoles, c'est la contagion de la fièvre typhoïde du cheval. Il n'est pas sans intérêt de relever que cette contagion, établie sur des preuves cliniques déjà fort démonstratives par M. Servoles, a été, depuis la publication de son travail, confirmée par des preuves expérimentales, à savoir : par les résultats positifs d'inoculations faites au cheval avec les mucosités de matières excrémentitielles provenant de chevaux atteints de fièvre typhoïde.

Sur la question de décider si la fièvre typhoïde du cheval et celle de l'homme sont, au fond, des maladies identiques, M. le docteur Servoles se tient, quant à présent, dans une sage réserve. Des inoculations faites sur le cheval avec des produits de déjections provenant de l'homme atteint de fièvre typhoïde donneraient peut-être des résultats décisifs. Quoi qu'il en soit, les travaux de M. le docteur Servoles ont déjà incontestablement fait faire un grand pas vers la solution de la question dont il s'agit.

Votre Commission décerne à M. le docteur Servoles une mention honorable de *quinze cents francs.*

VI. M. le docteur Fonssagrives a adressé, pour le concours du prix Montyon, la deuxième édition de son *Traité d'hygiène navale*.

Ce livre comble une lacune véritable dans la série des ouvrages d'hygiène professionnelle. Il a été adopté par plusieurs puissances étrangères, qui en ont ordonné la traduction et l'ont pris pour base de l'enseignement classique de l'hygiène maritime dans leurs écoles de médecine navale.

Il importe d'ajouter que bon nombre de réformes qui avaient été réclamées par M. Fonssagrives dans la première édition de son livre sont passées maintenant dans la pratique, et qu'il a ainsi puissamment contribué aux progrès réalisés depuis vingt ans dans l'hygiène de l'homme de mer.

La seconde édition, qui devait nécessairement s'inspirer des modifications profondes qu'a subies l'art nautique, constitue d'ailleurs, dans quelques-uns de ses chapitres, un livre absolument nouveau et original.

Votre Commission a décerné à M. Fonssagrives une mention honorable de *quinze cents francs*.

VII. Enfin la Commission a décerné des citations honorables aux auteurs des ouvrages énumérés ci-dessous :

M. C.-L. Coutaret. — *Vingt-cinq ans de chirurgie dans un hôpital de petite ville et à la campagne.*

M. A. Bordier. — *La Géographie médicale.*

M. Fua. — *Culture du maïs.*

M. M. Hache. — *Étude clinique sur les cystites.*

M. G. Rambosson. — *Phénomènes nerveux intellectuels et moraux, leur transmission par contagion.*

M. Marc Sée. — *Recherches sur l'anatomie et la physiologie du cœur.*

M. E. Vidal. — *De la dermatose de Kaposi.*

II

Prix Godard (1). — M. Tourneux, professeur à la Faculté de médecine de Lille, a envoyé pour le prix Godard trois mémoires consacrés à des recherches délicates d'anatomie embryonnaire et fœtale sur la formation initiale des organes génitaux.

Le premier, pour lequel il a eu comme collaborateur M. Legay, concerne le *développement de l'utérus et du vagin*. Confirmant l'opinion que ce développement se fait aux dépens des conduits de Muller, M. Tourneux arrive, après examen d'un grand nombre de pièces minutieusement préparées par lui-même, à déterminer mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, le point de fusion de ces conduits, l'époque d'apparition des épithéliums, la part que prennent ces derniers au développement en longueur et en volume du conduit vulvo-utérin, l'époque à laquelle se fait la distinction entre la couche muqueuse et la couche musculaire.

Le deuxième, intitulé : *Étude sur les restes du corps de Wolff*, est une description basée encore sur de nombreuses préparations faites et confirmées par l'auteur. Si la plus grande partie du travail confirme les faits annoncés par ses prédécesseurs, M. Tourneux ajoute néanmoins quelques dispositions nouvelles qu'il a trouvées sur les conduits de Rosenmuller.

Le troisième a pour objet l'étude microscopique des cellules interstitielles du testicule. S'appuyant sur certaines réactions chimiques et notamment sur la coloration en jaune orangé sous l'influence du picro-carmin, coloration semblable à celle que l'on obtient pour les cellules initiales de l'ovaire et de la muqueuse utérine, M. Tourneux conclut à l'assimilation absolue, pendant la période embryonnaire, entre les cellules initiales du testicule et celles de l'ovaire, et propose, pour les unes et les autres, le nom de *cellules interstitielles*.

Sans doute ces sortes de recherches ne peuvent être aujourd'hui utilisées pour la physiologie et la pathologie, mais elles le seront peut-être un jour. En tous cas, elles dénotent un louable amour pour la recherche des vérités difficiles à trouver, une grande habileté de préparation et une remarquable persévérance dans le travail. C'est pour ces motifs que votre Commission croit devoir attribuer le prix Godard pour 1884 à M. Tourneux.

(1) Commissaires : MM. Vulpian, Richet, Charcot et Larrey; Gosselin, rapporteur.

III

Prix Serres (1). — I. Parmi tous les candidats, la Commission en a distingué deux, qui ont plus particulièrement fixé son attention : ce sont MM. Cadiat et Kowalewsky.

M. le docteur Cadiat avait déjà présenté, pour le même prix en 1881, un ouvrage en deux volumes, intitulé : *Traité d'anatomie générale appliquée à la médecine*. Un rapport nous ayant déjà été fait sur ce traité l'année dernière, je me bornerai à rappeler les faits principaux qui s'y trouvent consignés.

L'auteur s'occupe d'abord de l'embryogénie, à laquelle il consacre près d'un tiers de son premier volume, soit environ 130 pages. Je signalerai surtout une nouvelle description de l'amnios et de la fente pleuro-péritonéale et une description également originale de la formation de la portion céphalothoracique de l'embryon et des arcs branchiaux.

Dans le deuxième volume, M. Cadiat s'est attaché à démontrer le développement du système nerveux central et particulièrement du cerveau (p. 70 et suivantes). J'attirerai aussi l'attention sur le développement des organes génitaux internes (p. 292) et sur celui de l'ovaire, de l'ovule et de l'ovisac aux dépens d'un élément découvert par l'auteur, l'*ovoblaste*, sur lequel j'aurai à revenir, parce qu'il en a fait l'objet d'un travail spécial.

En résumé, le traité d'anatomie générale appliqué à la médecine est un ouvrage considérable, fruit d'une vie entière consacrée à l'étude et à l'enseignement de cette importante partie des sciences anatomiques. Mais, si M. Cadiat a dû traiter dans cet ouvrage didactique toutes les questions d'embryogénie et d'anatomie générale sans exception, il importe de faire remarquer qu'il en est quelques-unes qu'il a étudiées d'une manière toute spéciale, dans des mémoires originaux, et où il a fait alors des découvertes qui ont une véritable importance et marquent un progrès réel. Je signalerai d'abord le mémoire sur la formation chez l'embryon et chez l'adulte des vésicules de De Graaf, publié dans le *Journal de l'anatomie et de la physiologie* de Ch. Robin et G. Pouchet. Valdeyer avait émis l'hypothèse que l'ovule préexistait à l'ovaire et qu'il se formait, dès les premiers jours de l'incubation, au milieu des éléments de l'épithélium germinatif.

Cette idée accueillie avec fureur par les histologistes allemands, particulièrement par Valentin et Pflüger, a été battue en brèche par M. Cadiat, qui a démontré que sur les embryons de poulet, au neuvième jour, on peut déjà apercevoir, dans la couche de l'épithélium germinatif, des éléments un peu plus volumineux que les autres, avec une paroi propre, épaisse relativement, plus un contenu granuleux et un ou deux nucléoles. Le diamètre de ces éléments est de 0,01 à peu près; l'auteur leur donne le nom d'*ovoblaste*, parce que ce sont eux qui formeront à la fois les vésicules de De Graaf et les ovules.

L'ovule ne préexiste donc pas à la vésicule de De Graaf ni à l'ovaire. De belles planches accompagnent et complètent la démonstration.

M. Cadiat a également publié dans le même journal une étude sur le développement des fentes et arcs branchiaux chez l'embryon, qui a fixé la science sur ce sujet difficile.

Profitant habilement, après de longues recherches sur l'embryon du poulet et l'embryon humain, d'une pièce anatomique sur un mouton venu à terme avec une monstruosité caractérisée par l'arrêt de développement des arcs branchiaux, de telle sorte que la deuxième fente branchiale était largement ouverte, il constata que sur la lèvre inférieure de cette fente et aux dépens de la couche d'épithélium pavimenteux qui la tapisse, prenait naissance un

(1) Commissaires : MM. Vulpian, Paul Bert, Gosselin, Ch. Robin, et Richet, rapporteur.

conduit représentant la trachée et conduisant dans la cavité pleuro-péritonéale, où il se divisait et se subdivisait, formant ainsi les divisions bronchiques et le parenchyme pulmonaire.

C'est la démonstration de l'opinion soutenue par M. Robin contre les physiologistes allemands, à savoir : que c'est aux dépens de l'ectoderme que s'est formée cette muqueuse et que l'appareil respiratoire est entièrement indépendant du feuillet externe.

Cette démonstration du développement des fentes et arcs branchiaux a d'ailleurs porté la lumière sur plusieurs faits de pathologie externe restés jusque-là inexplicables, tels que la présence de kystes dermoïdes dans la profondeur des tissus et jusque sous la muqueuse bucco-pharyngienne, et enfin la persistance de certaines fistules mucoso-cutanées prélaryngiennes congéniales.

Il faut encore signaler le mémoire sur les rapports entre le développement du poumon et sa structure, dans lequel l'auteur, se plaçant à un point de vue tout nouveau, explique la structure du poumon en suivant la formation de chacune de ses parties (p. 994), bronches, lobes, lobules et utricules respiratoires ou alvéoles.

Enfin, j'appellerai, en terminant, l'attention sur un mémoire intitulé : *Du développement du canal de l'urèthre et des organes génitaux de l'embryon*, dans lequel l'auteur démontre que la prostate est un système glanduleux complètement indépendant du système des canaux éjaculateurs et des canaux prostatiques et que c'est une glande annexée à l'appareil génital et non à l'appareil urinaire, ainsi que le prétend Wirchow. Elle est donc l'analogue des glandes de l'urèthre et de la muqueuse uréthrale qu'on rencontre chez l'homme comme chez la femme.

De belles et nombreuses planches sont annexées à tous les mémoires.

Cet ensemble de travaux importants et remarquables, surtout au point de vue de l'embryogénie, a vivement frappé la Commission; mais avant de vous exposer les résolutions auxquelles elle s'est arrêtée, je dois vous faire connaître les travaux d'un autre concurrent, non moins méritant : je veux parler de M. Kowalevsky.

II. Les travaux de M. Kowalevsky comprennent une série importante de mémoires d'embryogénie portant sur divers groupes du règne animal jusqu'alors à peu près inexplorés.

Ces travaux, qui embrassent une période de dix-sept années, n'offrent pas tous le même intérêt; je dois donc analyser les plus importants.

L'un des premiers qui s'impose à l'attention est une étude complète du *Balanoglossus*, dans laquelle M. Kowalevsky décrit, pour la première fois (1865), l'organisation de ce type curieux. Il signale plus particulièrement l'appareil respiratoire de ce ver, jusqu'alors peu connu.

C'est de la même époque que datent ses mémoires sur le développement des Holothuries et du *Loxosoma*.

L'embryogénie des ascidies et des vertébrés a, dès 1866, attiré l'attention de l'auteur. Il signale chez les ascidies simples, l'existence d'une corde dorsale reconnue chez les têtards d'ascidies, et émet l'idée de leur parenté avec les vertébrés.

Chez les squales et l'esturgeon, travail fait en commun avec Wagner, l'auteur signale des faits importants qui ont permis plus tard à M. Balfour de raccorder d'une manière précise le développement holoblastique de l'*Amphioxus* au développement mésoblastique des autres vertébrés, de manière à former une seule série continue.

Dans ses *Études embryologiques sur les vers et les arthropodes* (12 planches, 1871), M. Kowalevsky applique pour la première fois à l'étude des invertébrés les méthodes des coupes en usage à cette époque seulement pour l'embryogénie des vertébrés. Il étudie, en se plaçant spécialement au point de vue des feuillets embryonnaires, le développement d'un certain nombre de vers et d'insectes; il signale les ressemblances que présentent les phénomènes qu'il décrit avec ceux déjà connus depuis longtemps chez les vertébrés; il montre qu'il n'y a en somme, sous ce rapport, entre les vertébrés et les invertébrés, aucune différence essentielle, et finit par conclure à la possibilité de chercher à établir des homologies entre les feuillets embryonnaires des différents animaux.

Ses recherches portent sur la *Sagitta*, l'*Euaxes* et le *Lombric* pour les Vers.

Dans divers mémoires sur les Cœlentérés, la plupart avec planches, et dont le plus récent date de 1882, M. Kowalevsky a longuement étudié leur embryogénie. Son premier mémoire sur ce sujet est entièrement consacré à l'embryogénie des nombreux types du groupe des Cténophores. Plus tard, il a réuni, dans un mémoire spécial (1873), presque toutes ses recherches sur l'embryogénie du groupe. Enfin, récemment, il a publié, avec M. Marion, une note complémentaire sur l'embryogénie des Alcyons.

Dans ses recherches sur les Brachiopodes, le développement du système musculaire paraît surtout avoir attiré l'attention de l'auteur. C'est là un travail riche en documents complètement nouveaux et d'une réelle valeur. Tous les stades qu'il indique sont suivis pas à pas, étudiés avec un grand luxe de détails et dessinés de même. Les figures indiquent une ressemblance frappante avec les larves d'Annélides, surtout celles des Serpules, avec quelques stades desquelles elles sont identiques.

Quelle que soit l'opinion que l'on adopte à l'égard de la parenté, si discutée dans ces dernières années, entre les Annélides et les Brachiopodes, il est certain que le travail de M. Kowalevsky apporte en faveur de cette idée les preuves les plus sérieuses qui aient jamais été produites. Les faits signalés par lui et les belles figures qui accompagnent son mémoire constituent des acquisitions dont la valeur et la signification subsisteront dans tous les cas.

Indépendamment de ces recherches générales sur l'embryogénie, M. Kowalevsky a publié plusieurs mémoires de moindre importance : 1° une Étude sur la *Phoronis*, qui, comme le *Balanoglossus*, offre un exemple de type aberrant, sur lequel on ne possédait pas de renseignements avant la description qu'il en a donnée; 2° un autre mémoire sur le développement des œufs du *Sternaspis*.

On lui doit la découverte d'un Cténophore plat, habitant la mer Rouge, et dont l'aspect général rappelle une Planaire.

Ce fait emprunte un nouvel intérêt au beau mémoire que M. Sélenka a fait au laboratoire de Concarneau sur le développement des Planaires, et où ont été signalés aussi certains points de ressemblance avec le développement des Cœlentérés.

En résumé, de tous les embryologistes de l'époque actuelle, M. Kowalevsky est certainement l'un des plus méritants. Il a contribué à l'avancement de la science; ses travaux, qui offrent un grand caractère de précision et d'ingéniosité, ont porté sur un grand nombre de sujets et particulièrement sur l'embryogénie comparée, et plusieurs de ses mémoires ont eu un grand retentissement.

Il a eu le mérite de transporter le premier à l'étude des invertébrés la méthode des coupes, et les procédés précis adoptés avant lui, mais appliqués seulement à l'étude des vertébrés; et c'est grâce à cette nouvelle méthode qu'entre ses mains l'étude de l'embryogénie des animaux inférieurs est entrée dans la voie brillante qu'elle parcourt aujourd'hui avec éclat.

Votre Commission, en présence des titres considérables de ces deux candidats méritants, qui pèsent d'un poids égal dans la balance, partage entre eux, par moitié, le prix Serres.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences a tenu, aujourd'hui lundi 23 février 1885, sa séance publique annuelle.

Nous commençons à publier plus haut les rapports, suivis du nom des lauréats, en ce qui concerne les sciences purement médicales. Nous compléterons ici, dès maintenant, la liste des lauréats touchant les sciences naturelles ou accessoires.

CHIMIE. — *Prix Jecker :* M. Chancel.

GÉOLOGIE. — *Prix Vaillant :* M. Cotteau et M. Émile Rivière.

Botanique. — *Prix Barbier* : N'est pas décerné. — *Prix Desmazières* : M. Otto Lindberg. — *Encouragement* de six cents francs : M. G. Sicard. — *Prix Thore* : M. L. Motelay et M. Vendryès.

Anatomie et zoologie. — *Prix Savigny* : N'est pas décerné.

Grand prix des sciences physiques : M. Marion. — *Encouragement* de quinze cents francs : M. le docteur Paul Fischer.

Prix Bréant : N'est pas décerné.

Prix généraux. — *Prix Montyon, arts insalubres* : M. Marsault. — *Prix Trémont* : M. de Tastes. — *Prix Gegner* : M. Valson. — *Prix Délalande-Guérineau* : M. le docteur Néis, médecin de la marine. — *Prix Jérôme Ponti* : M. Joseph Boussingault.

— Par décret, en date du 21 février 1885, M. Heydenreich, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Nancy, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 février 1885, la chaire de pathologie externe de la Faculté de médecine de Nancy est déclarée vacante.

— Par décisions ministérielles, en date des 16 et 20 février 1885, ont été désignés, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Bresson, pour le 78e d'infanterie ; Strauss, pour le 1er zouaves.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Juloux, pour le 77e d'infanterie ; Sauzède, pour le 15e dragons ; Romain, pour les hôpitaux de la division d'Alger ; Grouille, pour le 28e bataillon de chasseurs à pied ; Morer, pour les hôpitaux de la division de Constantine ; Mons, pour le bataillon du 7e d'infanterie, en Algérie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Villedary, pour le 41e d'infanterie ; Daum, pour l'hôpital militaire de Nancy ; Médieux, pour les hôpitaux de la division de Constantine ; Vielle, pour les hôpitaux de la division d'Alger ; Buy, pour le 102e d'infanterie ; Basin, pour le 3e spahis.

M. le médecin-major de deuxième classe Ohier, pour le 10e d'artillerie.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Bousson, pour la pharmacie centrale à Paris.

M. le pharmacien aide-major de première classe Girard, pour les hôpitaux de la division de Constantine.

— MM. les docteurs Chervin, Bertillon, Czernicki, sont nommés membres du conseil supérieur de statistique près le ministère du commerce.

Le traitement jéquiritique et ses prétendus dangers, par le docteur de Wecker. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17465.



Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en medecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous avons souvent admiré l'art infini avec lequel M. Verneuil sait présenter les choses, donner une apparence de rigueur scientifique aux hypothèses les moins démontrées, prévoir les objections, construire un édifice avec des matériaux qui ne soutiendraient rien s'ils étaient mis en œuvre par les mains de tout autre.

Son mémoire d'aujourd'hui en offre un bel exemple.

Il s'agissait d'établir par des chiffres l'action des agents antiseptiques contre l'érysipèle.

Comme impression générale, on savait que le nombre des érysipèles avait diminué dans les hôpitaux depuis que les méthodes antiseptiques y étaient devenues de mode en chirurgie. Mais ce résultat pouvait s'expliquer par la propreté minutieuse des instruments, des pièces de pansement, de tout ce qui touche ou environne le malade : propreté négligée souvent avant qu'on acceptât dans toute son étendue la doctrine microbienne. On avait pourtant établi depuis longtemps que l'érysipèle des opérés est une maladie contagieuse, épidémique, qui, à certaines époques, envahissant de proche en proche, faisait de grands ravages dans les salles de chirurgie, et qui, d'autres fois, semblait s'endormir, ou à peu près, pendant une période plus ou moins longue, variant d'ailleurs en gravité, comme le font la variole, par exemple, le choléra dans ses lieux d'origine, et toutes les autres maladies de même sorte.

Dans de telles conditions, et même en admettant que les liquides employés dans le pansement n'eussent aucune action, il était évident que l'usage de tous les moyens de protection contre les contages possibles, et l'isolement des plaies par l'enveloppement multiple suivant la méthode de Lister ne pouvaient qu'être favorables. Mais dans quelles proportions ? Là était la question que M. Verneuil a voulu résoudre par une statistique.

Pour qu'une statistique soit probante, il faut qu'elle porte sur un temps assez long pour que les séries de hasard puissent se compenser l'une l'autre. Il faut que la série soit continue, qu'on la prenne comme elle se présente, sans en jamais rien écarter, et sans qu'on semble avoir choisi une époque plutôt qu'une autre dans la période dont on disposait.

C'est surtout vrai pour les maladies épidémiques, qui viennent par bouffées, pour ainsi dire, se multipliant et s'aggravant, puis s'apaisant, indépendamment de toute intervention médicale, sans qu'on puisse savoir pourquoi. Pour les étudier dans leur marche par la méthode numérique, pour juger ainsi l'influence de telle ou telle thérapeutique, il faut pouvoir baser ses calculs sur des périodes ininterrompues très étendues.

M. Verneuil ne se trouvait remplir aucune de ces conditions. Il ne disposait que de chiffres recueillis pendant trois années, et non les dernières, non des années consécutives, mais, d'une part, les années 1877 et 1878 et d'une autre part (en laissant de côté 1879) l'année 1880. Bien plus, dans cette dernière, il se trouvait qu'aucune admission de cas développé hors de l'hôpital n'était venue montrer que l'érysipèle, comme maladie épidémique, existât alors dans Paris : et, en effet, en interrogeant ses confrères, M. Verneuil s'est assuré que l'érysipèle était très rare dans les salles de médecine comme dans les salles de chirurgie.

Cela eût très fort embarrassé un orateur moins familier avec les ressources de la rhétorique. Mais c'est ici surtout que M. Verneuil triomphe. S'il n'est pas venu d'érysipèle du dehors, durant cette année, c'est, suivant lui, la démonstration la plus éclatante de l'extrême efficacité de la méthode de Lister appliquée rigoureusement dans les deux services chirurgicaux de la Pitié.

L'absence de germes nosocomiaux a pu assainir à ce point de vue tout le district hospitalier de la Pitié. Cette supposition d'un district hospitalier vivant de sa vie propre sans rien tenir du reste de Paris nous a paru tout à fait ingénieux.

Bien d'autres points seraient dignes de remarque dans le mémoire de M. Verneuil. Mais il faut savoir se borner.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Hémianesthésie d'origine saturnine.

Le malade que j'ai fait apporter ici dans son lit à l'amphithéâtre, nous allons l'examiner ensemble, et cet examen sera quelque peu complexe.

Agé d'une trentaine d'années à peine, il est ouvrier plom-

bier depuis douze ans et s'occupe plus particulièrement des soudures. A plusieurs reprises il a eu des accidents saturnins. Sa dernière crise date d'une quinzaine de jours environ. Elle a été, en somme, fort légère.

Au mois de mai 1883 il est entré à l'Hôtel-Dieu pour des phénomènes d'intoxication saturnine. Il se plaignait assez vivement alors de douleurs dans les orteils, à peu près analogues à celles que l'on observe chez les goutteux, du moins d'après leur siège sur les doigts des pieds, d'après leur nature et leur intensité.

Pendant qu'il était dans le service de M. Vulpian, il a eu aussi des accidents de gravelle. En somme, il a eu à cette époque une véritable goutte saturnine.

La gravelle avec ses petits grains rouges d'acide urique, soit dit en passant, est rare dans les services hospitaliers, où nous n'avons guère affaire qu'à des individus qui travaillent manuellement.

Jamais, jusqu'à présent, notre malade n'a eu de phénomènes de paralysie. Il a commencé à être malade il y a environ quinze jours. Les accidents ont débuté par des douleurs de tête et de la constipation, puis il a éprouvé des fourmillements dans les membres du côté droit ; il se mit à marcher mal, il se plaignit d'avoir toujours froid de ce côté-là. En même temps, la sensibilité diminuait, les muscles perdaient de leur force, et la peau était sensiblement plus froide à droite.

Ceci dit sur ses antécédents, si nous procédons à l'examen de cet homme, nous trouvons actuellement une insensibilité complète de tout le côté droit du corps, analgésie et anesthésie ; insensibilité à la douleur, au contact et à la chaleur ou thermo-analgésie ; nous constatons l'absence de réflexes. Les conjonctives sont également insensibles. Quant à l'anesthésie sensorielle, elle est complète également. En effet, que l'on mette un peu de sulfate de quinine sur le côté droit de la langue, le malade ne s'en aperçoit pas, tandis que sur le côté gauche l'impression lui est des plus désagréables. Voilà pour l'organe du goût. Il en est de même de l'ouïe, et l'oreille droite ne perçoit en rien le tic-tac d'une montre placée tout près du pavillon, tandis que l'oreille gauche l'entend très bien à distance. L'expérience pour l'organe de l'olfaction faite avec un flacon d'ammoniaque approché successivement des deux narines donne les mêmes résultats : insensibilité à droite, sensibilité à gauche.

Les essais touchant la vision nous montrent également une diminution et une altération de la vue à droite, une conservation des fonctions de l'œil à gauche. C'est ainsi que l'œil droit ne distingue pas le vert du bleu, qu'il distingue mal les autres couleurs. Il y a en réalité beaucoup plutôt ce que l'on appelle de l'amblyopie que de l'achromatopsie.

Ajoutons enfin que le chatouillement de la plante du pied droit n'est pas senti par le malade, tandis qu'à gauche la sensation en est très nettement perçue. De même du côté droit, la peau peut être frottée, piquée et même traversée par des épingles sans que le malade s'en aperçoive, tandis que les mêmes piqûres ou frottements sont parfaitement sentis au moindre attouchement à gauche.

En résumé, se trouve parfaitement démontrée chez notre malade une hémianesthésie droite, sensorielle, tactile, etc., hémianesthésie que l'on rencontre parfois chez les saturnins, chez les individus soumis à l'intoxication saturnine, comme chez les hystériques.

Chez les saturnins, on constate aussi quelquefois la production de phénomènes de transfert au moyen d'un fort aimant. Nous allons la tenter ici, en vous prévenant que le phénomène est généralement assez long à se produire. En attendant, je vous dirai que, chez notre malade, nous observons encore un peu de paralysie musculaire, une certaine difficulté à marcher, du moins pour le membre inférieur droit ; de ce côté, le malade a quelque peine à se tenir sur sa jambe, à tourner sur lui-même, à marcher les yeux fermés. Ces phénomènes sont dus à ce que la sensibilité tactile de la face inférieure du pied droit fait défaut. En outre, ces malades sont un peu comme des ataxiques : ils ne sentent pas le sol sous leur pied anesthésié.

Nous avons eu récemment, dans le service, un second cas d'hémianesthésie d'origine saturnine, survenue dans des conditions à peu près identiques et sans qu'aucune lésion matérielle des centres nerveux nous en ait donné non plus l'explication, comme cela arrive en pareil cas. Chez d'autres malades, au contraire, l'hémianesthésie peut s'expliquer par une lésion matérielle, telle qu'une hémorragie cérébrale. Pour les uns, cette lésion siège dans la capsule interne. Pour d'autres, comme en Angleterre, ce serait dans la couche optique. Enfin, dernièrement, certains auteurs ont émis l'opinion que l'hémianesthésie survenait surtout lorsque la lésion — hémorragies, tumeurs, ramollissements — siégeait dans les lobes occipitaux du cerveau. Nous en avons eu récemment un cas dans le service.

Pour moi, ces trois opinions de siège ne sont pas exclusives, et je crois très bien qu'il existe plusieurs foyers de la sensibilité : la couche optique, la capsule interne et les lobes occipitaux. En effet, que la lésion existe dans les lobes ou dans la couche optique, la capsule interne n'en est pas moins le confluent où se réunissent leurs fibres avant de gagner les corps restiformes et la partie postérieure de la moelle.

Mais je reviens à mon malade et j'ajoute que chez lui l'intelligence est parfaite, qu'il n'y a rien de cérébral, nulle lésion matérielle du cerveau, mais une intoxication produite par le plomb, un empoisonnement spécial.

Il y a environ un quart d'heure que nous avons commencé l'expérience du transfert de l'hémianesthésie par l'aimant, et déjà nous pouvons constater qu'elle a réussi en partie, de telle sorte que si nous la prolongions tout le temps nécessaire, il est probable que le transfert s'accomplirait tout à fait. Nous voyons, en effet, un commencement d'anesthésie du côté gauche en examinant tour à tour les divers organes des sens, peau, vision, olfaction, organe de l'ouïe, organe du goût. De même nous constatons aussi l'abolition du réflexe du côté gauche, nous constatons de ce côté aussi l'anesthésie à la douleur, à la chaleur, au toucher, tandis que du côté droit la sensibilité commence à reparaître en certains points.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. PAJOT.

Deux cas de présentation du sommet en oblique postérieure.

Les deux femmes, qui viennent d'occuper successivement le même lit n° 39, ont une histoire à peu près identique : histoire intéressante qui touche à un point de doctrine dont je voudrais vous entretenir parce qu'il se présente fréquem-

ment et que généralement on n'insiste pas assez sur lui dans les livres.

La première m'a été envoyée avec son observation complète par le médecin appelé à lui donner ses soins. Chez elle le travail n'avait rien présenté de particulier, l'enfant offrait une présentation du sommet; tout allait bien, la tête était engagée, lorsque, après quinze ou dix-huit heures environ, le travail diminua. La sage-femme chargée de l'accouchement fit demander un médecin. Celui-ci, voyant les choses arrêtées, veut faire une application de forceps; mais il a quelque peine à placer les branches de l'instrument. Cependant il y parvient et commence alors les premières tractions: il tire doucement d'abord, puis fort, un peu plus fort, très fort enfin; mais rien ne bouge.

Devant les difficultés qu'il a éprouvées à placer son forceps, il craint, s'il le retire, de ne pouvoir le remettre : il se décide alors à le laisser pendant entre les cuisses de la femme et s'en va, voulant laisser reposer celle-ci. Un peu plus tard il revient, exerce de nouvelles tractions, mais toujours avec le même insuccès. Pensant que l'enfant est peut-être mort, il songe à pratiquer la perforation du crâne. Cependant, au moment de le faire, un scrupule le retient et il nous envoie ici la femme.

Or à quelle cause pouvait donc tenir cette impossibilité d'extraire l'enfant? A la position elle-même, position qui est si commune, qu'elle est la plus commune après la plus commune de toutes, c'est-à-dire qu'on la rencontre 250 fois sur 1 000, soit la position postérieure, dans laquelle il arrive parfois que la rotation de la tête ne se fait pas. Dans ces conditions, les choses peuvent se terminer de différentes façons : ou bien les contractions énergiques engagent la tête de plus en plus, jusqu'à ce que l'occiput, appuyé sur le plancher du bassin, finisse par sortir le premier. Cette terminaison n'est pas ordinaire et ne s'observe guère que chez les femmes qui ont eu déjà plusieurs enfants. Capuron ne l'admettait pas. Ou bien la tête tourne réellement, mais directement en arrière, c'est-à-dire à l'envers, l'occiput se trouvant dans la concavité du sacrum. Ici l'accouchement peut encore se terminer spontanément. Enfin une troisième terminaison est celle qui a eu lieu chez nos deux femmes du nº 39; les contractions s'épuisent, la tête ne s'engage que peu ou point, elle ne tourne pas et tout s'arrête.

Avant de vous dire ce qu'en pareil cas il convient de faire, je veux vous dire en deux mots l'histoire de la seconde femme. L'enfant se présente naturellement, dans la seconde position. Le travail s'arrête. On fait en vain deux applications de forceps. On tire très fort, rien. On commence à pratiquer la perforation du crâne, mais on s'arrête en chemin : le cuir chevelu seul est perforé, mais non les os, et on envoie la femme à la Clinique.

Nous examinons et nous trouvons une position oblique postérieure *gauche*, — la femme précédente avait une position oblique postérieure *droite*. — L'auscultation ne révèle rien. La mort de l'enfant est à peu près certaine. La femme est épuisée; les contractions sont nulles. Il n'y a plus à tergiverser, j'introduis les branches du céphalotribe, je broie la tête très facilement, et tout se termine simplement.

Quand l'enfant est mort comme dans le cas précédent, la conduite à tenir n'est pas difficile. Mais quand il est vivant, c'est autre chose : il ne s'agit plus de céphalotribe. Que faut-il donc faire?

Ici les opinions diffèrent beaucoup. Je crois, pour ma part, avoir adopté la méthode la plus simple, la plus prudente, la plus sage. Autrefois on appliquait le forceps, on tournait l'occiput en arrière et on dégageait en occipito-sacrée. Je l'ai fait aussi il y a quarante ans, mais je sais ce qu'il en coûte d'efforts et de peines. Pareille extraction est des plus difficiles et s'accompagne presque toujours de la déchirure du périnée. Cependant elle est possible.

Vers 1730 ou 1740, un accoucheur anglais bien connu avait déjà eu l'idée de chercher à tourner l'occiput en avant, comme dans l'accouchement naturel et spontané. En théorie, c'est parfait; mais quand il s'agit de l'exécution, l'action s'embrouille, l'application du forceps ne peut pas se faire ainsi. Que faire alors? L'appliquer du côté du menton? Il faudrait alors tourner l'instrument dans les parties maternelles.

Dans ces conditions-là, il devient impossible, il est absurde et dangereux de dégager la tête. Reste alors un autre procédé, c'est-à-dire appliquer le forceps contrairement aux règles, la concavité à gauche et en avant, tourner une première fois l'instrument autant qu'on le peut, le désarticuler, le retirer; l'enfant étant ainsi en troisième position, on fait une seconde application dans les conditions régulières d'un bon dégagement. Mais lorsque je suis décidé à agir ainsi pour tourner l'occiput en avant, je ne le fais qu'après avoir prévenu la famille de la nécessité de deux opérations successives, sans quoi je serais taxé de maladroit et accusé d'avoir dû m'y reprendre à deux fois pour une opération ordinaire.

On m'a maintes fois accusé de ne pas vouloir de cette rotation, parce que je lui avais fait quelques objections légitimes, parce que j'avais dit, entre autres choses, que, en ramenant l'occiput en avant, à l'aide de deux opérations, il pouvait arriver quelquefois que le tronc ne suivît pas le mouvement de rotation et que le menton se trouvât appuyé sur la colonne vertébrale, la face regardant en arrière. Certains accoucheurs ont prétendu que cette position était naturelle. Chez un clown passe encore. Mais toutes les expériences faites pour le démontrer ne sauraient me persuader qu'une pareille position forcée pût se faire sans déterminer des lésions fonctionnelles.

Il est un procédé qui ne présente pas d'inconvénient, si ce n'est qu'il est assez rarement suivi de succès. C'est, dit-on, d'imprimer à la tête des mouvements avec les mains, voire même avec un ou plusieurs doigts derrière l'oreille. Essayez-en donc un peu et vous me direz ce que vous aurez obtenu! Savez-vous comment on réussit ainsi, c'est dans les cas où, avec un peu de patience, la tête tournerait toute seule. Mais quand le travail est arrêté, jamais, au grand jamais, cela ne réussit : je l'affirme.

Le seul procédé, je le répète, pour réussir, consiste donc dans deux applications successives du forceps : la première, pour amener la tête dans une bonne position; la seconde, pour dégager, et surtout SANS VIOLENCE. Avez-vous, une première fois, tenté en vain de dégager? Vous abandonnez l'opération pendant un peu de temps, pour reprendre un peu plus tard. S'il le faut, vous recommencez ainsi deux ou trois fois, mais vous y arrivez toujours, peut-être parfois avec beaucoup de peine, mais toujours sûrement.

En résumé, lorsque vous êtes en présence d'une position oblique postérieure du sommet, qui ne tourne pas, essayez des mouvements avec les doigts, si vous voulez, c'est inoffensif, mais faites deux applications successives de forceps *sans violence*, pour les rotations en avant et dégagez ensuite. Si la résistance est trop considérable, essayez de tourner en

occipito-sacrée, mais vous aurez un dégagement lent, difficile et dangereux pour le périnée. Dans tous les cas, jamais de violence, tout par l'art et la douceur.

THÉRAPEUTIQUE

La diète animale en thérapeutique.

Par M. le docteur GIRARD.

La déchéance organique menace nos générations; elle ne prend pas sa source, ainsi qu'on pourrait le croire *a priori*, dans une alimentation insuffisante, car le commerce et l'industrie ont multiplié les subsistances, et le bien-être est plus grand et plus général qu'il n'a jamais été. L'observateur attentif trouverait plus volontiers la cause de cette déchéance dans la dépense nerveuse qui s'impose à chacun de nous. En effet, le cerveau toujours en travail, contribue au progrès, ou jouit des surprises et des satisfactions que promet une civilisation avancée ; il absorbe ainsi la plus grande partie des forces destinées aux fonctions organiques, et à la digestion en particulier.

Nous ne pourrions plus utiliser la lourde et frugale alimentation des ancêtres; elle réclame trop de forces, et l'usage de la nourriture animale s'impose à nous, parce qu'elle présente sous un petit volume une richesse nutritive incomparable. Le tube intestinal travaille beaucoup moins, mais il perd de sa vigueur, et son affaiblissement retentit sur la constitution générale.

Qu'un nouvel effort soit demandé à l'organisme; qu'un accident survienne : la viande elle-même n'est plus digérée, la nutrition devient insuffisante, la chute est prochaine. Dans cette conjoncture, le médecin pouvait jadis recourir au régime animalisé; il soulageait l'estomac et relevait rapidement les forces. Cette ressource lui fait aujourd'hui défaut, et il serait désarmé s'il n'avait, comme auxiliaire, la viande peptonisée en dehors de l'individu.

J'ai pour ami et client M. M..., homme instruit, d'une excellente constitution, mais doué d'une activité dévorante.

Pendant dix années, il travailla dix-huit heures par jour, surmenant à l'envi son cerveau et son corps. A trente-huit ans, il eut à soutenir un procès dans lequel sa fortune était en jeu ; il n'en fallait pas tant pour faire déborder le vase.

Dès la deuxième année de la lutte, le caractère de M. M... s'assombrit ; il devint misanthrope ; ses jeunes enfants, qu'il adorait, lui pesaient comme un remords; son esprit se traînait péniblement dans les travaux et les expériences qu'il avait à suivre ; lui, qui avait tant voulu, se sentait las de vouloir. Un besoin infini d'anéantissement l'envahissait, comme on ressent parfois un besoin invincible de dormir. Son goût s'était émoussé, l'appétit était nul. Afin de faire face à un travail écrasant, à une lutte difficile, il mangeait par raison, mais sans profit. Les nuits étaient mauvaises ; le matin, un léger sommeil réparateur était troublé par une sueur profuse ; il perdait du poids tous les jours, et ses traits s'altéraient visiblement.

Confident de ses pensées secrètes, j'étais effrayé de cet épuisement nerveux ; le repos, l'oubli, eussent, j'en suis convaincu, sauvé cette vaillante nature sur le penchant de la ruine, mais il portait seul le poids des affaires, et il était inopportun de lui conseiller le repos.

Je lui fis prendre de la viande en poudre à haute dose ; les selles devinrent odorantes, et l'on y rencontrait au microscope des fibres striées. Je pensais que le lait serait mieux assimilé; il n'en fut rien. J'engageai alors M. M... à prendre, un quart d'heure avant chaque repas, deux cuillerées à bouche de peptone Defresne, dans un peu de bouillon ou d'eau tiède et salée. Après quinze jours de ce régime, l'alimentation ordinaire n'était encore qu'imparfaitement utilisée; mais la peptone commençait à relever les forces; l'accablement intellectuel perdait de son intensité, et les sueurs nocturnes devenaient moins fréquentes.

Bientôt le goût se réveilla, les aliments furent mieux utilisés ; le sentiment de fatigue infinie disparut. M. M... puisait une force nouvelle dans la vue de ses enfants. Il continua la peptone Defresne pendant une année, et reprit un peu d'embonpoint.

Sur ces entrefaites, il gagna son procès ; cette heureuse issue compléta la cure commencée avec la peptone Defresne. L'esprit reste encore assombri par un souvenir pénible, mais le travail est redevenu aisé et fécond.

Dans cette observation, la peptone a fait ce que l'on ne pouvait plus espérer d'un régime alimentaire quelconque.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 février 1885.— Présidence de M. BERGERON.

LECTURE

Traitement du varicocèle par la résection du scrotum. — M. HORTELOUP, se basant sur un ensemble de 18 opérations pratiquées par lui, formule les conclusions suivantes :

1° Les nouveaux modes de pansements antiseptiques ne permettent plus de refuser une opération pour des varicocèles douloureux et pour des varicocèles dont le poids et la longueur troublent l'existence.

2° La résection du scrotum et du faisceau veineux funiculaire est une opération inoffensive.

3° Elle ne fait pas redouter l'atrophie du testicule et semble donner un accroissement des forces génitales.

4° Elle donne, au point de vue de la prothèse chirurgicale, d'excellents résultats.

5° Elle fait disparaître les douleurs et elle supprime la gêne et la pesanteur.

6° Elle amène une diminution notable des veines variqueuses spermatiques.

COMMUNICATION

Sur l'érysipèle et la méthode antiseptique. — M. VERNEUIL, après avoir remercié le bureau de l'Académie d'avoir pensé à lui pour la présidence, après avoir indiqué pourquoi il a cru devoir refuser, par crainte des honneurs et non par paresse, lit un mémoire qu'il a écrit pour démontrer ce dernier point. Dans ce mémoire volumineux, il rappelle d'abord combien l'érysipèle a fait de ravages, à certaines époques, dans les salles de chirurgie; il cite les relevés statistiques dressés par M. Gosselin pour le congrès de 1867 et d'où il résultait que, pendant la période triennale 1862, 1863 et 1864, dans le service de chirurgie de la Pitié, le nombre des érysipèles s'était élevé à 133 (moyenne annuelle, 44) dont 50 venus du dehors et 83 développés à l'hôpital. La mortalité avait été, pour ces trois ans, de 31.

M. Gosselin, pour diminuer cette fréquence des érysipèles, avait préconisé tout un ensemble de moyens calculés surtout pour isoler les cas intérieurs et pour empêcher les cas extérieurs d'entrer dans les salles; en même temps il avait remplacé autant que possible le bistouri par les caustiques ou le cautère actuel. Il avait obtenu ainsi de bons résultats; car, dans la période triennale qui suivit (1865, 1866, 1867), le nombre des érysipèles ne s'était élevé qu'à 45 (moyenne annuelle, 15), la mortalité qu'à 9 (moyenne annuelle, 3). Il est vrai qu'il n'y avait eu durant cette période que 13 admissions de cas extérieurs contre 32 cas intérieurs.

M. Verneuil, en prenant possession du service de la Pitié, y a trouvé aussi un très grand nombre d'érysipèles et le nombre est encore resté considérable durant les premières années. Puis est arrivé le moment où il a appliqué d'une façon rigoureuse la méthode antiseptique, sans prendre d'ailleurs d'autre précaution, sans refuser les cas qui venaient du dehors, sans isoler les cas intérieurs, sans remplacer le bistouri par les caustiques ou le cautère actuel.

Or, par les seuls antiseptiques, il a obtenu un résultat plus favorable encore que celui de M. Gosselin.

Il ne prend pas une série de trois années consécutives, parce que le relevé relatif à l'année 1879 présente des lacunes.

Il choisit donc d'une part les années 1877 et 1878, d'une autre part l'année 1880, pour constituer une série égale à la série triennale citée par M. Gosselin. En 1877, il eut 13 cas; en 1878, 10 cas; en 1880, 7 cas. Les nombres décroissent d'année en année (l'année intermédiaire, 1879, se trouvant écartée ainsi).

La mortalité décroît également. Elle était de 3 en 1877; elle n'est plus que de 2 en 1878 et en 1880 (toujours en ne tenant pas compte de l'année 1879). Il en est de même du nombre des cas intérieurs : 10 en 1877, 7 en 1878, 7 en 1880.

Les admissions des cas extérieurs ont été de 3 en 1877; de 3, en 1878. Il n'y en a pas eu une seule en 1880.

M. Verneuil fait remarquer que cette diminution du nombre des cas d'érysipèle venant de la ville doit tenir certainement à l'efficacité de l'application des méthodes antiseptiques par lui-même et par son collègue à l'hôpital de la Pitié.

Tous les médecins de la Pitié sont d'accord, eux aussi, pour reconnaître que le nombre des cas soit extérieurs, soit intérieurs, qu'ils ont à soigner dans leur service, a diminué de beaucoup : et cela se comprend.

L'érysipèle est plus spécialement une maladie nosocomiale, quoiqu'il puisse se développer en pleine campagne, loin de tout contage supposable, comme M. Verneuil a eu l'occasion d'en observer dernièrement plusieurs exemples.

Si donc la source hospitalière vient à se tarir, le transport de la contagion dans le quartier ne se fera plus dans les mêmes proportions. C'est ce qui s'est passé pour le district hospitalier de la Pitié.

Dans l'état actuel de la science et de la société, il peut être bon que les médecins soignent à domicile autant que possible les érysipèles, en s'efforçant d'isoler les malades et d'empêcher par tous les moyens la production de petites épidémies locales.

Et il va sans dire que, dans les hôpitaux, on doit employer les mêmes précautions. On doit pratiquer l'isolement avec le plus grand soin; car M. Verneuil est persuadé qu'il aurait eu des résultats plus beaux encore s'il eût appliqué un isolement rigoureux en même temps que les procédés d'antisepsie.

Quant à ces procédés, il ne désespère pas qu'ils deviennent un jour pleinement efficaces, quand on aura trouvé l'agent spécifique contre le microbe de l'érysipèle. A ce point de vue, en effet, il y a de très grandes différences entre les divers antiseptiques. L'iodoforme ne produit rien, l'acide phénique donne déjà des résultats meilleurs de beaucoup, et il paraît que le sublimé est absolument efficace.

Le jour où il sera démontré qu'on a trouvé le spécifique, on pourra changer de conduite en ce qui touche les admissions. Alors on pourra attirer le plus possible tous les malades atteints d'érysipèle, dans les services hospitaliers, où ils pourront être traités plus facilement que partout ailleurs.

M. Verneuil n'abordera pas aujourd'hui une autre face de la question : celle de savoir si les procédés antiseptiques, en diminuant la fréquence de l'érysipèle, en ont diminué la gravité.

Il résume les données de son mémoire actuel dans les formes suivantes :

1° L'érysipèle, maladie nosologique infectieuse, contagieuse, auto-inoculable, a des causes multiples qu'il sera difficile de supprimer de longtemps encore.

2° Dans nos grands centres, l'érysipèle, essentiellement endémique, s'alimente à deux sources distinctes : l'une extérieure, la ville; l'autre intérieure, l'hôpital, qui s'empoisonnent réciproquement.

3° On n'a guère de prise directe sur l'endémie de la ville, ni sur les cas sporadiques de l'intérieur; néanmoins on est beaucoup plus puissant dans le foyer nosocomial : là on peut prévenir dans une large mesure l'apparition et l'extension du mal par des précautions minutieuses contre l'auto-inoculation par les pansements antiseptiques, par l'isolement, s'il est possible, et, à son défaut, par la création autour du malade d'une atmosphère circonscrite antiseptique.

4° La diminution de l'érysipèle dans les salles de chirurgie n'a pas seulement pour effet l'assainissement de ces salles, elle entraîne l'assainissement de l'hôpital tout entier et de tout le quartier tributaire de cet hôpital, assainissement péremptoirement démontré par la diminution considérable des érysipélateux venus du dehors.

5° Si les ressources prophylactiques et curatives dont la science a démontré l'efficacité, étaient rigoureusement et généralement appliquées en ville et à l'hôpital, on pourrait espérer que l'érysipèle deviendrait rare comme la pyohémie, et peut-être disparaîtrait complètement comme la pourriture d'hôpital.

DISCUSSION

M. GOSSELIN est d'accord avec M. Verneuil sur l'utilité des antiseptiques. A la Charité, en huit ans, il a eu 86 érysipèles, dont 63 ont guéri et 23 se sont terminés par la mort. Durant ce temps, il faut distinguer deux périodes, dont l'une se termine et l'autre commence à la fin de l'année 1879. Jusque-là M. Gosselin n'employait les antiseptiques qu'avec une certaine réserve; il se servait d'acide phénique dilué au 100e ou au 200e, etc. Or il faut bien savoir que les antiseptiques, pour être efficaces contre l'érysipèle, doivent être employés sérieusement, comme M. Gosselin l'a fait à partir de l'année 1880. Auparavant il avait déjà peu d'érysipèles, relativement; mais cela tenait aux précautions qu'il avait déjà recommandées lors du congrès de 1867. Il évitait autant que possible de se servir du bistouri, surtout quand il s'agissait soit de la tête, soit des régions mammaires : car c'est là que l'érysipèle se développe le plus aisément. Même avec l'usage des antiseptiques, les opérations sur les seins y prédisposent encore plus que d'autres. Et avant que l'on eût recours au pansement de Lister, c'était bien pis. M. Gosselin rappelle qu'à une certaine époque, sur un total de 36 ablations du sein à l'aide du bistouri, il avait compté 21 érysipèles, dont 12 mortels. Il avait donc presque entièrement renoncé à l'usage du bistouri pour ce genre d'opérations, jusqu'à ce qu'il employât le pansement de Lister. Depuis lors, il put revenir impunément à l'instrument tranchant; car, il en est convaincu, les antiseptiques sont, dans une très large mesure, préservatifs de l'érysipèle.

M. PANAS. Je suis un des premiers chirurgiens de Paris qui aient mis en pratique la méthode de Lister dans toute sa rigueur; et d'une façon générale, je puis dire que je suis d'accord avec MM. Gosselin et Verneuil sur l'utilité des procédés antiseptiques contre l'érysipèle. Le nombre des érysipèles et leur gravité a certainement diminué de beaucoup depuis qu'on fait de l'antisepsie. Mais tous les moyens antiseptiques ne sont pas également efficaces. M. Verneuil a dit lui-même que l'iodoforme l'était très peu, l'acide phénique un peu plus et le sublimé plus encore. Si donc on donnait des statistiques relatives à l'emploi de ces trois moyens, les résultats seraient différents, bien que le terme d'antiseptiques pût s'appliquer à tous. D'ailleurs l'antisepsie bien faite ne consiste pas seulement dans l'application d'un germinicide, mais elle comporte tout un ensemble de précautions. Somme toute, il est incontestable que les érysipèles sont devenus bien moins fréquents dans les services où l'on se préoccupe de l'antisepsie.

M. LE FORT. Il est certain que les agents dits antiseptiques n'ont pas tous une action égale contre l'érysipèle. J'ai eu, à maintes reprises, l'occasion de le constater. Pendant trois ans de suite, à l'hôpital Cochin, je faisais panser toutes les plaies dans les salles des femmes avec de l'alcool simple, et dans les salles des hommes avec de l'alcool camphré. Cette addition de camphre avait pour but d'empêcher les infirmiers de boire l'alcool destiné aux pansements. Or, durant tout ce temps, les érysipèles restèrent assez fréquents chez les femmes, tandis que je n'en avais pas un seul chez les hommes. Quand je passai ensuite à l'hôpital Lariboisière, j'y trouvai d'abord un service encombré d'érysipèles, et il me fallut quelque temps pour faire disparaître ce foyer de contagion. Puis

tout alla bien. Je n'observais plus que ces cas isolés qui peuvent se développer indépendamment de toute épidémie chez les opérés dont on fait saigner les bourgeons charnus par des explorations intempestives. Je faisais toujours panser les plaies avec de l'alcool camphré. Un jour, un premier érysipèle, étant survenu, fut rapidement suivi de deux autres. Je me défiai de la manière dont les pansements étaient pratiqués, et je tins à les faire moi-même. Je demandai de l'alcool camphré. On m'apporta de l'alcool simple. L'alcool camphré manquait alors à la pharmacie. On s'en procura, et l'épidémie s'éteignit. Cela ne me frappa pas d'abord suffisamment. Mais quand le fait se fut reproduit à quelques mois de distance, quand je vis encore la production d'une petite épidémie d'érysipèle coïncider avec une substitution d'alcool simple à l'alcool camphré, quand je vis l'érysipèle s'éteindre dès que la pharmacie de l'hôpital fut mieux pourvue, je commençai à attribuer au camphre une action spéciale. Et, en effet, le camphre est très actif contre l'érysipèle, tandis que l'alcool, antiseptique à d'autres points de vue, ne paraît pas l'être à celui-là.

Quant à l'acide phénique, non seulement je ne le considère pas comme efficace contre l'érysipèle, mais je l'accuse de prédisposer à cette complication. C'est un irritant de la peau, quand, par exemple, le pus, assez abondant pour traverser le protective, s'en est imprégné. La peau rougit alors, et c'est souvent le point de départ d'un érysipèle.

En effet, il faut distinguer deux espèces d'érysipèles : ceux qui viennent du dehors, par contagion, et ceux qui se produisent sur le malade lui-même, par les conditions particulières de l'individu et de la plaie. Tout ce qui peut irriter la plaie peut contribuer à la production de ce dernier. L'acide phénique, par son action locale, est dans ce cas.

Mais il est très vrai que l'antisepsie ne consiste pas seulement dans l'emploi d'un germinicide ; l'usage des drains, empêchant le pus de séjourner en s'altérant au fond des plaies, y joue un grand rôle. C'est à ce point de vue qu'on peut regarder la méthode comme utile contre l'érysipèle, quel que soit le liquide choisi.

M. TRÉLAT. L'emploi des antiseptiques a rendu des services d'autant plus grands contre l'érysipèle, que cette maladie, à mon avis, et sur ce point je me sépare absolument de M. Le Fort, est toujours due à un germe spécial, à une contagion. Je ne crois pas aux érysipèles par irritation purement locale. Je suis convaincu qu'on pourra un jour déterminer quel est le micro-organisme principe de cette maladie, et, dès à présent, l'expérience m'a démontré qu'on pouvait le combattre efficacement par l'application des antiseptiques.

Mais ce n'est pas l'affaire d'un jour, ni de quelques jours. Quand j'arrivai à l'hôpital Necker, le service était encombré d'érysipèles. La première année, je ne fis rien pour en diminuer le nombre, persuadé que ce serait en vain. La deuxième année, j'entrepris la lutte ; mais je crus d'abord que je ne réussirais pas. La troisième année, je constatai l'efficacité des antiseptiques. La quatrième année, je n'eus plus un seul cas d'érysipèle.

Revenu à la Charité, dans le service qu'a occupé M. Gosselin, j'y retrouvai en très grand nombre les érysipèles, et je recommençai à faire de l'antisepsie. Mais ce n'est pas aussi facile qu'on le suppose. Si les élèves sont persuadés de l'utilité des précautions prises, tout le personnel, à partir de l'administration jusqu'aux filles de service et aux infirmiers, paraît d'une mauvaise volonté qui, en réalité, ne tient qu'à l'ignorance. La contagion est apportée d'autres services, par toutes sortes de voies, sous toutes sortes de formes ; et voilà pourquoi les résultats ne sont ni aussi prompts ni aussi complets qu'on pourrait l'espérer.

Je suis persuadé que le jour où tout le monde appliquera rigoureusement l'antisepsie, on pourra éteindre définitivement l'érysipèle. Dès à présent, on en diminue de beaucoup la fréquence et la gravité.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les prix proposés par l'Académie des sciences en ce qui concerne les sciences médico-chirurgicales et naturelles sont :

1° POUR L'ANNÉE 1885.

PHYSIOLOGIE. — *Prix L. Lacaze :* A décerner à l'ouvrage ou au mémoire qui aura le plus contribué aux progrès de la physiologie.

STATISTIQUE. — *Prix Montyon.*

CHIMIE ORGANIQUE. — *Prix Jecker.*

CHIMIE. — *Prix L. Lacaze :* A décerner à l'ouvrage ou au mémoire qui aura le plus contribué aux progrès de la chimie.

GÉOLOGIE. — *Prix Delesse :* A décerner à l'auteur d'un travail concernant les sciences géologiques ou, à défaut, les sciences minéralogiques.

BOTANIQUE. — *Prix Barbier :* Découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir. — *Prix Desmazières :* Sur tout ou partie de la cryptogamie. — *Prix Montagne :* Anatomie, physiologie, développement ou description des cryptogames inférieurs (thallophytes et muscinées).

ANATOMIE ET ZOOLOGIE. — *Prix Savigny :* A décerner à de jeunes zoologistes voyageurs. — *Prix Thore :* A attribuer alternativement aux travaux sur les cryptogames cellulaires d'Europe, et aux recherches sur les mœurs ou l'anatomie d'une espèce d'insecte d'Europe. — *Prix Bordin :* Étude comparative des animaux d'eau douce de l'Afrique, de l'Asie méridionale, de l'Australie et des îles du Grand Océan. — *Prix da Gama Machado :* Des parties colorées du système tégumentaire des animaux ou de la matière fécondante des êtres animés.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES. — Étude de la structure intime des organes tactiles dans l'un des principaux groupes naturels d'animaux invertébrés.

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *Prix Montyon :* Pour tous les ouvrages ou découvertes jugés les plus utiles à l'art de guérir. — *Prix Bréant :* A décerner à celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce fléau. — *Prix Godard :* Anatomie, physiologie et pathologie des organes génito-urinaires. — *Prix Dusgate :* A décerner à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées. — *Prix Lallemand :* Travaux relatifs au système nerveux dans la plus large acception des mots.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — *Prix Montyon.*

PRIX GÉNÉRAUX. — *Prix Montyon :* Arts insalubres. — *Prix Cuvier :* Destiné à l'ouvrage le plus remarquable soit sur le règne animal, soit sur la géologie. — *Prix Trémont :* Pour tout savant auquel une assistance sera nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France. — *Prix Gegner :* Destiné à soutenir un savant qui se sera distingué par des travaux sérieux poursuivis en faveur du progrès des sciences positives. — *Prix Petit d'Ormoy :* Sciences naturelles.

2° POUR L'ANNÉE 1886.

MÉTÉOROLOGIE. — *Prix Vaillant :* Étudier l'influence que peuvent avoir sur les tremblements de terre l'état géologique d'une contrée, l'action des eaux ou celle des causes physiques de tout autre ordre.

BOTANIQUE. — *Prix de La Fons Mélicocq :* Décerné au meilleur ouvrage de botanique sur le nord de la France.

Prix Delalande-Guérineau : Destiné au voyageur français ou au savant qui, l'un ou l'autre, aura rendu le plus de services à la France ou à la science.

Prix Jean Reynaud : Travail le plus méritant qui se sera produit pendant une période de cinq ans.

Prix Jérôme Ponti : A décerner à l'auteur d'un travail scientifique

dont la continuation ou le développement seront jugés importants pour la science.

3° POUR L'ANNÉE 1887.

Prix Serres : Sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine.

Prix Chaussier : Décerné à des travaux importants de médecine légale ou de médecine pratique.

— Par arrêté ministériel, en date du 14 février 1885, MM. les docteurs Royer et Lavallée sont nommés médecins du bureau de bienfaisance du III° arrondissement de Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 février 1885, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle à l'École de médecine de Tours, s'ouvrira le 9 novembre 1885, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— *Faculté des sciences de Clermont-Ferrand.* — M. Robinet est chargé des fonctions de préparateur d'histoire naturelle.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Guynet (de Barjac).

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz commencera à l'hôpital Cochin ses conférences de clinique thérapeutique, le mercredi, 4 mars, à dix heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Conférences sur la matière médicale et la séméiologie, les lundis et vendredis à dix heures, par MM. les docteurs Bardet et Sapelier, attachés au laboratoire de thérapeutique, et par MM. Courtade et Brossard, internes du service. Visites et interrogatoire tous les mardis à neuf heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17475.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en medecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numero : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Extension progressive des affections vénériennes à Paris.

Un fait très grave, que nous ont signalé en même temps plusieurs des médecins les mieux placés pour s'en rendre compte, c'est l'extrême multiplication des affections vénériennes à Paris durant ces dernières années.

M. Guibout nous rappelait que, quand il commença ses études médicales, on ne trouvait guère de vénériens dans les hôpitaux, en dehors des deux hôpitaux spéciaux, suffisants pour les recevoir à peu près tous.

Aujourd'hui ils abondent partout, et en si grand nombre que, dans une seule consultation de l'hôpital Saint-Louis, nous en avons vu près d'une soixantaine se présenter à l'examen de M. le professeur Fournier, le plus grand nombre pour la première fois.

Rien de plus commun aujourd'hui, dans les salles de cet hôpital, que les accidents primitifs, le chancre récent, etc.

Souvent ce sont de pauvres jeunes filles, presque des enfants, venues à Paris pour se placer comme domestiques et qui ont déjà leur santé perdue après quelques semaines de séjour.

Et plus on va, plus le mal s'étend.

Autrefois, la ville de Paris passait avec raison pour une des capitales les plus saines à ce point de vue, infiniment plus saine que Berlin, Vienne et Londres.

Pourquoi les choses ont-elles changé ?

M. Guibout croit que c'est surtout parce qu'on s'est relâché des anciens règlements hospitaliers et de police.

Quand on dirigeait les vénériens atteints d'accidents communicables sur un des hôpitaux spéciaux, une fois une fille entrée à l'hôpital de Lourcine, par exemple, elle ne pouvait plus en sortir qu'avec patente nette, en quelque sorte, c'est-à-dire qu'on la retenait jusqu'à ce qu'elle fût assez guérie, suivant le médecin du service, pour n'être plus apte à communiquer la maladie qui l'avait atteinte.

La réglementation de la prostitution était d'ailleurs des plus sévères. Pour n'être pas enfermées aussitôt à Saint-Lazare, toutes les filles publiques devaient être munies de cartes et se soumettre régulièrement à des visites périodiques. Sitôt contaminées, elles étaient transportées à l'hôpital, et on leur appliquait le seul procédé vraiment efficace contre la propagation possible des divers contages, l'isolement dans une sorte de lazaret.

A présent, la police des mœurs est tout à fait désorganisée, ou du moins ne fait plus sentir son action d'une manière utile.

Les filles publiques ne sont plus inscrites, pour la plupart. Elles peuvent exercer librement leur petit commerce avec l'aide et la protection de souteneurs, qu'il faut compter parmi les agents de contagion les plus actifs.

Quand elles sont entrées à l'hôpital, elles en sortent quand elles le veulent, en pleine évolution d'accidents contagieux, et, pendant ces fugues de quelques jours, elles répandent à profusion les germes morbides autour d'elles.

Ajoutons que l'immigration étrangère, l'immigration allemande notamment, a pris à Paris une nouvelle forme. Les relevés statistiques de l'administration publique ont révélé le nombre considérable des immigrants allemands à Paris inscrits aux bureaux de bienfaisance. Ceux qui affluent chez nous, en nombre constamment croissant, ce ne sont pas seulement des ouvriers, qui viennent en France chercher de l'ouvrage, c'est la dernière classe des villes, celle qui ne travaille pas, celle qui compte pour vivre sur la mendicité ou sur d'autres ressources encore moins avouables. Là se recrutent les prostituées de la plus infime catégorie. Déjà autrefois, dans nos villes de l'Est, on appelait *les allemandes* les femmes qui remplissaient les bouges les plus infimes, les maisons de prostitution les plus mal famées ; et, dans le fait, ces femmes, qui s'établissaient dans le voisinage des casernes, qui constituaient dès lors les foyers les plus dangereux de contagion vénérienne, et que l'on nommait vulgairement « les filles à soldats », étaient, en Franche-Comté, presque toutes allemandes.

Avec l'industrie des souteneurs qui se développe et fructifie, l'immigration d'un sexe est aussi dangereuse pour la santé publique que celle de l'autre, quand il s'agit de cette lie, importée des villes étrangères, autrefois particulièrement un fléau de Londres, maintenant également un fléau de Paris.

Quelque multiples qu'en soient d'ailleurs les causes, le fait est là, fait inquiétant, que les hommes compétents signalent de toutes parts et qui réclame des mesures à étudier entre les hygiénistes et les législateurs.

Cas de choléra isolé et mortel.

Les cas isolés de choléra qui se sont produits à Paris durant quelques mois, avant qu'aucune épidémie ne s'y déclarât, ont vivement appelé l'attention sur ce qu'on nomme le choléra sporadique.

Pour notre part, nous avons montré que ce choléra, distinct de l'autre en ce qu'il paraît indépendant de toute contagion et ne se propage jamais autour des personnes atteintes, lui ressemble, au contraire, infiniment par l'ensemble de ses symptômes, par la gravité qu'il peut avoir, par l'extrême rapidité de son évolution dans certains cas d'une issue fatale.

Sa fréquence, sa léthalité paraissent être indépendantes des influences relatives au choléra asiatique importé.

L'année dernière, pendant l'été, — alors que le choléra contagieux et épidémique régnait à Marseille, à Toulon, dans une grande partie du midi de la France, — à Paris, où aboutissaient une grande partie de ceux qui fuyaient les lieux infectés, il y avait moins de morts par affections cholériformes qu'en 1881, année complètement dépourvue de toute épidémie de ce genre.

Tous les cas qui se sont produits sont d'ailleurs restés isolés, sans retentissement quelconque sur les personnes de l'entourage, sur les habitants du quartier.

Et cependant, au point de vue de la symptomatologie, ils ne différaient souvent en rien du choléra asiatique vrai.

Nous avons pu le constater nous-même, à bien des reprises : par exemple en 1883, en l'absence de toute contagion, de toute constitution diarrhéique saisonnière, sur un ouvrier pris du choléra et qui est mort en quelques heures avec vomissements riziformes, algidité, anurie, crampes, tout l'ensemble du choléra tel que nous l'avons vu, notamment, en Égypte pendant notre mission de 1865.

M. le docteur Glais (de Pontivy) nous adresse une observation tout à fait semblable, mais d'autant plus intéressante que le fait en question s'est produit au mois de novembre, à un moment de l'année où le temps n'est plus chaud et où, par conséquent, on n'est plus tenté de considérer les cas isolés de choléra comme une affection saisonnière.

Nous laissons ici la parole à notre confrère de Pontivy :

« B..., au Fauny-en-Crédin, jeune homme d'environ vingt-huit ans, a été vu par nous, le 21 novembre dernier, vers dix heures du matin, et, à notre examen, nous avons constaté ce qui suit :

Absence de hernie.

Peau froide. Langue froide et humide. Pouls introuvable. Battements du cœur faibles et pas très fréquents. Vomissements fréquents et blanchâtres. Nous avons vu de ses matières vomies dans un vase de nuit; elles étaient comme de l'eau de riz ou du lait-ribot un peu clair. Pas de diarrhée. Ventre augmenté de volume, dur et sonore à la percussion. Coliques fréquentes avec crampes dans tous les membres. Soif ardente ; il demande sans cesse à boire. Dès qu'il a bu, il vomit aussitôt. Yeux enfoncés dans les orbites. Voix légèrement voilée.

Anurie. Cet homme n'avait pas uriné depuis hier soir. Il nous dit que c'est parce qu'il n'avait pas uriné que son ventre était enflé. Nous l'avons sondé. Par la première sonde, en gomme, que nous avons introduite, rien n'est venu ; et cependant il nous semblait qu'elle était dans la vessie. Nous avons introduit une autre sonde en gomme. Nous l'avons introduite tout entière. Rien n'est venu par la sonde. Nous l'avons retirée, et trois gouttes d'urine sont sorties à la suite de l'extrémité de la sonde. Il y avait donc anurie.

Cet homme est mort, le jour même de notre visite, vers dix heures du soir, en pleine connaissance, après trente-huit heures de maladie, en comptant du début des vomissements. Il a été impossible de le réchauffer.

B... a été pris de vomissements le 20 novembre, vers huit heures du matin, après son déjeuner, qui a consisté en du lait caillé avec des pommes de terre. Il a encore voulu aller travailler aux champs, mais il a été pris de vomissements, et il a été obligé de s'aliter. Depuis, les vomissements n'ont pas cessé, et ils ont été très fréquents.

Cet homme, avant d'être pris de vomissements, a eu la diarrhée pendant trois ou quatre jours; diarrhée très fréquente, trois ou quatre fois par heure. Nous lui avons demandé de quelle couleur étaient ses selles. Il nous a répondu : « C'était tout blanc. »

En outre, B... était venu nous consulter à Pontivy, le 3 novembre dernier, pour des accès de fièvre intermittente, qui duraient depuis quinze jours. Il était très affaibli, n'avait plus d'appétit. Nous lui prescrivîmes du sulfate de quinine, qui eut raison facilement de ces accès, et du vin de quinquina. Huit jours après, il n'avait plus de fièvre, mangeait avec bon appétit.

C'est donc sur un individu affaibli que nous avons observé les symptômes ci-dessus.

En présence de ces symptômes, quel diagnostic porter? Nul doute, si ce malade eût été dans une localité atteinte par le choléra, que le médecin qui l'eût vu, n'eût affirmé : « C'est un cholérique. » Ici, où il n'y a pas de cas de choléra, peut-on porter un autre diagnostic? Nous ne le croyons pas. Avec des symptômes aussi nets et aussi tranchés, on ne peut penser à une autre affection, et nous ne pensons pas qu'il vienne à l'idée d'aucun confrère de formuler un autre diagnostic.

Où cet homme a-t-il contracté le choléra ?

Nous nous sommes livré à une enquête, de laquelle il résulte que B... n'a pas quitté son pays et les alentours, où aucun cas de choléra n'a été signalé.

La contagion n'a donc pu se faire par le passage ou le séjour dans un lieu contaminé. S'est-elle faite par les personnes? Il n'a été en contact avec aucun individu, aucune personne venant d'un endroit où sévit le choléra.

Trois jeunes soldats de la commune de Crédin ont été renvoyés dans leurs foyers vers la fin d'août. Ces trois jeunes gens n'ont point été malades et n'ont point séjourné dans des villes contaminées. L'un était à Paris, où alors il n'y avait pas encore de choléra, l'autre à La Rochelle, et le troisième à Verdun.

Parmi les jeunes gens de Crédin et des environs, qui ont été faire vingt-huit et treize jours, aucun n'a été malade du choléra, aucun n'a été dans une localité où régnait le choléra. La contagion n'a donc pu se faire par eux.

Enfin, nous signalerons une dernière particularité, qui a trait à la recherche de la contagion, car il ne faut rien omettre lorsqu'il s'agit d'une maladie où il y a tant d'inconnues. Eh bien, nous connaissons plusieurs personnes qui ont quitté Nantes où régnait alors le choléra, parce que là des individus voisins de leur habitation sont morts du choléra. Ces personnes qui ont fui, ont passé par Pontivy, les unes pour y rester, les autres pour aller ailleurs. Mais aucune de ces personnes n'a été malade, aucun cas n'a été

signalé dans les endroits où elles ont passé et séjourné. Si ces personnes ont apporté des germes cholérigènes, ces germes ont été inoffensifs et n'ont point apparu sur les individus des localités qu'ils ont visitées. Or B... est venu nous consulter à Pontivy quelques jours après l'arrivée et le passage de quelques-unes de ces personnes qui fuyaient Nantes. Mais B... n'a pas vu ces personnes, n'a pas été en contact avec elles, et il serait étrange d'admettre que, dans ces conditions, la contagion ait pu avoir lieu. En tout cas, la contagion serait ici impossible à prouver. En effet, il faudrait démontrer que les personnes qui ont fui Nantes ont apporté des germes cholériques, chose impossible à constater dans l'état actuel de la science, puisqu'on ne les reconnaît pas. En admettant l'hypothèse qu'elles ont apporté des germes cholérigènes, ces germes devraient se manifester plutôt sur ces personnes ou sur celles qui ont été en contact et en relation avec elles. Or cela n'a pas eu lieu. Est-il vraisemblable alors de croire que ces germes ont uniquement évolué à distance sur une personne avec laquelle ils n'ont pas été en contact? Dans ce cas, ils ne se manifesteraient pas dans les conditions les plus favorables, mais dans celles qui sont les plus défavorables. A moins de preuves positives, la raison ne peut admettre cela.

Si on admet qu'ils se sont répandus dans l'air, pourquoi une seule personne frappée et non plusieurs, puisque tout le monde respire le même air dans une certaine zone? B... n'était pas le seul individu affaibli : il y en avait bien d'autres. Rien donc n'autorise à affirmer la contagion; tout autorise, au contraire, à la rejeter. Aussi, notre conclusion est-elle que, dans le cas actuel, il est impossible de découvrir comment et où ce jeune homme a contracté le choléra ailleurs que dans son pays.

B... a été enterré trente-sept heures après sa mort. Aucune précaution, aucune mesure de désinfection n'ont été prises. Et cependant personne dans la maison, ni dans le village, ni dans la commune, ni dans les alentours, n'a été malade après lui. Et voilà de cela plus de trois mois.

Ici, le choléra naît et meurt avec ce jeune homme. Personne dans le pays n'est atteint avant lui, personne n'est atteint après lui. C'est un cas unique de choléra.

Le signe caractéristique jusqu'ici de la nature du choléra, sa contagion ou sa propagation, fait ici complètement défaut.

La dernière épidémie de choléra en France a causé bien des surprises par sa manière d'être; l'observation que nous publions n'est pas faite pour les diminuer. »

M. Glais hésite à attribuer ce fait de choléra à une contagion dont le point de départ aurait été les personnes parties de Nantes et qui ont traversé Pontivy.

Cependant, ce qui est plus rare dans le choléra sporadique, et ce qui est beaucoup plus commun dans le choléra importé, l'invasion de la maladie avait été précédée d'une diarrhée prémonitoire de quelques jours.

Mais s'il s'était agi de germes importés, ne serait-il pas étonnant que la contagion se fût arrêtée là?

Ce fait rentre donc dans le cadre de ceux qu'il convient d'étudier d'une façon toute particulière, si on veut pouvoir se rendre un jour un compte exact de la nature et des conditions de production du choléra.

Les cas isolés, les cas sporadiques, les cas stériles au point de vue de la dissémination du mal, sont-ils dus à un même germe, laissé par des épidémies précédentes, et se réveillant, après des années de sommeil, pour frapper un individu, sans acquérir assez de force pour se propager en dehors de lui?

Certains bons esprits le supposent. Mais contre cette manière de voir, il y a de puissantes objections.

Il est vrai qu'une épidémie s'endort et se réveille parfois après quelques mois, avant de s'éteindre d'une manière définitive.

C'est ce qui est arrivé à Paris en 1855, à Amiens en 1866.

Mais chaque fois qu'il se réveille ainsi, le choléra épidémique reprend son même caractère de contagiosité évidente.

Or c'est là ce qui fait défaut dans le choléra sporadique, alors qu'il se montre en qualité de maladie saisonnière; et c'est là ce qui fait également défaut dans les cas semblables à celui qu'a recueilli M. le docteur Glais.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance annuelle du 23 février 1885 (1). — Présidence de M. ROLLAND.

IV

Prix Lallemand (2). — I. M. Brown-Séquard a soumis au jugement de l'Académie, pour le concours du prix Lallemand, la série de ses travaux sur l'*inhibition* et la *dynamogénie*.

L'importance de ses recherches est tellement connue dans le monde savant, que votre Commission aurait pu justifier le prix qu'elle accorde à M. Brown-Séquard par l'énoncé seul des mémoires présentés et par le renom de leur auteur; mais elle a dû obéir à l'usage en vous soumettant le rapport suivant.

On savait depuis plusieurs années, grâce aux travaux des frères Weber, de Claude Bernard, de Pflüger et d'autres physiologistes, que l'excitation de certains nerfs a pour conséquence l'arrêt de certains mouvements, la suspension de certaines activités. Ainsi l'excitation du bout périphérique du nerf pneumogastrique suspend les battements du cœur, celle de son bout central arrête les mouvements respiratoires, etc. Et ces phénomènes d'*arrêt*, comme on les appelle, peuvent être obtenus, tantôt par l'excitation directe des nerfs, tantôt par la mise en jeu de l'activité réflexe des centres nerveux.

M. Brown-Séquard a beaucoup étendu nos connaissances dans le domaine de ces faits qu'il a désignés sous le nom général d'*inhibition*. L'activité des centres nerveux, des nerfs, des tissus contractiles, à l'état normal comme à l'état pathologique, les phénomènes chimiques de la nutrition, peuvent être *inhibés*, c'est-à-dire suspendus et en apparence annihilés.

Ainsi, pour prendre des exemples parmi les faits découverts par M. Brown-Séquard lui-même, un fort courant d'acide carbonique dirigé sur le larynx arrête la respiration et supprime la sensibilité générale, inhibées par l'excitation des nerfs laryngés supérieurs. Ainsi, la piqûre d'un cordon postérieur de la moelle épinière, à la région dorso-lombaire, anesthésie le membre postérieur du côté opposé. Ainsi, les convulsions de l'attaque d'épilepsie spinale sont inhibées par le tiraillement du gros orteil. Ainsi, diverses lésions des centres nerveux et certaines excitations périphériques, comme l'application du chloroforme sur la peau, inhibent les échanges nutritifs à ce point que le sang reste rouge dans les veines.

En opposition avec ces faits d'arrêt, de suspension momentanée ou définitive d'une activité, M. Brown-Séquard place les faits d'augmentation d'activité, qu'il désigne sous le nom de *dynamogénie*.

Comme l'inhibition, la dynamogénie existe pour les propriétés

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 février 1885.

(2) Commissaires : MM. Gosselin, Charcot, Vulpian, Richet; Paul Bert, rapporteur.

normales ou morbides des nerfs et des muscles et peut être mise en jeu par voie directe ou par voie réflexe.

Ces deux ordres de phénomènes coïncident souvent chez le même animal ou chez le même malade, à la suite d'une certaine lésion; mais, bien entendu, dans des régions différentes du corps.

Ainsi, la section de la moitié droite de la moelle épinière exagérera l'excitabilité de la partie droite de la moelle située au-dessus de la section (*dynamogénie*) et diminuera l'excitabilité de la partie gauche (*inhibition*). De même l'irritation d'un point de la peau par le chloroforme détermine ici l'augmentation : là, la diminution des activités nerveuses et musculaires.

M. Brown-Séquard a poursuivi l'étude de ces deux ordres de phénomènes, non seulement par des expériences de vivisection, mais par l'analyse des faits pathologiques et particuliers de ces états morbides singuliers, désignés sous le nom général d'*hypnotisme*. Ajoutons que l'interprétation qu'il donne de ses observations l'amène à combattre avec une grande ardeur la théorie, aujourd'hui admise par presque tous les physiologistes, de l'existence de centres moteurs à la surface des hémisphères cérébraux.

Au cours de ses recherches, M. Brown-Séquard a découvert d'admirables faits de détail dans le domaine de l'expérimentation où de l'observation pure. Ces découvertes, à elles seules, lui mériteraient l'attribution du prix Lallemand; mais elle est encore plus justifiée par la synthèse qu'il a su faire de ces faits et qui ajoute deux nouveaux chapitres à l'histoire des propriétés et des fonctions du système nerveux.

II. Une mention honorable a été accordée à M. le docteur Nicaise, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris, pour le travail qu'il a publié dans l'*Encyclopédie internationale de chirurgie* sur les *maladies chirurgicales des nerfs*.

Cet article comprend un exposé complet de l'état actuel de la science sur cet important sujet. Ce n'est point une simple compilation; l'auteur y rapporte un certain nombre d'expériences et d'observations cliniques personnelles. Nous signalerons particulièrement les études sur la compression et la distension des nerfs, sur la névrite, les tumeurs des nerfs.

V

Physiologie (prix Montyon) (1). — I. Les recherches de MM. Jolyet et Laffont *sur les nerfs vaso-dilatateurs et sur les nerfs sécrétoires contenus dans les diverses branches de la cinquième paire* ont attiré particulièrement l'attention de votre Commission.

Les expériences de Claude Bernard ont montré, dès 1858, que l'excitation du nerf, connu sous le nom de *corde du tympan*, détermine dans les vaisseaux des glandes sous-maxillaire et sub-linguale une dilatation avec un écoulement plus rapide du sang veineux, qui devient rouge. A la découverte des nerfs vaso-constricteurs, Claude Bernard ajoutait ainsi celle des nerfs vaso-dilatateurs.

Plus tard, M. Lépine, chez la grenouille, puis M. Vulpian, chez les mammifères, trouvèrent dans le nerf glosso-pharyngien des nerfs vaso-dilatateurs de la langue, et notre savant confrère montra que l'excitation de la corde du tympan fait rougir la muqueuse linguale en en dilatant les vaisseaux.

Les recherches de MM. Jolyet et Laffont étendent à des filets nerveux contenus dans le nerf maxillaire supérieur et dans d'autres branches du trijumeau la fonction vaso-dilatatrice. Elles tendent, par conséquent, à faire supposer que les phénomènes vaso-dilatateurs ne sont pas des cas particuliers de certaines régions limitées du corps : supposition corroborée par les études sur les vaso-dilatateurs des membres, et démontrée par le beau et récent travail de MM. Dastres et Morat.

En outre, l'examen des modifications de la pression sanguine intra-vasculaire, pendant l'excitation des nerfs dilatateurs, a permis d'écarter quelques hypothèses émises sur le mode d'action de ces nerfs. Dès le début de l'excitation, comme l'ont montré MM. Jolyet et Laffont, la pression sanguine diminue dans les artères et augmente dans les veines.

On ne peut donc plus chercher à expliquer la dilatation des capillaires et des artérioles par une constriction des veinules, car celle-ci devrait augmenter la pression artérielle. De plus, la baisse de cette pression est primitive et suit immédiatement l'excitation nerveuse, ce qui prouve bien qu'il n'y a pas là un phénomène de relâchement par suite d'épuisement.

Ces recherches sont d'une grande délicatesse et présentent des difficultés expérimentales considérables. En même temps elles touchent à des questions de physiologie générale de la plus haute importance. La Commission accorde à leurs auteurs le prix de physiologie expérimentale.

II. Une mention honorable est accordée à M. Léon Frédéricq, professeur à l'Université de Liège, qui nous a adressé plusieurs mémoires.

Le plus important, qui a pour titre : *Sur la régulation de la température chez les animaux à sang chaud*, a déjà été couronné par l'Académie royale de Belgique, en 1882. L'auteur y établit que la lutte contre le chaud et la lutte contre le froid s'opèrent par des mécanismes nerveux. Le froid met en jeu, par voie réflexe, l'activité des centres nerveux, que sollicite l'excitation des nerfs sensibles de la peau. La chaleur, au contraire, agit directement sur les centres nerveux, impressionnés par l'excès de la production de chaleur interne.

Dans un second mémoire, M. L. Frédéricq étudie les *oscillations respiratoires de la pression artérielle chez le chien*. Il montre que, si la pression augmente pendant l'inspiration, à l'inverse de ce que devrait produire le vide thoracique, cela tient à l'accélération considérable des pulsations cardiaques.

Notons encore deux autres travaux : l'un, sur l'étude de la *fièvre chez le chien et le lapin*; l'autre, sur les *amputations dites volontaires* de certains animaux inférieurs, et qui seraient un acte purement réflexe.

(1) Commissaires : MM. Vulpian, Gosselin, Charcot, Marey; Paul Bert, rapporteur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 février 1885. — Présidence de M. Duplay.

COMMUNICATIONS

Hématose de la région fessière. — **M. FOLLET** (de Lyon) adresse l'observation d'un homme de trente-trois ans qui portait sur la fesse gauche une tumeur grosse comme une tête d'adulte, mollasse et pendante, sans rougeur à la peau, présentant en un point une ulcération qui laissait suinter un liquide incolore. En 1865, cet homme, étant très chargé, fit un violent effort pour se redresser; il ressentit aussitôt une vive douleur, due probablement à une rupture musculaire. Quelques semaines après apparaissait une tumeur du volume d'un œuf de poule, devenant peu à peu indolente et augmentant de volume sans déterminer de douleur. La peau devint tendue; puis, en l'espace de huit jours, se forma une petite ulcération par laquelle la tumeur commença à se vider peu à peu, quand, brusquement, le malade perdit huit à dix litres de liquide sanguinolent. La surface interne de cette vaste cavité était tomenteuse, sans cloisonnement. Il y avait un vaste kyste dans les muscles fessiers, sans rapports avec la bourse séreuse trochantérienne. Le liquide albumineux contenait des globules rouges altérés et des cristaux de cholestérine.

M. Follet pratiqua une opération qui consista à circonscrire un lambeau de peau pour l'exciser, à ouvrir largement le kyste et à le décortiquer plus ou moins complètement. La décortication profonde fut très laborieuse; il y avait une vascularisation considérable; on rencontra une grosse bride fibreuse, analogue à un pédicule de kyste. Il y avait un prolongement tubulaire épais se reliant à une poche profonde encore ignorée. On appliqua un drainage et

on fit la suture. La plaie se désunit et on aperçoit au fond un gros pédicule qui conduit à un second kyste sous le grand fessier qui était presque vide au moment de l'opération; ce kyste allait de la crête iliaque au pli fessier et du grand trochanter au fascia lata.

M. Follet, jugeant la décortication dangereuse, recourut au drainage et aux injections iodées. Après six semaines, on constate des diverticules multiples. La plaie devient granuleuse. Il se fait une fusée purulente vers la cuisse, qui nécessite un nouveau drain et des contre-ouvertures. Pansement ouaté phéniqué. Environ deux mois après, presque toute la plaie est fermée, l'état général est rétabli. Enfin on a plus tard des nouvelles du malade et l'on apprend qu'il est complètement rétabli.

M. VERNEUIL a soigné, il y a deux ans, une dame âgée d'environ cinquante ans, qui portait un kyste hématique allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Ce kyste était d'origine traumatique et provenait des suites d'une chute de voiture. Il s'était développé dans la bourse séreuse du grand trochanter et de là avait envoyé des prolongements de tous côtés. M. Verneuil essaya de disséquer la poche; mais cette dissection était d'une extrême difficulté et pouvait donner lieu à une hémorrhagie considérable. C'est pourquoi il se contenta d'ouvrir largement la poche au thermo-cautère, de gratter toutes les fausses membranes et de promener le thermo-cautère sur toute la surface de la plaie ouverte. La malade mit environ trois mois à guérir. Il n'est donc pas nécessaire de disséquer la poche dans ces cas. Il suffit de la fendre, de gratter les fausses membranes et de cautériser toute la face interne au fer rouge.

Ostéomyélite. — M. TERRILLON a pu avoir, par M. Picqué, des nouvelles du malade dont il a parlé dans la dernière séance. Ce malade, après avoir été quelque temps à Vincennes, est rentré à l'Hôtel-Dieu sans aucune attitude vicieuse, avec sa fracture consolidée, mais présentant toujours une assez notable tuméfaction de l'os avec une petite fistule. L'état général est très bon. Il n'est donc pas douteux qu'on a eu affaire, dans ce cas, à une ostéomyélite accompagnée d'une fracture spontanée actuellement consolidée.

Amputation sous-périostée. — M. NICAISE fait un rapport sur une communication de M. Robert relative à un cas d'amputation sous-périostée. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-sept ans qui portait une tumeur blanche suppurée du genou gauche. M. Robert pratiqua l'amputation de la cuisse alors que déjà le malade était en pleine septicémie. Il succomba trente-six jours après l'opération. L'autopsie montra qu'il avait succombé à l'infection purulente. La plaie était cicatrisée au moment de la mort. M. Robert avait conservé une manchette périostique; il trouva, à l'autopsie, des ostéophytes, le canal médullaire oblitéré et le périoste rétracté. Il conclut contre les amputations sous-périostées.

M. Nicaise croit que la présence d'ostéophytes ne prouve rien contre la conservation d'une manchette périostique. Il est partisan de la conservation du périoste. Il n'y a pas d'ostéophytes quand on obtient la réunion par première intention. En tous cas, la production d'ostéophytes ne prouve rien contre l'emploi de la méthode périostée.

Fistule stercorale permanente. — M. PÉRIER rappelle avoir présenté au mois de décembre un malade dont voici l'observation résumée : Il s'agit d'un domestique, âgé de vingt-quatre ans, qui depuis l'âge de trois ans portait une hernie inguinale gauche. Cette hernie fut maintenue par un bandage jusqu'à l'âge de quatorze ans; puis elle fut abandonnée à elle-même. Jamais elle n'était complètement réduite.

Le 18 juin 1883, après une indigestion, le malade sentit un craquement dans sa hernie qui en même temps augmenta de volume. Il présenta tous les signes de la hernie étranglée classique. Pendant deux mois il n'eut aucune évacuation, même gazeuse, et eut des vomissements fécaloïdes. Après deux mois s'établit une fistule avec sphacèle étendu. Trois mois après, il se fit une ouverture au dehors; quelques matières passèrent par l'anus. Mais il restait une fistule stercorale. Le 15 mai 1884 apparut une nouvelle fistule à la racine du scrotum avec un bourrelet muqueux gros comme une noix. L'issue des matières par cette fistule était proportionnelle à leur consistance. Aucun gaz ne passait par l'anus. L'état général restait bon. Du côté du gros intestin, les lavements revenaient immédiatement par la fistule. L'exploration digitale faisait croire à une ampoule d'S iliaque perforée.

Les bords libres de la fistule sont avivés et suturés à la peau. Une incision inguinale, circonscrivant la fistule, permet de mobiliser l'intestin sans ouvrir le péritoine. Une suture intestinale faite avec du fil de soie, sans traverser la muqueuse, assure un contact plus étendu et plus serré.

La fistule est serrée avec renversement des bords en dedans. Un second rang par dessus, tout à fait semblable, comprenant la plaie fibreuse dissociée. Lavage avec la liqueur de Van Swiéten; protective, etc. Des gaz passent par l'anus le même jour. Peu de temps après, évacuation par l'anus; rien par la plaie; réunion complète; plus de pansement le huitième jour. Une hernie intestinale existe au-dessus de la cicatrice qui exige un bandage spécial. Ce malade est aujourd'hui complètement guéri.

M. Périer relève dans cette observation ce fait intéressant de l'évolution spontanée d'une hernie étranglée et de la longueur extraordinaire de cette évolution.

Fistule stercoro-purulente ; suture intestinale. — M. BOUILLY communique l'observation d'une jeune fille de vingt ans qui entra à la Charité dans le service de M. Trélat. Depuis l'âge de trois ans, elle a des accidents du côté de la paroi abdominale, abcès, fistules ombilicales, fistule stercorale vers l'âge de quatorze ans. En 1881, M. Trélat constate cette fistule; il cherche l'orifice intestinal et veut détruire le diverticule; amélioration, puis récidive vers la région iliaque droite. En août 1884, elle présente une fistule ombilicale très petite et une fistule considérable dans la fosse iliaque droite. L'écoulement est continuel. C'est une fistule stercoro-purulente avec une cavité intermédiaire réduite à un simple trajet.

Opération : La région malade ayant été bien minutieusement nettoyée, la malade ayant été soumise à une diète presque absolue de quarante-huit heures, M. Bouilly se proposait de fendre largement le trajet intermédiaire aux deux fistules, de découvrir l'orifice, de suturer ou de laisser granuler. Il écartait la résection intestinale comme trop dangereuse. Il pratique l'opération le 13 octobre 1884; il fend le trajet, trouve une perforation intestinale admettant la pulpe de l'index dans les deux sens. Un petit pont de 7 à 8 millimètres sépare une seconde perte de substance semblable. Le péritoine pariétal est très épaissi. M. Bouilly pratique une suture latérale; il dissèque les adhérences pour mobiliser les bords, et fait six points de suture avec du fil de soie. Le contact est assez difficile à cause de l'induration. La plaie des parties molles est laissée largement béante; le trajet est gratté. Lavages phéniqués, pansement à l'iodoforme.

La malade est prise de vomissements qui durent deux jours. Le 15 octobre, pansement; la suture a cédé largement. État général inquiétant, hébétude profonde. Température, 39 degrés. M. Bouilly craint une péritonite ; mais le ventre est souple, les vomissements ne sont point péritonéaux. Le 16, l'hébétude persiste ; la température oscille entre 38 et 39 degrés. Il y a un écoulement abondant de matières intestinales. Le 17, température, 39°,8 ; vomissements. Mort à huit heures du soir.

M. Bouilly pensa à une péritonite par pénétration des matières.

Il ne put faire qu'une autopsie partielle : il trouva des adhérences anciennes très solides ayant prévenu toute effusion possible ; pas de péritonite. Il n'y avait pas de traces de sutures. Les sutures latérales étaient illusoires à cause de la largeur. Il aurait fallu une dissection étendue très pénible, même sur le cadavre. La résection totale aurait seule pu amener la guérison, mais c'est une grave opération, surtout quand il y a des adhérences si étendues.

Quelle était, dans ce cas, la nature de la perforation? Quelle est

la cause de la mort? Probablement une affection latente, cérébrale ou autre, réveillée par le traumatisme. Il est à regretter que l'autopsie n'ait pu être complète. Les accidents ne sauraient être attribués à la gaze iodoformée, puisqu'il y a eu une élévation de température.

M. BERGER fait observer que la précaution, fort sage d'ailleurs, prise par M. Bouilly, de ne pas réunir la plaie superficielle, condamnait presque certainement à l'insuccès, la suture n'étant pas assez soutenue. Il est bien difficile de comprendre, en effet, qu'une suture intestinale puisse tenir dans ces conditions.

La réunion superficielle augmente, il est vrai, la gravité de l'opération; mais elle est nécessaire pour assurer le succès. Cette observation est une preuve de plus que les méthodes de traitement des fistules stercorales et des anus contre nature ne s'appliquent nullement aux fistules stercoro-purulentes. Elle n'est pas de nature à encourager les chirurgiens à l'intervention dans ces cas.

M. VERNEUIL félicite M. Berger de n'avoir pas réuni superficiellement, car il aurait eu fatalement un phlegmon stercoral. Voici ce que M. Verneuil aurait fait, dans ce cas : Il aurait ouvert largement, contourné toute la surface pour faire granuler, et n'aurait pas touché à l'intestin. Peut-être aurait-on obtenu de la sorte un retrait faisant entonnoir. Quant aux fistules au fond du talus cicatriciel, on aurait peut-être pu les fermer, presque sans toucher à l'intestin, par un large avivement. Donc l'opération aurait été faite en deux temps : faire granuler d'abord la surface, réunir ensuite.

Quant à la cause de la mort, M. Verneuil pense pouvoir l'attribuer à l'urémie. Voici, selon lui, la filiation : péritonite généralisée ancienne, altération viscérale portant sur le rein, urémie opératoire.

M. LE DENTU dit que si la malade de M. Bouilly avait subi une opération sur les voies urinaires, on n'aurait pas manqué de caractériser de fièvre urineuse les accidents qu'elle a présentés. Cela prouve que cette prétendue fièvre urineuse qu'on observe après la taille est probablement due, comme ici, à une lésion rénale.

M. DUPLAY dit que les opérations faites directement sur l'intestin, dans le cas de fistules stercoro-purulentes, ne réussissent pour ainsi dire jamais. Au contraire, il a obtenu trois succès en avivant le trajet au thermo-cautère. La résection était seule possible, dit M. Bouilly, mais cette opération n'était pas proportionnée aux accidents à combattre. M. Julliard (de Genève) l'a faite une fois avec succès; mais ce n'est pas un exemple à suivre.

M. BOUILLY fait observer que l'opération en deux temps, par granulation, paraît devoir être la doctrine généralement acceptée aujourd'hui.

Il ne croit pas, comme M. Verneuil, que la mort de sa malade puisse être attribuée à l'urémie. L'élévation de la température, l'abondance des urines, l'absence d'albuminurie, sont contraires à cette hypothèse.

Appareil. — **M. NICAISE** présente un appareil très simple, construit par M. Collin, pour remédier aux raideurs articulaires du genou et du coude.

La séance est levée.

CONGRÈS INTERNATIONAL

D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE DE BIARRITZ EN 1885.

L'étude de l'hydrologie, dans ses rapports avec la pratique médicale, et celle de la météorologie, dans ses rapports avec la détermination des climats, sont aujourd'hui en honneur et ont largement profité, durant ces dernières années, des progrès accomplis par les sciences diverses qu'elles ont à mettre à contribution.

L'échange des notions acquises et la constitution de méthodes propres à en assurer le développement, tel est le programme que paraissait devoir réaliser un congrès d'hydrologie et de climatologie. L'intérêt pratique qui s'attache à ces sortes d'études étant d'un caractère universel, il devait également convenir de faire appel à tous les savants qui, n'importe dans quelle contrée, s'en sont occupés d'une manière spéciale ou se trouvent attirés vers elles.

Telle est l'idée qui a présidé à l'institution du congrès international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz. Dû à l'initiative de la Société des sciences, lettres et arts de Biarritz (Biarritz-Association), il est organisé avec le concours de la Société d'hydrologie médicale de Paris et de la Société météorologique de France.

C'est la première fois que la climatologie et l'hydrologie auront eu leurs assemblées plénières. Ces assemblées marquent les progrès réalisés par la science et servent de point de départ à des progrès nouveaux, suscités et encouragés par le rapprochement cordial de ses représentants les plus autorisés. Il est permis de penser que ce n'est là qu'un premier pas fait dans une voie féconde et que des congrès ultérieurs viendront justifier l'initiative prise par le congrès de Biarritz.

Le premier congrès international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz s'ouvrira à Biarritz, le 1er octobre prochain, sous la présidence d'honneur de M. le ministre du commerce, et sous la présidence effective de M. le docteur Durand-Fardel.

La durée du congrès sera de huit jours (du 1er au 8 octobre). Après sa séance de clôture auront lieu des excursions près de diverses stations thermales des Pyrénées, en vue d'étudier sur place les captages, les installations balnéaires, etc., et près des principales stations sanitaires de la région pyrénéenne.

Le programme détaillé de ces excursions et du temps qu'elles occuperont sera publié ultérieurement.

Sera considérée comme adhérente au congrès, toute personne qui en aura adressé la déclaration accompagnée d'un mandat sur la poste de douze francs, suivant les indications données plus loin.

Toute personne adhérente recevra : 1° les documents relatifs : *a.* au sectionnement du congrès; *b.* au questionnaire dressé par les soins du comité d'organisation; *c.* un plan détaillé des excursions; — 2° une carte donnant droit au parcours sur les chemins de fer français avec 50 p. 100 de réduction; — 3° une indication détaillée avec les prix des logements, etc.

Chacune de ces pièces sera adressée successivement et en temps utile aux membres adhérents du congrès.

Comme l'envoi des cartes de parcours sur les chemins de fer ne pourra avoir lieu qu'à une époque rapprochée de l'ouverture du congrès, les adhérents sont instamment priés de faire connaître exactement l'adresse à laquelle cet envoi devra leur être fait dans le courant du mois de septembre.

Ils sont également priés d'adresser le plus promptement possible leur témoignage d'adhésion, afin de recevoir immédiatement les règlement, questionnaire, etc.

POUR LE COMITÉ D'ORGANISATION :

Le Président du congrès,

Dr DURAND-FARDEL.

A. — Les lettres d'adhésion, accompagnées d'un mandat sur la poste de douze francs, devront être adressées :

1° A M. le docteur de Lavarenne, à Paris, 21, rue Chaptal (jusqu'au 1er juin), — à Luchon (Haute-Garonne), à partir du 1er juin;

2° A M. le vicomte de Chasteigner, trésorier de Biarritz-Association, à Biarritz.

B. — Les communications ou demandes de renseignements :

1° Aux adresses ci-dessus;

2° A M. le docteur Garrigou, à Toulouse (Haute-Garonne), jusqu'au 1er juin, — à Luchon (Haute-Garonne), à partir du 1er juin.

COMITÉ D'ORGANISATION SIÉGEANT A PARIS.

Docteur DURAND-FARDEL, président honoraire de la Société d'hydrologie médicale de Paris, président du congrès;

Docteur F. GARRIGOU, secrétaire général du congrès;

Docteur CONSTANTIN PAUL, membre de l'Académie de médecine, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris;

Docteur LEUDET, secrétaire général de la Société d'hydrologie médicale de Paris;

Docteur LUNIER, membre de l'Académie de médecine, ancien vice-président de la Société météorologique de France;

M. L. TEISSERENC DE BORT, secrétaire général de la Société météorologique de France;

M. PESLIN, ingénieur en chef des mines;

M. O'SHEA, président de la Société des sciences, lettres et arts de Biarritz (Biarritz-Association);

M. FRANCK, ingénieur, membre de Biarritz-Association.

Secrétaire trésorier : Docteur de LAVARENNE, secrétaire annuel de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

43. M. LAUNOIS. De l'appareil urinaire des vieillards (étude anatomo-pathologique et clinique). — 44. M. LUCAS DE CRÉSANTIGNES. Quelques considérations sur la propagation et la prophylaxie de la diphthérie. — 45. M. CARILIAN. De l'incision exploratrice dans les tumeurs abdominales. — 46. M. BREILLOT. Du tremblement. Étude de séméiologie et de clinique. — 47. M. LARGEAU. Premier pansement des fractures ouvertes. — 48. M. TUFFIER. De la congestion dans les maladies des voies urinaires. — 49. M. LEJARD. Péricardite aiguë des vieillards. — 50. M. ARDUIN. Contribution à l'étude thérapeutique et physiologique de l'antipyrine. — 51. M. LEREFAIT. Contribution à l'étude des aberrations morphologiques des néoplasies et notamment du fibro-molluscum.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 25 février 1885, un concours s'ouvrira, le 3 novembre 1885, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

— L'Académie des sciences, dans sa séance du 16 février 1885, a proclamé membre correspondant, pour la section de botanique, en remplacement de M. Darwin, M. Sirodot (de Rennes).

— *Hôtel-Dieu de Reims.* — A la suite d'un brillant concours, M. Rebière est nommé interne.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17483.

N° 26. — MARDI 3 MARS 1885. 58e ANNÉE. MARDI 3 MARS 1885. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en medecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numero : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Un cas type d'emphysème pulmonaire.

J'ai fait descendre à l'amphithéâtre un de nos malades qui présente l'un des types les mieux accentués de l'emphysème pulmonaire, afin que nous puissions ici l'examiner ensemble.

Cet homme est âgé de quarante-neuf ans ; il est charretier, il est bien constitué, fort et vigoureux.

Pendant l'hiver de 1870, ayant été entraîné par son cheval dans la rivière, alors qu'il faisait un froid vif, il eut une affection de poitrine aiguë, sur la nature de laquelle il ne sait pas nous renseigner. Depuis lors, il a presque toujours toussé, l'hiver principalement; toux marquée surtout le matin avec expectoration. De plus, soit qu'il monte, soit qu'il marche vite, soit enfin qu'il fasse quelque effort, il éprouve une certaine gêne respiratoire, de l'oppression.

Il y a quelques années, il se plaignait aussi de pituites le matin, de nuits agitées par des rêves, d'un tremblement prononcé des mains. A cette époque, cet homme était un alcoolique qui buvait ses cinq à six litres de vin par jour. Mais, fait rare, il faut l'avouer, il a eu le mérite de se corriger, et depuis quatre ou cinq ans, il ne boit plus : partant pituites, agitations et tremblements ont disparu.

Quant aux phénomènes respiratoires qui tenaient à une tout autre cause que l'alcoolisme, étouffement, toux et expectoration, ils sont devenus plus intenses. De plus, à plusieurs reprises, les extrémités inférieures, cuisses, jambes et pieds ont été enflés.

Enfin, depuis un mois, l'hiver aidant, cet homme a été plus oppressé ; il a toussé davantage, et, ne pouvant plus travailler, il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Ceci dit sur l'historique de la maladie, passons à l'examen du malade. La poitrine est bizarrement conformée, elle est fortement dilatée, bombée, et si bien remontée que le cou en est tout raccourci ; on n'aperçoit plus ni relief claviculaire, ni dépression sus ou sous-claviculaire. Le malade est gêné dans tous ses mouvements. La respiration est pénible et la poitrine est obligée de se soulever en masse, tandis que, d'autre part, les muscles abdominaux sont forcés de collaborer à la respiration. Bref, l'examen du thorax nous dit tout de suite que nous devons avoir affaire à quelque emphysème pulmonaire.

A la palpation, on constate l'absence des vibrations thoraciques, le poumon étant, dans ces conditions, mauvais conducteur du son. La percussion de la poitrine donne une résonnance exagérée, surtout sous les clavicules. D'ailleurs le son est modifié suivant la région que l'on étudie. C'est ainsi que la matité précordiale ordinaire a disparu pour faire place à une certaine sonorité, le cœur se trouvant refoulé en arrière par la lame pulmonaire ; aussi, à la palpation de l'organe central de la circulation, ne sent-on pas les battements du cœur. A droite, la percussion nous montre aussi que le foie est très abaissé, jusqu'aux fausses côtes. En un mot, les poumons de notre malade occupent un très large espace dans la cage thoracique.

Le dos est rond, saillant, par suite aussi de la dilatation des organes pulmonaires. En arrière, la main perçoit une légère vibration du son, tandis que la percussion révèle un véritable tympanisme.

A l'auscultation on entend un murmure respiratoire assez faible ; l'inspiration est égale à l'expiration ; il y a un peu de sibilance en haut. En arrière et en bas, on entend un râle sous-crépitant, moindre cependant aujourd'hui que le jour de l'entrée du malade à l'hôpital.

La difficulté de percevoir les bruits du cœur nous empêche de reconnaître si ces bruits sont altérés ou non.

Voilà pour les signes physiques.

Quant aux symptômes, nous l'avons déjà dit, ce sont : 1° une dyspnée très grande, telle même parfois la nuit que le malade est obligé de s'asseoir dans son lit. Il est vrai qu'un peu d'asthme vient se joindre à l'emphysème ; 2° de la toux et une expectoration un peu liquide, claire, blanchâtre, contenant par-ci par-là quelques crachats un peu déchiquetés, c'est-à-dire un peu nummulaires comme dans la dilatation bronchique ou dans la tuberculose.

En résumé, le diagnostic est des plus évidents, et les symptômes ainsi que les signes physiques nous montrent qu'il s'agit bien d'un emphysème pulmonaire. Mais est-ce un emphysème pur et simple, ou quelques autres accidents viennent-ils le compliquer? Je crois tout d'abord qu'il existe un peu de dilatation bronchique, tout au moins d'après l'examen des crachats. D'autre part, si l'étude du cœur et du pouls ne nous révèlent absolument rien, cependant le gonflement des jugulaires semble indiquer que le cœur se trouve inté-

ressé. Déjà, selon toutes probabilités, le poumon a influé sur l'organe cardiaque. Le malade n'a-t-il pas eu déjà, à plusieurs reprises, les jambes enflées ? Aussi suis-je très enclin à penser que les cavités droites du cœur sont dilatées, comme cela arrive fréquemment à un moment donné chez les emphysémateux. En effet, chez eux le cœur droit se prend tout d'abord, et ce n'est que plus tard que le cœur gauche est atteint.

Ici nous sommes très embarrassés pour nous prononcer en toute certitude sur l'état du cœur, dont nous n'entendons pas les battements, et le pouls restant absolument muet comme indication. C'est donc seulement d'après l'état des jugulaires et d'après l'œdème des extrémités, que nous concluons à une dilatation du cœur droit, dilatation amenée peu à peu par la gêne de la circulation pulmonaire, qui force le sang à stagner davantage dans les cavités cardiaques droites. Cette dilatation passive détermine à son tour une insuffisance passive des orifices dont les valvules sont, par contre, restées saines.

Quant au pronostic, il est à la fois bon et mauvais : bon quant à présent, le malade n'étant en rien menacé actuellement et son état pouvant s'améliorer par un séjour de quelque temps encore dans nos salles et un traitement approprié. Mais au moindre refroidissement, à la moindre fatigue, les accidents reviendront, et d'année en année le mal augmentant, le cœur gauche se prendra à son tour, se dilatera ; tous les phénomènes inhérents à la dilatation du cœur se développeront jusqu'à la cachexie cardiaque finale.

La thérapeutique a peu de prise contre l'emphysème pulmonaire ; ce que l'on traite surtout, ce sont la bronchite et la congestion du poumon : tisanes pectorales, potion avec 10 centigr. de kermès, pilules de 5 centigr. d'extrait de belladone ; enfin et surtout repos et bonne hygiène.

Contre l'emphysème, les meilleurs médicaments sont les préparations arsenicales, qui facilitent la respiration, diminuent la dyspnée (5 à 10 gouttes de la solution de Fowler, ou 5 milligrammes d'arséniate de soude ; enfin les bains d'air comprimé.

HOPITAL NECKER. — M. Léon Le Fort.

Arthrite suppurée du genou, rupture spontanée de la synoviale ; amputation de cuisse.

J'ai amputé de la cuisse, devant vous, samedi dernier, dans un cas d'urgence, un malade qui nous présente de l'intérêt à deux points de vue différents.

Cet homme nous a été envoyé du service de M. le professeur Potain, où il était depuis trois semaines environ. D'après les renseignements un peu vagues qu'il nous donne, sa santé avait toujours été bonne, lorsque, il y a un mois il ressentit de la gêne et de la douleur dans le genou droit.

Il continua cependant à marcher, mais huit jours après, c'est-à-dire il y a trois semaines, il ressentit tout à coup une vive douleur et un craquement dans le genou. La marche devint impossible, et il entra dans le service de M. Potain, comme atteint de rhumatisme. Peu à peu la cuisse augmenta de volume au-dessus du genou. On crut avec raison à un abcès, et le malade nous fut adressé.

Lors de son entrée, vendredi dernier, nous pûmes constater qu'il existait à la partie antérieure de la cuisse, et empiétant aussi sur sa face externe, une énorme tumeur fluctuante en communication évidente avec l'articulation du genou. En effet, la fluctuation provoquée par la pression sur la partie supérieure de la tumeur, laquelle se prolongeait jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, se propageait sur les deux côtés de la rotule, en soulevant cet os. De plus, on ne pouvait, par des pressions sur les parties latérales de l'articulation, faire refluer le liquide au devant des bords de la rotule, ce qui existe quand l'abcès est seulement périarticulaire. La fluidité du liquide de la poche, son facile déplacement, l'absence de cette sensation que donne la présence de caillots, ne permettaient guère de penser à autre chose qu'à un abcès. Toutefois cette circonstance singulière, que le malade pouvait encore marcher, lorsqu'un craquement douloureux fut perçu dans le jarret, suivi immédiatement du gonflement de la cuisse à la partie inférieure, devait nous mettre sur nos gardes.

Il eût été possible, en effet, que ce craquement fût dû à la rupture de la poplitée, à la formation d'un anévrysme diffus ; mais l'absence de bruit de souffle, la perception des battements dans la poplitée plus superficielle que d'ordinaire, et aussi dans la pédieuse, devait lever tous les doutes.

Je n'hésitai pas à croire que ce malade avait eu une arthrite purulente du genou, sans cause connue, que malgré cette arthrite, ce qui est une circonstance bien exceptionnelle, il avait continué à marcher, et que le craquement douloureux perçu lors du début apparent du mal était dû à la rupture du cul-de-sac supérieur de la synoviale, d'où le pus s'était répandu dans l'épaisseur de la cuisse.

Il fallait ouvrir cet abcès dans sa partie supérieure, ouvrir largement ensuite des deux côtés l'articulation du genou, et je pouvais m'attendre à des désordres assez graves pour que l'amputation immédiate s'imposât comme une nécessité. C'est ce qui est arrivé. Après avoir ouvert largement l'abcès en dehors, j'ai pu, par le foyer de l'abcès, faire pénétrer le doigt dans l'articulation du genou, qui était largement ouverte, par la rupture du cul-de-sac supérieur de la synoviale.

J'ai fait une seconde incision en dehors, ouvrant latéralement l'articulation, et l'introduction du doigt faite de ce côté m'a permis de constater que la partie postérieure de la capsule était également détruite, et le creux poplité envahi. L'amputation s'imposait ; je l'ai pratiquée, en utilisant les incisions pour tailler deux lambeaux antérieur et postérieur. J'ai dû, comme on le fait dans une résection, abraser, de la face musculaire des lambeaux, des débris de capsule, des tissus fongueux, ouvrir, débrider et nettoyer à la cuillère tranchante les foyers d'abcès secondaires.

A côté de cette question de clinique chirurgicale s'en place une autre qui a son importance, et dont je dois vous entretenir.

Vendredi, jour d'entrée du malade, je ne lui cachai pas la gravité de son état. Je lui dis que l'ouverture de son abcès serait faite le lendemain à l'amphithéâtre pendant le sommeil anesthésique, que je ferais le possible pour lui conserver son membre, mais que je pourrais rencontrer des lésions telles que l'amputation fût nécessaire ; qu'il était dans ce cas préférable de ne pas le réveiller pour lui demander son assentiment, et que je le lui demandais d'avance. Le malade refusa de me le donner, et c'est dans ces conditions que le lendemain il fut conduit à l'amphithéâtre, où j'ouvris l'abcès et l'articulation.

La plupart d'entre vous étiez présents, et l'opinion des assistants, autorisés d'en avoir une, fut conforme à la

mienne : c'est que l'amputation s'imposait au malade comme une nécessité ; à moi, comme un devoir.

Toutefois j'ai toujours professé, et je professe encore, que nous n'avons pas le droit d'imposer une amputation ni même une opération à un malade, quelque nécessaire qu'elle puisse être. Son assentiment est nécessaire ; s'il nous le refuse, s'il nous refuse sa confiance, nous avons à notre tour le droit et le devoir de refuser la responsabilité d'une abstention que nous jugeons mauvaise ; le droit et le devoir de renvoyer de notre service ce malade, qui, dans la pratique civile, eût été chercher un autre chirurgien. Nous ne pouvions songer, dans le cas présent, à rien de pareil. Je laissai donc le malade se réveiller ; je le mis au courant de la situation ; et comme il me manifestait le désir de consulter sa famille, je lui représentai que remettre l'opération au lundi, c'était lui enlever, en faisant l'amputation pendant la fièvre traumatique, bien des chances de guérison. Il consentit à l'amputation ; mais, par un excès de réserve, je ne voulus pas la pratiquer tout de suite. J'attendis encore huit ou dix minutes, pendant lesquelles j'achevai mes préparatifs. Le malade était tout à fait réveillé, et assis sur la table d'opération. Je lui renouvelai mes observations, il me renouvela son assentiment à l'opération ; nous reprîmes le chloroforme, et lorsque le malade fut de nouveau endormi, je l'amputai.

Hier matin, une surprise vous attendait ainsi que moi. Lorsque je félicitai le malade de l'amélioration de son état et de la sagesse qu'il avait montrée en se laissant amputer deux jours auparavant, il parut, nous pouvons dire il fut, très étonné d'apprendre que l'amputation avait été faite, et nous témoigna vivement son mécontentement. J'en suis peu ému, non pas seulement parce que je n'ai fait en l'amputant qu'obéir à une nécessité, mais aussi parce que vous tous avez été témoins de la liberté d'esprit avec laquelle, après discussion de mes arguments, le malade nous a donné son consentement. Toutefois il y a là un phénomène particulier à l'anesthésie, sur lequel j'appelle votre attention.

Lorsqu'on pratique une opération sous le chloroforme, il n'est pas rare de voir, pendant un réveil incomplet, le malade se plaindre de la douleur, échanger quelques mots avec le chirurgien ou ses aides, se rendormir de nouveau sous une nouvelle dose de chloroforme, jusqu'à la fin de l'opération ; et, celle-ci terminée, croire assez facilement qu'elle n'a même pas été commencée. Le second sommeil a éteint le souvenir d'un instant de lucidité. Le malade est un peu dans la situation d'un ivrogne, lequel dans son ivresse commet quelque méfait, rosse même le guet, et qui, se réveillant le lendemain matin, après un lourd sommeil, est tout étonné de se trouver couché dans le poste de police, car il a perdu tout souvenir de ce qui s'est passé depuis le moment où le vin ou l'alcool lui ont fait perdre la raison. Ici, les phénomènes sont beaucoup plus étranges, plus marqués, et c'est la première fois que je les observe à un pareil degré. En effet, j'avais pris la précaution de laisser le malade sortir complètement de son ivresse chloroformique ; toute sa raison lui était revenue, mais une seconde ivresse anesthésique succédant à la première, notre opéré se souvient parfaitement de son arrivée à l'amphithéâtre, de notre conversation préalable, mais il a perdu tout souvenir de ce qui s'est passé dans l'intervalle de ses deux anesthésies successives. C'est un fait qu'il était intéressant de vous signaler.

THÉRAPEUTIQUE

De l'efficacité de l'antipyrine contre le rhumatisme articulaire aigu.

Par M. le docteur Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

J'ai été amené, par des considérations que je développerai prochainement, à expérimenter l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire, et j'ai constaté que ce médicament a, contre cette maladie, une efficacité non douteuse. Il prend place à côté du salicylate de soude, qu'il me paraît surpasser comme rapidité d'action. Mon expérience n'est pas encore suffisante pour oser établir un parallèle, car je n'ai pas rencontré, depuis que j'étudie cette action, de cas de rhumatisme très aigu.

Je l'ai administré à dix malades atteints de rhumatisme articulaire subaigu ; je l'ai donné à la dose de 6 grammes, prise dans la journée, par paquets de 2 grammes toutes les heures ; quelquefois, si l'action ne s'est pas produite dans la journée, je fais donner encore dans la soirée un paquet de 2 grammes, soit alors 8 grammes par jour. Je ne l'ai pas continué jour par jour, mais j'arrêtais, aussitôt l'effet produit, pour le redonner lorsque les douleurs articulaires réapparaissaient : j'ai fait ainsi, en tout quarante et une administrations d'antipyrine (6 à 8 grammes) chez mes dix rhumatisants.

Or j'ai constaté que *chaque fois*, après chacun de ces quarante et un jours d'administration de l'antipyrine, sans exception, les *arthropathies ou disparurent complètement ou furent considérablement atténuées*. Cette atténuation des douleurs commence quelquefois aussitôt, une à trois heures après la première prise d'antipyrine, ou quelques heures plus tard.

Le lendemain matin, toujours, les douleurs sont moindres ; les articulations sont moins sensibles ou ne le sont plus du tout à la pression ; les mouvements sont redevenus libres ; le gonflement et la rougeur ont souvent diminué et disparaissent en deux ou trois jours ; les épanchements articulaires devenus indolores peuvent persister plus longtemps.

Je ne puis dire si la durée de la maladie est abrégée.

Le plus souvent, dans les cas subaigus, les arthropathies reparaissent après deux ou trois jours. Une nouvelle administration d'antipyrine, à la dose de 6 ou 8 grammes par jour, — au besoin elle sera continuée deux jours, — suffit de nouveau à en faire justice Dans quelques cas, il a fallu revenir six, sept ou huit fois à l'antipyrine pour abattre chacune de ces reprises articulaires ; mais jamais le médicament n'est resté sans influence.

Je crois donc avoir découvert dans l'antipyrine un agent d'une efficacité incontestable contre le rhumatisme articulaire aigu et subaigu. Je me contente aujourd'hui de signaler le fait ; je publierai prochainement les observations qui l'établissent.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance annuelle du 23 février 1885 (1). — Présidence de M. Rolland.

VI

Statistique (prix Montyon) (2). — I. M. Alfred Durand-Claye, ingénieur en chef des ponts et chaussées, est l'auteur d'une monographie intitulée : *l'Épidémie de fièvre typhoïde à Paris en 1882, études statistiques*. Cette monographie se compose d'un texte d'une trentaine de pages et de quinze tableaux de chiffres détachés du texte. Chacun des tableaux est accompagné de sa traduction graphique, ou, en d'autres termes, d'une planche sur laquelle les variations des divers éléments que l'on considère sont exprimées

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 février 1885.

(2) Commissaires : MM. Boussingault, de Freycinet, Bouley, Haton de la Goupillière ; Lalanne, rapporteur.

par le tracé de lignes brisées, de différentes couleurs, ou par des teintes et par des isoplèthes ou courbes d'égal élément, tout à fait analogues aux courbes de niveau des plans topographiques, suivant une notation dont les applications se multiplient chaque jour davantage.

Texte, tableaux et planches sont d'une exécution typographique qui en facilite singulièrement l'étude, et présentent un ensemble qui devait attirer d'une manière particulière l'attention de la Commission, alors même que l'objet considéré par l'auteur n'aurait pas, par lui-même, une importance exceptionnelle.

Depuis plusieurs années, en effet, la fièvre typhoïde détermine à Paris une mortalité triple ou quadruple de celle que l'on constate à Londres, à Bruxelles, à Berlin. Les causes qui agissent sur le développement des affections typhoïdes sont si nombreuses et si complexes, qu'il ne paraît pas qu'on soit encore parvenu à les démêler et à en apprécier l'influence relative, ni même à les signaler toutes. M. Durand-Claye reconnaît qu'il n'avait, à aucun titre, qualité ni compétence pour intervenir dans les questions purement médicales. Il s'est donc borné à recueillir un certain nombre de faits qui, réunis à ceux qui résulteront d'études nouvelles et longtemps prolongées, pourront être utiles à la découverte de lois encore inconnues aujourd'hui.

Il s'est ainsi rigoureusement maintenu dans le domaine de la statistique, dont la Commission n'entend pas sortir plus que lui-même.

Les résultats obtenus ont été classés dans trois chapitres, savoir : 1° statistique de l'épidémie au point de vue chronologique et topographique ; 2° statistique des influences naturelles : météorologie, géologie, hydrologie ; 3° statistique des influences artificielles : habitations, eaux, égouts.

Il ressort du premier chapitre que le choix de l'année 1882 était naturellement indiqué pour l'analyse comparative qui place le chiffre des typhoïdés en regard des éléments auxquels on essaye de le rapporter. En effet, ce chapitre commence par le tableau résumé des décès typhoïdiques, de 1868 à 1882, relevés par mois et calculés pour 10000 habitants. Or, si l'on écarte l'année 1871, absolument exceptionnelle, où l'encombrement et les souffrances du siège ont donné plus de 23 décès typhoïdiques pour 10000 habitants, 1882 offre, avec près de 15 décès, un maximum pour les quinze dernières années. Résultat triste à constater à côté de celui de Londres, où la proportion oscille entre 2 et 3, depuis un nombre d'années considérable.

Le relevé des décès par mois, par semaine, par arrondissement, par quartier, n'a qu'un intérêt purement local, tant qu'on n'y découvre pas les influences de toute nature, comme l'auteur cherche à le faire dans les chapitres II et III de son étude. Mais là commence le domaine des conjectures, et il faut reconnaître qu'il ne s'y est avancé qu'avec beaucoup de réserve et de prudence. Il est vrai que la mortalité typhoïdique a paru monter en même temps que la pression baissait, que les pluies devenaient plus abondantes, que l'actinométrie diminuait, que l'humidité de l'air augmentait.

Mais ni la direction des vents, ni la nature du sous-sol, ni la répartition souterraine des eaux, ni la densité de la population, ni les égouts, ni le système de vidanges n'ont une influence appréciable en présence d'autres causes qui viennent en voiler ou en altérer les effets. D'un autre côté, il serait difficile de nier que le développement de l'épidémie ne se soit produit là où la population pauvre se trouve plus agglomérée, là où la consommation de l'eau de l'Ourcq est la plus forte, là où le nombre des lavoirs communs est le plus considérable, là où le nombre des établissements de bains est le moindre. Il semble donc bien que la concentration des causes de malpropreté, que l'insuffisance du volume d'air respirable, que l'impureté de l'eau alimentaire exposent davantage à l'épidémie : et ce n'est sans doute pas trop s'avancer que de signaler une fâcheuse influence dans le lavage en commun, sans nettoiement préalable ni désinfection des linges ayant servi aux typhoïdés.

En résumé, tout en reconnaissant que les divers tableaux numériques et graphiques présentés par l'auteur ne permettent pas, comme il le dit très bien, de charger une influence spéciale de la création ou même du développement de l'épidémie; tout en admettant que c'est un ensemble de causes et de conditions qui influent, chacune pour leur part, sur le résultat final, qui se somment en une sorte d'intégration générale composée de termes de différents signes, la Commission a considéré comme digne à tous égards du prix qu'elle avait à décerner le travail considérable qui a été produit par M. Alfred Durand-Claye.

II. L'importance du sujet et le désir naturel de jeter quelque lumière sur les causes d'un si terrible fléau ont provoqué un autre travail ou plutôt une suite de travaux non interrompus présentés au concours par M. le docteur Prosper de Pietra Santa, sous le titre : *Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde à Paris.* Ce travail comprend quatre mémoires manuscrits, dont un avait déjà été produit au concours de l'année 1877. Ces divers mémoires sont, comme la publication de M. Durand-Claye, accompagnés de tableaux numériques, de diagrammes, de cartes graphiques. L'auteur s'est pareillement interdit « les idées théoriques, les doctrines étiologiques et les controverses thérapeutiques..... ». Néanmoins le relevé conciencieux de faits précis et de chiffres officiels l'a conduit à des conséquences parfois très peu différentes de celles auxquelles est parvenu M. Durand-Claye, surtout lorsqu'elles ont un caractère négatif. C'est ainsi qu'il n'existe pas de rapport direct et constant entre le chiffre des décès par fièvre typhoïde et la densité de la population par quartiers, qu'il ne faut pas confondre avec l'agglomération dans des logements trop étroits. Mais on n'en reconnaît pas non plus entre les quantités de pluie relevées à l'udomètre et les variations de la mortalité typhique.

Quoi qu'il en soit, sans avoir le caractère de précision et de rigueur qui paraît dominer dans l'œuvre de son concurrent, les mémoires de M. de Pietra Santa paraissent assez riches en faits et s'étendent sur une période assez étendue pour satisfaire à toutes les conditions du concours. En tenant compte du travail qu'ils ont exigé et des services rendus à la statistique par la publication du *Journal d'hygiène*, la Commission n'aurait pas hésité à proposer à l'Académie d'accorder un deuxième prix de statistique à M. le docteur de Pietra Santa si la situation financière l'avait permis.

Les circonstances exigeant qu'elle se restreigne dans les limites exactes de la fondation, elle croit devoir réserver le mémoire de M. le docteur de Pietra Santa pour le prochain concours.

III. M. le docteur Arthur Chervin a communiqué au Congrès tenu à Rouen, en 1883, par l'Association française pour l'avancement des sciences, un écrit intéressant sur la *géographie médicale du département de la Seine-Inférieure*, écrit qui a exigé un travail prolongé et dans lequel l'observation et les chiffres qu'elle fournit dominent sans qu'aucune idée préconçue vienne les revendiquer à son appui. Cette monographie, conçue dans un très bon esprit, est le développement, pour un seul département, d'un travail d'ensemble qui a déjà été l'objet d'une mention honorable au concours de 1881. L'auteur se propose de donner ainsi une suite détaillée par régions à l'*Essai de géographie médicale de la France d'après les infirmités constatées par les conseils de revision de* 1850 *à* 1869, que l'Académie a récompensé.

Une telle entreprise mérite d'être encouragée; aussi, tout en accordant une nouvelle mention honorable à la *Géographie médicale du département de la Seine-Inférieure*, la Commission réserve les droits de l'auteur pour les concours ultérieurs.

En résumé, la Commission propose :

1° De décerner le prix de statistique à M. Alfred Durand-Claye, ingénieur en chef des ponts et chaussées, pour son ouvrage intitulé : *l'Épidémie de fièvre typhoïde à Paris en* 1882, *études statistiques ;*

2° De renvoyer à un prochain concours l'examen des titres de M. le docteur de Pietra Santa, pour la série des quatre mémoires présentés par cet auteur, sous le titre : *Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde à Paris;*

3° Une mention honorable est, en outre, accordée à M. le docteur Arthur Chervin, pour son opuscule intitulé : *Géographie médicale du département de la Seine-Inférieure.*

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 février 1885. — Présidence de M. D'ARSONVAL.

COMMUNICATIONS

Cocaïne. — **M. LABORDE**, en réponse à plusieurs communications qui ont été faites dans ces derniers temps sur l'action de la cocaïne, rappelle avoir démontré et démontre de nouveau, séance tenante, que, chez le cobaye et la grenouille, la cocaïne, en injections sous-cutanées, produit une action d'analgésie générale. 10 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne injectés sous la peau d'un cobaye ne le tuent pas, mais produisent une analgésie générale des plus nettes. L'analgésie de la cornée n'existe pas toujours dans ces cas. On obtient ensuite l'anesthésie locale qui a d'abord attiré l'attention des oculistes, mais l'analgésie générale est aujourd'hui un fait absolument démontré par les expériences de M. Laborde.

Emploi des filtres en terre poreuse pour la stérilisation des liquides organiques. — **M. CHAMBERLAND**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Galippe (voy. *Gazette des hôpitaux,* 1885, p. 163), rappelle que depuis longtemps le filtre de Pasteur est employé pour séparer les micro-organismes des milieux où ils se trouvent. Il rappelle également que M. Bouley a présenté à l'Académie des sciences une modification ou un perfectionnement qu'il a apporté lui-même à ce filtre.

C'est maintenant ce filtre qui est en usage dans le laboratoire de M. Pasteur. Or les conclusions de MM. Galippe et Bourquelot sont absolument opposées aux résultats qui sont, depuis longtemps déjà, constamment obtenus par MM. Pasteur et Chamberland. Deux causes d'erreur peuvent expliquer cette différence entre les résultats de M. Chamberland et ceux de MM. Galippe et Bourquelot : la première, c'est que le filtre peut laisser passer des mycéliums des moisissures, des produits amorphes, qui peuvent être pris pour des microbes; la seconde, c'est qu'il ne faut pas laisser les liquides filtrés dans l'appareil.

M. GALIPPE, n'ayant jamais songé à mettre en doute l'exactitude des résultats obtenus antérieurement par MM. Pasteur et Chamberland, ne veut retenir de la communication de son collègue que les deux arguments visant son travail.

Nous aurions pu, dit-il, à la rigueur, comme M. Chamberland l'a peut-être supposé, prendre pour des micro-organismes des granulations inorganiques amorphes. Nous avions connaissance de l'observation de M. Duclaux, qui avait reconnu dans du lait, après quelques semaines de repos absolu, la présence d'un dépôt de substances solides, constitué par une poussière dont les éléments avaient moins de 1/2000ᵉ de millimètre, substance qui était du phosphate tribasique de chaux.

Dans nos expériences, surtout dans celles qui ont trait à la salive et aux matières fécales, nous avons observé des micro-organismes, ayant des formes parfaitement définies, doués de mouvements et susceptibles de fixer des matières colorantes, ce qui nous a permis d'en faire des préparations par différentes méthodes. Nous n'avions donc pas affaire à des particules inorganiques.

M. Chamberland reconnaît, d'autre part, que des moisissures peuvent se développer à la partie interne et supérieure de la bougie et traverser sa paroi ; or, entre le germe d'un micro-organisme et un tube de mycéliums, il y a autant de différence qu'entre un brin d'herbe et un chêne. Où passe le chêne, peut passer le brin d'herbe !

Dans les expériences nombreuses que nous avons faites, nous avons observé une genèse différente : c'est à la partie inférieure du tube, où se trouvent réunis à la fois et les germes et les conditions d'humidité propres à leur développement, que nous avons toujours vu les tubes de mycéliums traverser la paroi du filtre en terre poreuse.

Cette observation nous a permis de recueillir, de cultiver et de décrire une nouvelle espèce de champignon, au sujet duquel nous ferons prochainement une communication à la Société de biologie.

En résumé, étant donné qu'on laisse le liquide filtré dans l'appareil qui a servi à l'obtenir, il y a entre les conclusions des expériences de M. Galippe et les observations de M. Chamberland une concordance parfaite.

De quelques phénomènes subjectifs de l'audition. — **M. GELLÉ** a étudié l'audition des sons simultanés, surtout au moyen des battements fournis par deux diapasons identiques, dont l'un est désaccordé.

Les battements produits par les vibrations simultanées de ces deux diapasons posés en face d'une même oreille sont très marqués, très sensibles, et nul ne les confond. Il n'en est pas de même si l'on fait entendre un diapason isolément à chaque oreille. Au moyen de tubes de caoutchouc, très longs, dont les extrémités aboutissent à des chambres éloignées et différentes, les oreilles étant couvertes d'ouate, on amène le son séparément et simultanément à chaque oreille de l'observateur. Or le phénomène du battement a lieu également, bien que de la sorte on ait supprimé la masse d'air intermédiaire aux deux courants sonores.

Le battement est de faible intensité, comparé à celui que l'on obtient dans la première expérience. Certains individus ne le perçoivent que tardivement, après plusieurs essais ; souvent les musiciens le reconnaissent plus tôt. L'élément psychique et l'éducation jouent donc ici un grand rôle.

Ce battement est un phénomène subjectif. Helmoltz admet la possibilité de ces formations subjectives quand les foyers sonores sont trop éloignés de la masse d'air ambiante.

Les flammes de Kœnig, les résonnateurs d'Helmoltz, les membranes vibrantes ont permis d'enregistrer et de rendre manifestes les phénomènes objectifs des battements ; l'expérience que je viens d'exposer met en lumière le côté subjectif de cette sensation.

Pyridine. — **M. ŒCHSNER DE CONINCK** a découvert une petite quantité de pyridine dans les alcools méthylique et amylique du commerce ; il indique le procédé par lequel il a décelé et dosé cet alcaloïde. Il n'a pas rencontré de pyridine dans l'alcool ordinaire du commerce.

Action des alcaloïdes sur la fermentation. — **M. REGNARD** a fait une série d'expériences dans le but de rechercher l'action des substances toxiques végétales sur la fermentation d'une manière générale : les alcaloïdes toxiques végétaux sont sans action sur la fermentation. Toutefois certains d'entre eux, comme la digitaline, par exemple, produisent un certain arrêt momentané de huit à dix heures ; d'autres, au contraire, semblent l'activer, comme par exemple la colchicine.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 février 1885. — Présidence de M. GUYOT.

COMMUNICATIONS

Tuberculose génitale. — **M. RICHARD** communique l'observation d'un jeune homme de vingt-deux ans, sans tare héréditaire, habitant Paris depuis cinq ans, qui, en août 1883, contracte avec une femme robuste, en apparence bien portante, une blennorrhagie compliquée d'orchite. Il y avait trois mois que l'écoulement durait quand il entra au service. Bientôt il rendit du sang avec les urines ; une cystite se déclara qui persista pendant quelque temps, si bien qu'il entra au Val-de-Grâce avec le diagnostic : cystite chronique. Il se mit à tousser et à présenter des signes d'infiltration tubercu-

leuse. La cystite primitive persiste. On ne trouve pas de bacilles dans l'urine. Le toucher rectal fait sentir un noyau prostatique induré. Enfin le malade présente tous les caractères d'une tuberculose laryngée et pulmonaire.

En résumé, blennorrhagie ; trois mois après, tuberculose vésicale ; huit mois après, tuberculose laryngée et pulmonaire.

M. Richard n'hésite pas à rattacher la cysto-prostatite tuberculeuse à la blennorrhagie. Le pus blennorrhagique était-il lui-même tuberculeux ? Il a pu tout au moins préparer le terrain. Quoi qu'il en soit, la tuberculose génito-urinaire peut être la conséquence immédiate d'un coït.

Emploi du chlorure de méthyle. — M. TENNESSON, en son nom et au nom de son interne et collaborateur M. Bègue, communique 31 observations dans lesquelles le chlorure de méthyle a été employé, selon le procédé de M. Debove, contre l'élément douleur dans des affections diverses. Ces observations peuvent être ainsi réparties : névralgies sciatiques, 10 cas dont 7 guérisons immédiates et complètes, 1 récidive guérie par une seconde application ; 2 résultats incomplets malgré plusieurs applications.

Rhumatismes musculaires, 11 cas, sur lesquels 9 guérisons immédiates et définitives ; la contracture n'est nullement modifiée par le chlorure de méthyle.

Rhumatismes articulaires aigus ou subaigus, 8 cas, dont 5 guérisons.

Rhumatisme chronique, 1 cas ; une seule application ; guérison immédiate et complète. Le malade reste infirme, mais ne souffre plus.

Contusion du genou, 1 cas ; guérison complète.

M. Tennesson est également parvenu à soulager par ce moyen des douleurs ostéo-périostiques chez un tuberculeux, sept points de côté tuberculeux, pneumoniques ou pleurétiques, etc.

Quels sont les accidents imputables à cette médication ? De l'érythème prolongé, une hyperesthésie très vive, de la vésication, des escarres. Les précautions à prendre sont les suivantes : ne pas prolonger l'application plus de cinq à six secondes, ne pas diriger le jet perpendiculairement à la peau. L'érythème peut durer plusieurs semaines ; on peut déterminer des taches pigmentaires indélébiles.

Une cause peu connue d'intoxication saturnine. — M. GÉRIN-ROZE communique l'observation d'une blanchisseuse, âgée de cinquante-huit ans, qui entre dans son service, à Lariboisière, le 3 avril 1884, avec une paralysie des extenseurs des doigts et des mains remontant à huit jours, d'une pâleur jaunâtre, présentant un souffle anémique et un liséré gingival caractéristique. La profession de cette femme consistait à envelopper dans du papier de la braise chimiquement préparée. Cette malade fut guérie au mois de juin. Elle reprit ses occupations, et peu de temps après elle fut atteinte des mêmes accidents. Persuadé qu'il s'agissait là d'une intoxication saturnine professionnelle, M. Gérin-Roze fit des recherches dans les livres, en particulier dans les travaux de M. Manouvriez, et ne trouva rien. Il fit une enquête sur la fabrication et la manipulation de la braise chimique, et découvrit que, dans cette préparation, on avait recours à l'azotate de plomb.

M. DUGUET rapproche du fait qui précède celui d'une femme de vingt-sept ans, entrée dans le même hôpital, venant de la même usine, exerçant la même profession et atteinte des mêmes accidents que la malade de M. Gerin-Roze.

Anévrysme de la pointe du cœur. — M. CONSTANTIN PAUL présente des pièces anatomiques provenant d'un malade qui a succombé, dans son service, à un anévrysme de la pointe du cœur, gros comme une orange. Le malade présentait un souffle diastolique à la pointe du cœur. Or M. Constantin Paul pense qu'il y a dans ce fait d'un souffle diastolique à la pointe du cœur, sans lésion de la mitrale et sans lésion de l'aorte, un signe de l'anévrysme de la pointe du cœur. En effet, il n'admet pas de bruit diastolique tenant à une affection mitrale, contrairement aux notions généralement admises, ainsi qu'il l'a démontré dans son livre sur les affections du cœur.

M. BUCQUOY, défendant les notions classiques, cite plusieurs cas à l'appui de l'opinion reçue.

M. BARTH fils cite également trois faits qu'il a récemment observés et qui viennent tout à fait à l'appui de la théorie soutenue par la majorité des auteurs, en particulier par MM. Barth et Roger.

M. CONSTANTIN PAUL déclare qu'il maintient les opinions qu'il a émises, et qui sont basées sur quatorze ans d'étude attentive.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 20 février 1885, M. le docteur Hérard, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, et M. le docteur Bernutz, ancien médecin de la Charité, sont nommés médecins honoraires des hospices et hôpitaux de Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 20 février 1885, les médecins et chirurgiens du Bureau central, dont les noms suivent, sont nommés :

M. Danlos, médecin de l'hôpital Tenon. — M. Gingeot, médecin de l'institution Sainte-Périne. — M. Cuffer, médecin de Bicêtre. — M. Robin, médecin de la maison de retraite des Ménages.

M. Humbert, chirurgien de l'hôpital du Midi.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 février 1885, M. le docteur Hahn est nommé bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. le docteur Chéreau, décédé.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 février 1885, un concours s'ouvrira, le 9 novembre 1885, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un concours pour la nomination à une place de prosecteur s'ouvrira le lundi 23 mars 1885, à midi et demi. Les aides d'anatomie seuls seront admis à concourir. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté tous les jours, de midi à trois heures, jusqu'au lundi 16 mars 1885.

Le prosecteur nommé entrera en fonctions le 1er octobre 1885 ; son temps d'exercice expirera le 30 septembre 1889.

— Les examens pour l'admission des élèves sages-femmes à la Clinique d'accouchements de la Faculté auront lieu le jeudi 19 mars 1885, à neuf heures du matin. Les inscriptions seront reçues tous les jours au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, jusqu'au samedi 14 mars inclusivement.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bonafos, médecin en chef de l'hôpital de Perpignan.

— La liste des membres fondateurs du Congrès français de chirurgie (6 au 12 avril 1885) est close. Elle contient 57 noms : 23 de la province, 22 de Paris, et 12 de l'étranger.

Il y a jusqu'ici 125 titulaires inscrits : 66 de province, 48 de Paris et 11 de l'étranger.

Nous rappelons qu'on peut, jusqu'à l'ouverture du Congrès, se faire inscrire comme membre titulaire (20 francs) ou membre perpétuel (200 francs, rachetant toutes cotisations ultérieures). Adresser les cotisations à M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme à Paris.

Prière d'indiquer en même temps le sujet de la communication ou de la discussion projetée.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17502.

27

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude. è.	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

12

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande à la maison de gros, recevront une bouteille de *vin de Bugeaud* à titre d'échantillon.

79

CAPSULES LAGASSE

A LA GEMME DE PIN MARITIME

HYDRO-GEMMINE LAGASSE

EAU DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE.

Rhumes, toux, catarrhes, bronchites, affections des reins, catarrhes utérins, urétrite.

86

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

33

MÉDICAMENTS EXPÉRIMENTÉS

DANS LES HOPITAUX

ET PRÉSENTÉS A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

VIN KINO-PHOSPHATÉ A LA COCA

de A. Grujard.

titré à 0,25 de phosphate de chaux par cuillerée.

Le meilleur tonique, reconstituant et dépuratif. Employé avec succès dans les *tuberculoses*, et en général dans toutes les affections diathésiques.

Remplace avantageusement l'huile de foie de morue.

DOSE : un demi-verre à bordeaux aux principaux repas.

BAUME ANTI-RHUMATISMAL ET ANTI-GOUTTEUX

de A. Grujard,

à la flore des Alpes (*essence juniperus et labiées*).

Employé *chaud* en frictions contre *goutte, rhumatisme, arthritisme, ataxie locomotrice.*

TEINTURE RÉVULSIVE

de A. Grujard

(*Balsamum ammoniacale*).

Employée en frictions contre les *bronchites, laryngites, toux, asthmes*, et en général toutes les affections thoraciques et abdominales exigeant une dérivation énergique.

Notice explicative pour chaque produit.

Pharmacie du Centaure, 31, r. St-Denis, Paris.

9

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

90

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : 0f50 à 3f. Envoi cont. timbres. — Ph. **BERTRAND aîné**, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AÎNÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

5

FIÈVRES, ANEMIE, CHLOROSE

MALADIES NERVEUSES

VIN DE BELLINI (VIN DE PALERME AU *Quinquina et Colombo*)

tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

ADH. DETHAN, ph., rue Baudin, 23, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

103

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

111

Bronchites, Phtisie, Scrofule, Rachitisme.

GRAINS CRÉOSOTÉS SABOURDY

3 à 5 grains avant chaque repas.

Administration facile. Ni caustiques ni irritants.

Dépôt à Paris, 3, rue de Choiseul, et phies.

Exiger la signature.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

10

AFFECTIONS CARDIAQUES

« PALPITATIONS, INSUFFISANCES ET RÉTRÉCISSEMENTS, ALBUMINURIES, ŒDÈME. »

Soulagement immédiat et guérison par le **Sirop et les Pilules de LANGLEBERT** *au convallaria Maïalis* (*muguet de mai*)

Préconisés par les meilleurs praticiens.

Phie LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et ttes ph.

9

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

PULLNA (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, Londres (Cong. méd. univ.) 1881, Trieste 1882, Vienne 1883, Amsterdam 1883.

17

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

87

ERGOTININE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

L'auteur prépare avec cet *alcaloïde* une solution dosée à 1 milligr. le cent. cube (dose de 3 à 10 gouttes) et un sirop à 1 milligr. la grande cuillerée (dose de 1 à 8 cuillerées à café par jour).

S'emploie dans les mêmes cas que l'ergot.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du Rempart.

N° 27. — JEUDI 5 MARS 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 5 MARS 1885. — N°. 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en medecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numero : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine va se saisir de la question que nous soulevions samedi dernier. Elle va rechercher les moyens de mettre un terme à l'extension vraiment effrayante des maladies vénériennes à Paris.

M. le professeur Fournier, dans un discours très applaudi, est venu peindre la situation, en en accusant vivement les côtés sombres.

Il a montré combien la contamination la plus légère en apparence, celle qui aurait pu presque passer inaperçue pour l'individu qui l'a subie, peut avoir, au contraire, des conséquences graves pour les enfants qu'il engendrera.

La femme qui devient syphilitique cesse d'être apte à devenir mère, au moins pour un temps assez long, et même après cette période, lorsqu'enfin des enfants survivent, ils naissent encore entachés par les conséquences lointaines de la syphilis héréditaire.

C'est donc bien une question sociale que celle de la protection des populations contre la vérole; et cette question devient urgente à un moment où la propagation des affections syphilitiques devient encombrante pour les hôpitaux.

En effet, si M. Fournier était seul à le remarquer, on pourrait dire que c'est une illusion due à sa situation spéciale, à sa compétence exceptionnelle pour les affections de ce genre et à son renom mérité. Mais ce qu'on remarque à ce sujet dans son service, on le remarque tout autant dans les autres services de l'hôpital Saint-Louis, dans celui de M. Guibout, dans celui de M. Hallopeau, etc. Partout les affections vénériennes figurent pour un nombre considérable; et, dans les autres hôpitaux, il suffit de parcourir les salles ou de suivre les consultations pour voir que la vérole est répandue partout.

M. Fournier accuse avec raison de cet état de choses lamentable, en premier lieu, la liberté laissée à la prostitution non réglementée, à celle des filles sans cartes, à ce que l'on nommait autrefois la prostitution clandestine, qui a cessé maintenant de mériter ce nom. Il en accuse la provocation à la débauche qui se présente aujourd'hui partout et sous toutes les formes.

L'Administration ferme les yeux; et c'est pourquoi l'Académie devra prendre l'initiative et discuter ce qu'on pourrait faire, formuler des vœux, qui seront transmis aux pouvoirs publics.

M. Fournier est l'auteur d'un projet de réglementation de la prostitution. Les mesures qu'il propose sont-elles préférables à celles que nous avons vues appliquées à Paris, il y a une trentaine d'années, alors que c'était une des capitales où la vérole était le plus rare?

Nous l'ignorons, ne connaissant pas dans ses détails le projet de M. Fournier. Mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que ce projet, quel qu'il soit, restera lettre morte, si on n'apporte pas à son application plus de diligence et plus de suite qu'actuellement à l'application des règlements déjà existants.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

I. Fistule rétro-mentonnière. — II. Amputation de la cuisse.

I. Nous avons à opérer ce matin un jeune homme qui est atteint d'une fistule rétro-mentonnière, et qui a déjà fait plusieurs séjours à l'hôpital.

Ce jeune garçon a dix-neuf ans. Au mois de juillet dernier, sans cause connue, un abcès très douloureux s'est formé derrière le menton. Cet abcès s'est ouvert spontanément, tout seul, et, comme au bout de quelque temps, il ne présentait aucune tendance à se fermer, que, loin de là, au contraire, il est devenu fistuleux, il est entré dans notre service une première fois au mois d'août dernier. Mais au bout de peu de temps, il nous quittait sans avoir été opéré, rentrait chez lui et reprenait son travail.

Cependant le trajet fistuleux dont nous avions alors constaté l'existence ne s'oblitérait pas; le foyer, que ce trajet mettait en communication avec l'extérieur, ne se cicatrisait pas, mais il persistait, donnant lieu à une suppuration relativement assez abondante, qui s'écoulait de temps à autre comme par une sorte d'intermittence. C'est dans ces conditions que ce malade est revenu à l'Hôtel-Dieu réclamer nos soins, nous demandant de le débarrasser d'une maladie qui constitue pour lui une véritable infirmité.

Après l'avoir de nouveau examiné avec soin, je crois pou-

voir dire que ce trajet fistuleux ne se fermera pas tout seul, sans intervention chirurgicale, en raison de la dénudation de l'os maxillaire que nous avons constatée.

Les dents sont saines, très blanches et très résistantes. Elles ne paraissent donc pas pouvoir être incriminées comme la cause déterminante des accidents purulents et fistuleux. Cependant une incisive du côté gauche du maxillaire inférieur est un peu sensible à l'action du froid ; mais elle ne présente aucune autre particularité morbide.

D'autre part, lorsque l'on cherche à introduire un stylet dans le foyer par le trajet fistuleux, on reconnaît facilement qu'il arrive jusque sur le bord mentonnier même de l'os maxillaire inférieur, et non sur l'alvéole des dents incisives, ce qui me porte également à penser qu'il s'agit bien d'une dénudation de la face postérieure de cet os. S'agirait-il donc, dans le cas présent, de quelqu'un de ces abcès sous-périostiques analogues à ceux que l'on observe quelquefois sur des jeunes gens chez lesquels la croissance est lente à se faire ?

J'ai eu l'occasion, il n'y a pas très longtemps, de voir un cas de ce genre avec mon collègue de la Faculté, M. Le Fort : chez ce malade nous ouvrîmes le trajet fistuleux avec le thermo-cautère, et nous procédâmes ensuite à la rugination de l'os.

Ici, après avoir introduit notre sonde cannelée dans la fistule, nous fendrons le trajet fistuleux dans toute sa longueur avec le thermo-cautère et, à l'aide d'une gouge, nous pratiquerons le grattage de la portion malade du maxillaire inférieur ; puis, l'opération terminée, nous placerons dans la plaie de la charpie imbibée d'alcool afin d'en hâter la cicatrisation.

II. J'ai à vous montrer maintenant les pièces anatomiques d'un malade que nous avons opéré samedi dernier. Nous lui avons amputé la cuisse droite pour une affection de l'articulation du genou dans laquelle l'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité supérieure du tibia se trouvaient intéressées.

Les suites opératoires ont été assez simples, bien que dans la soirée du jour où l'amputation a été pratiquée, la température se fût élevée de 36°,9 à 40°,4, et qu'il se fût produit une hémorrhagie en nappe assez considérable. Cette hémorrhagie nécessita que le pansement fût immédiatement défait et remplacé, aussitôt l'écoulement du sang arrêté, par un nouveau pansement. Depuis lors aucun phénomène particulier n'est survenu, et la température était revenue hier, surlendemain de l'opération, à 38°,2. Elle s'est maintenue à ce chiffre jusqu'à ce moment même.

Aussi ce matin notre amputé a-t-il de l'appétit et son état est-il relativement satisfaisant. La plaie commence aussi à rougir, son aspect est de bonne nature, et si aucune complication ne survient, nous avons tout lieu d'espérer de bons résultats de notre intervention opératoire.

Examinons maintenant les parties malades du membre inférieur droit qui a été amputé. Tout d'abord nous constatons que l'articulation du genou droit est en pleine suppuration, que la synoviale est fongueuse, irrégulière, ulcérée dans certains points. Le tibia est repoussé en arrière de l'extrémité inférieure du fémur. Il y a une véritable luxation pathologique du genou par destruction des ligaments croisés, lesquels ont arraché peu à peu l'épine du tibia.

Les surfaces osseuses du fémur sont dépouillées de leur cartilage : elles sont érodées, ulcérées. Il y a là une véritable ostéite secondaire, ostéite consécutive aux lésions de la synoviale. Mais les os, tant le tibia que le fémur, ne sont malades qu'à leur surface.

L'amputation de la cuisse a été faite à 10 centimètres environ au-dessus de l'articulation du genou.

La gaine du poplité conduisait le pus de l'articulation fémoro-tibiale à l'extérieur jusqu'au niveau de l'insertion du poplité au tibia, point où l'abcès s'est ouvert.

L'ensemble des lésions que nous avons retrouvées, en examinant les pièces anatomiques, justifie pleinement l'opération que nous avons faite, car aucune résection osseuse n'était possible en pareil cas, à cause des parties molles qui étaient malades, des décollements qu'elles présentaient, de l'état de la synoviale, de la suppuration continue du foyer articulaire d'où découlait l'état général de notre malade.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LANDOUZY.

I. Ictus apoplectique, hémiplégie complète. — II. Diathèse cancéreuse.

J'ai à vous parler de deux malades dont nous avons dû faire ces jours-ci l'autopsie : un homme de soixante-cinq ans dans le service de M. Hardy et une femme du service de M. Peter, morte il y a quatre jours.

I. Le malade du service de M. Hardy était un homme de soixante-cinq ans, cuisinier, que l'on avait amené samedi dernier — il y a trois jours, — atteint d'une hémiplégie totale, flasque, du côté droit, s'accompagnant d'une anesthésie complète du même côté. Il était froid, mourant; et de fait il succombait quelques heures plus tard, dans la même journée.

Voici, à son sujet, les renseignements qui nous ont été communiqués par le médecin appelé auprès de lui le samedi matin même, peu de temps avant qu'il ne fût transporté à l'hôpital :

Jusqu'au jeudi — c'est-à-dire quarante-huit heures avant le dénouement fatal, — il jouissait d'une parfaite santé, allant et venant et se rendant chaque jour à ses occupations ordinaires. Le soir, il était rentré comme d'habitude chez lui. Le lendemain matin cependant son concierge ne le vit ni sortir ni rentrer; mais il ne s'en préoccupa pas. Pourtant le surlendemain matin, ne l'ayant pas aperçu davantage, il frappe à sa porte et l'appelle en vain. Pas de réponse. Il regarde par le trou de la serrure et croit l'apercevoir couché sur le sol. La porte est alors ouverte par le commissaire de police; notre malade est trouvé étendu à terre, froid, inanimé, sans connaissance. Un médecin est appelé, il constate que cet homme vit encore, mais il est complètement paralysé et anesthésié de tout le côté droit. En même temps il remarque sur la fesse droite et sur la région sacrée du même côté une large plaque d'un rouge particulier avec tendance à la formation d'une escarre, correspondant au décubitus dans lequel il se trouvait.

Quelques heures plus tard, alors que cet homme nous arrivait dans le service, nous constations une escarre d'un centimètre de profondeur. Le malade n'avait point repris connaissance, il n'avait pu être ni ranimé ni réchauffé. Bref, le pronostic était des plus graves et des plus immédiats. Quant au diagnostic, il s'agissait, selon toutes probabilités,

d'un ictus apoplectique survenu dans la nuit du jeudi au vendredi.

L'autopsie a été faite, en voici les résultats : inondation hémorrhagique considérable de la pulpe cérébrale ayant amené un écartement des plus manifestes du noyau ventriculaire, de l'avant-mur, de la capsule externe, etc. ; hémorrhagie avec effraction et tassement du ventricule gauche, qui avait commencé au niveau de la région frontale pour s'étendre jusqu'à la région occipitale. La sensibilité sensorielle avait été détruite par la dilacération, l'adultération de la capsule interne.

En résumé, lorsque cet homme nous a été amené, nous avons assisté au dernier acte d'un drame pathologique dont nous ne connaissons ni le prologue ni les actes précédents. Tout ce que nous avons pu savoir, c'est que cet homme était alcoolique. Mais devons-nous rattacher les accidents auxquels il a succombé à l'alcoolisme qui aurait déterminé à la longue la faiblesse des parois artérielles, d'où leur rupture et l'hémorrhagie cérébrale? Y a-t-il quelque chose d'autre? Cet homme était-il un ancien syphilitique? Avait-il eu autrefois la fièvre typhoïde?

Quoi qu'il en soit, l'hémorrhagie cérébrale, le ramollissement, ne sont pas par eux-mêmes des entités morbides; ils sont le dernier acte, la fin de quelque chose, de quelque état athéromateux des vaisseaux, de quelque adultération vasculaire.

II. Notre second malade dont les pièces anatomo-pathologiques, des plus intéressantes, vont être mises sous vos yeux, est une femme du service de M. Peter, salle Sainte-Madeleine, n° 13. Elle était entrée à l'hôpital de la Charité le 20 septembre. Elle est morte il y a quatre jours.

Arrivée dans un état cachectique très avancé, infiltrée et dans une sorte de subdélirium, elle était tellement endolorie, et de partout, qu'il n'était pas possible de la toucher sans lui arracher des cris de douleur. Aussi l'examen était-il des plus difficiles. Cette cachexie ultime était en rapport avec l'opération qu'elle avait subi dix-huit mois auparavant, c'est-à-dire l'amputation du sein du côté gauche, dont la cicatrice cependant était parfaite. Dans ces conditions, nous nous demandâmes si, comme cela paraissait des plus vraisemblables, nous n'étions pas en présence d'une diffusion, d'une généralisation cancéreuse.

En effet, l'autopsie a vérifié ce diagnostic en nous montrant des lésions fort curieuses de diffusion de son ancien cancer du sein. Nous avons trouvé un noyau carcinomateux des plus caractérisés du ventricule droit du cœur, noyau du volume de deux marrons réunis, occupant presque toute l'épaisseur des parois du ventricule entre les valvules et les cordages. De là, une diminution considérable de la cavité ventriculaire du cœur.

Dans les poumons, nous avons trouvé de nombreux foyers carcinomateux dont le volume variait depuis celui d'une granulation miliaire jusqu'à celui d'une noisette, voire même d'un marron. Ces noyaux cancéreux avaient l'aspect colloïde. La présence de foyers cancéreux dans le parenchyme pulmonaire n'a rien d'extraordinaire dans les conditions présentes, le ventricule droit du cœur étant ce que l'on peut appeler l'antichambre du poumon. Aussi est-ce par lui que l'organe de la respiration s'est trouvé directement infiltré par des embolies cancéreuses.

Il arrive assez fréquemment que sous le cancer du sein il se produit une lymphangite cancéreuse, laquelle devient sous-pleurale, puis viscérale, allant imprégner de proche en proche le poumon correspondant. Ici ce n'est pas ainsi que l'organe pulmonaire s'est trouvé envahi; il n'y a pas eu la moindre lymphangite cancéreuse; les deux poumons, et non pas un seul, ont été également atteints, ou mieux, le poumon droit est peut-être celui qui renferme le plus de noyaux cancéreux tandis que c'est la glande mammaire gauche qui était le siège d'une tumeur cancéreuse. Ceci, joint à la présence du gros marron cancéreux du ventricule droit du cœur, nous prouve que l'infection cancéreuse du poumon s'est faite, comme je le disais tout à l'heure, directement par cet organe et non par les vaisseaux lymphatiques.

Sous le muscle psoas nous trouvons aussi des foyers cancéreux. Il en est de même du côté de la colonne vertébrale où les noyaux cancéreux déterminaient une compression des racines postérieures. Enfin il n'est pas jusqu'aux méninges qui n'aient été envahies. Par contre, la rate, les reins et le foie sont restés indemnes. Ce dernier organe est très gras. Mais, je le répète en terminant, ce qui est particulièrement intéressant dans les pièces anatomo-pathologiques que nous venons d'étudier, c'est la généralisation cancéreuse des poumons qui s'est effectuée par la contiguïté des tissus, le sang servant d'intermédiaire à l'embolisation cancéreuse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mars 1885.— Présidence de M. BERGERON.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de candidature de M. le docteur Ferrand pour la section de thérapeutique.

M. POTAIN présente une note manuscrite de M. le professeur Bernheim (de Nancy) sur l'efficacité de l'antipyrine contre le rhumatisme articulaire aigu. (Voir *Gazette des hôpitaux*, numéro du mardi 3 mars 1885, p. 203.)

COMMUNICATION

Sur un cas d'inclusion scrotale. — M. CORNIL relate les résultats de l'examen microscopique d'une tumeur intrascrotale enlevée par M. Berger au mois de juillet de l'année dernière sur un jeune garçon de onze ans. Il avait été possible de séparer par une sorte d'énucléation la paroi de cette tumeur kystique, de l'albuginée à laquelle elle n'adhérait que par des tractus assez lâches, sauf sur un point où un pédicule vasculaire la rattachait au testicule. Ce pédicule une fois sectionné et les vaisseaux liés, la plaie avait été réunie par suture et elle guérit par première intention.

M. Cornil, après avoir décrit les éléments anatomiques entrant dans cette tumeur d'une nature très complexe, rappelle que ce n'est pas la première fois qu'on a signalé dans les inclusions scrotales l'existence d'organes nerveux et de cavités muqueuses, rudiments du tube digestif.

Mais il ajoute que ce fait est le premier où les tissus osseux ou cartilagineux n'aient pas été représentés dans la tumeur; ce qui ne doit pas empêcher de la ranger dans la classe des monstruosités par inclusion.

La possibilité d'extirper les kystes de ce genre en ménageant le testicule se trouve démontrée. Mais il faut tenter cette opération avant que le développement de la tumeur ait compromis le développement et les fonctions de l'organe mâle.

DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

M. FOURNIER n'aborde la question que pour en traiter un point spécial. Mais avant de rechercher quelle part il convient de faire à la syphilis parmi les causes de dépopulation, il appuie de son témoignage l'opinion de M. Rochard sur la fréquence extrême de

l'infécondité volontaire, principalement dans les classes éclairées.

Il reçoit constamment à ce sujet les confidences de malades qui, se reprochant cette pratique, l'accusent, souvent bien à tort, de maux dont elle est innocente.

En ce qui touche le fond du sujet, il est certain que la dépopulation de la France tient à deux causes : d'une part, la natalité insuffisante, et, d'autre part, une mortalité excessive affectant d'une façon toute particulière le premier âge.

Sur la première de ces causes, les médecins ne peuvent rien, ainsi que l'a dit M. Le Fort.

Reste la seconde qui est pleinement d'ordre médical.

De toute évidence, on ne parviendra à diminuer, d'une façon réellement efficace, la mortalité du premier âge qu'après en avoir déterminé les origines multiples, complexes et variées. Parmi ces causes, il en est une qui, par son intensité, par sa fréquence, s'élève au rang d'un véritable facteur : c'est la syphilis.

La syphilis est éminemment meurtrière pour les jeunes. M. Fournier le prouve par une série de statistiques. Une première a été recueillie dans sa clientèle de la ville et porte sur 200 ménages où le mari, seul affecté, n'a pas contaminé la femme. Sur 403 grossesses, il y eut 115 enfants morts vers le moment de la naissance (28 p. 100).

Quand la mère elle-même est infectée, le nombre des morts-nés devient beaucoup plus grand. Les avortements sont d'une fréquence extraordinaire. On cite des femmes syphilitiques qui ont avorté quatre fois, six fois, onze fois, dix-neuf fois de suite.

Si l'enfant vient à terme, il meurt le plus souvent peu de temps après sa naissance; et si la syphilis est récente, il est rare que quelque enfant finisse par survivre. Sur 44 femmes devenues enceintes dans la clientèle riche, peu de temps après avoir contracté la syphilis, une seule a pu conserver un enfant vivant.

D'une façon générale, et sans distinguer entre les véroles récentes et anciennes, M. Fournier trouve que sur un total de 100 femmes syphilitiques et de 208 grossesses, il n'y a que 60 enfants survivants, et cela dans des classes sociales où la gravité de la syphilis trouve trois facteurs d'atténuation : l'hygiène, l'intelligence et les soins médicaux.

A l'hôpital, c'est bien pis.

A Lourcine, il n'y a pas plus de 14 cas de survie sur 100 grossesses de syphilitiques; à Saint-Louis, pas plus de 16 p. 100; enfin, dans un relevé général de tous les faits publiés, M. Fournier arrive encore à une proportion très analogue à celle que lui avaient fournie ses observations personnelles. Sur 491 grossesses observées dans des familles syphilitiques, il y avait eu 382 cas d'enfants morts.

Il est donc certain que la syphilis prend une part importante, considérable, dans la mortalité de l'enfance, et, conséquemment, qu'elle a sa place parmi les facteurs de dépopulation.

Ceci posé, M. Fournier examine les divers remèdes qu'il conviendrait de mettre en usage pour atténuer cette désolante mortalité de la syphilis héréditaire.

Il faudrait, dit-il :

1° Nous défendre contre la syphilis, mieux que nous ne le faisons actuellement;

2° Mieux traiter la syphilis qu'on ne le fait en général ;

3° Nous montrer plus sévères que nous ne le sommes en général, relativement au mariage des sujets atteints de syphilis.

A propos de chacun de ces trois points, qui comporteraient des développements considérables, M. Fournier se borne à quelques réflexions, quelques doléances très sommaires.

A coup sûr, nous nous protégeons mal, nous nous protégeons insuffisamment contre la syphilis. La syphilis devient de plus en plus fréquente, tout en restant aussi meurtrière, et nul ne paraît s'en préoccuper.

Certes on meurt de la vérole avec une certaine fréquence : et sur les *Bulletins hebdomadaires de statistique municipale*, fort bien faits d'ailleurs, il n'est jamais question de décès syphilitiques. Le mot de syphilis n'y est pas même consigné.

Les conseils d'hygiène ne se préoccupent en aucune manière de la prophylaxie antivénérienne. Les ouvrages d'hygiène n'en parlent presque pas.

Le Conseil municipal, il est vrai, s'en est préoccupé un instant, et M. Fournier lui-même avait rédigé, sur sa demande, un projet de réglementation de la prostitution parisienne. Mais cela n'a pas eu de suite.

Si bien qu'un étranger jugeant la chose de loin, d'après les documents administratifs, pourrait croire que tout est pour le mieux.

Et cependant bien loin de là.

La vérole ne diminue pas comme intensité, et elle s'accroît toujours comme fréquence. Il faut en accuser surtout la licence actuelle dont jouit et profite la prostitution parisienne, et le développement de ce qu'on appelle « la provocation publique ». Celle-ci a envahi les théâtres, les cafés-concerts, les « brasseries à femmes », cette peste nouvelle de notre siècle (on en comptait 181 à Paris, au mois de juin 1882, et il doit y en avoir actuellement davantage) ; les abords des lycées et des écoles, les parfumeries, les gares de chemin de fer, les trains de banlieue, les magasins de ganterie, de photographies, etc.

Sur la manière de traiter les syphilitiques, M. Fournier se borne à établir que le traitement doit durer beaucoup plus longtemps qu'on ne le suppose, et qu'il doit être très sérieux pour que les enfants naissent sains.

Il faut surtout dissuader les malades des mariages prématurés (la *Gazette des hôpitaux* ayant publié des leçons de M. Fournier sur ce sujet, nous nous bornerons à y renvoyer pour ce point : Voir 1879, p. 9, 33, et 1881, p. 113, 137, 161).

« En résumé, dit M. Fournier :

1° La syphilis constitue une cause active et puissante de mortalité infantile ; — et l'on peut évaluer à 68 p. 100 le tribut qu'elle prélève sur les enfants issus de parents contaminés ;

2° Les remèdes propres à diminuer cette cause spéciale de mortalité infantile sont de deux ordres : les uns d'ordre médical (traitement méthodique et suffisamment prolongé ; — prohibition des unions prématurées dans la syphilis); — les autres relevant de l'hygiène publique (prophylaxie générale de la syphilis).

Les premiers sont entre nos mains, et il dépend de nous, en les appliquant d'une façon rigoureuse, d'atténuer efficacement la mortalité infantile d'origine syphilitique.

Les seconds sont au pouvoir de l'Administration, des conseils d'hygiène, des corps politiques. Chacun de nous, sans que j'aie eu besoin de le dire, sait à quel point ils sont défectueux, insuffisants, illusoires. Il serait bien temps de songer à les améliorer. »

M. BERGERON, après avoir remercié, en qualité de président de l'Académie, M. Fournier, de son discours, dont il constate le grand succès, tient à constater, en qualité de doyen des membres du Conseil supérieur d'hygiène et de salubrité, que ce Conseil, étant purement consultatif, n'a pas eu à s'occuper jamais de la prophylaxie de la syphilis : il n'a pas été consulté sur cette question. Mais l'Académie peut prendre toutes les initiatives.

PLUSIEURS MEMBRES demandent que cette question soit inscrite à l'ordre du jour pour une date déterminée, et que le projet de M. Fournier pour la réglementation de la prostitution soit discuté.

M. LE PRÉSIDENT annonce que le conseil de l'Académie sera appelé à délibérer sur ce sujet.

M. LUNIER voudrait démontrer à M. Le Fort que son optimisme relatif repose sur un malentendu.

Laissant de côté l'immigration, il recherche ce que donne l'excédent des naissances sur les décès. C'est, suivant lui, le seul facteur sur lequel il soit rationnel de compter dans un pays où les immigrants sont loin de devenir presque tous, comme ils le font aux États-Unis, en quelques années, citoyens du pays qu'ils adoptent.

Or la proportion des naissances qui, de 1801 à 1805, était de 33,1 sur 1 000 habitants, est descendue progressivement à 24,8 en 1883.

Le diagramme qui représente la proportion annuelle des décès est beaucoup plus accidenté que celui des naissances.

Un fait d'une importance capitale se dégage de ces diagrammes: c'est que, depuis 1806, la proportion des naissances par rapport à la population qui les fournit a diminué de 21,2 p. 100, tandis que la proportion des décès n'a diminué que de 15 p. 100, de telle sorte que si aucun changement n'était apporté à la situation actuelle, les deux lignes droites qui réunissent les limites extrêmes de chacune de ces lignes brisées ne tarderaient pas à se rejoindre.

L'excédent des naissances sur les décès a diminué de plus de moitié depuis 1801, et cette diminution tend à s'accentuer de jour en jour.

M. **ROCHARD** se propose surtout de répondre à certaines assertions de MM. Le Fort et Hardy. Il commence par établir, par l'exemple du Canada, de la Louisiane, de Saint-Domingue, que le peuple français a bien des qualités colonisatrices. Nous aimons les aventures et encore maintenant nous possédons à titre de colonie un territoire considérable. Si nous allons peu y habiter, c'est que, sauf l'Algérie et les petites îles Saint-Pierre et Miquelon, toutes nos colonies sont situées entre les tropiques. où les Européens ne peuvent pas faire souche. Quant à l'Algérie, qui ne compte encore que 98,807 Français sur un total de 157,934 Européens, elle n'a cessé que depuis peu d'être dans un état de guerre; et d'ailleurs l'administration militaire n'est guère favorable à la colonisation. Enfin nous n'avons pas en France, pour nous pousser à l'émigration, ce qui y pousse les autres peuples, l'espoir de trouver ailleurs mieux qu'ils ne trouvent dans leur pays. C'est la faim qui a motivé les invasions des Aryens, des Goths, des Burgondes, etc. Le développement de notre commerce, de notre industrie, nos lois égalitaires assurant à chacun une place au soleil, ont changé tellement chez nous les conditions de la vie, que maintenant ce sont les bras qui manquent. Avant que le désir d'aller coloniser ne se développe de nouveau, il faut qu'il se fasse un excès réel de population. Or le sol de la France pourrait nourrir quatre fois plus d'habitants qu'il ne le fait s'il avait plus de travailleurs. Le raisonnement de Malthus, reproduit par M. Hardy, est absolument inexact. Il n'est pas vrai que les moyens de subsistance croissent seulement en proportion arithmétique; tandis que la population croîtrait en proportion géométrique. Avec les voies rapides de communication, les ressources que peut avoir une nation pour se nourrir dépendent surtout de sa richesse; et une nation est d'autant plus riche qu'elle compte plus d'hommes pour développer son commerce et son industrie. M. Le Fort dit que le mal est moins grand qu'on ne le suppose. Il faudrait, suivant lui, plus de temps pour que la France tombe au rang des nations qui ne comptent plus. Mais peu importe, du moment où ce doit être là le résultat final. L'immigration préconisée par M. Hardy n'est pas un remède, c'est plutôt un nouveau danger. Sur plus d'un million d'étrangers, on n'en compte que 77,046 qui se fassent naturaliser, et les autres gardent leurs passions antifrançaises. Ce sont eux qui, pendant la dernière guerre, servaient de guides à l'ennemi. Ce sont eux qui, dans les rues de Marseille, insultèrent notre drapeau à son retour de Tunisie. Ce sont eux que nous retrouvons dans les jours d'émeute, dans les manifestations anarchistes, soufflant le feu de la discorde dans nos ateliers et tâchant de détruire chez nos ouvriers l'esprit de patriotisme. Ils font ainsi leur œuvre d'étrangers et d'ennemis.

M. Rochard est parfaitement d'accord avec MM. Le Fort et Hardy sur l'utilité de diminuer le nombre des décès dans l'enfance. Il a déjà développé cette idée au congrès de Rouen, rappelant que l'Allemagne dépense 1200 millions (plus d'un milliard) par an pour faire face à sa natalité exagérée et que chez nous il suffirait de 250 millions pour élever les 200000 petits êtres qu'il serait possible d'arracher ainsi annuellement à la mort.

Quant aux réformes législatives, sans faire grand fond sur elles, il est loin de les repousser. Il irait, au besoin, jusqu'à sacrifier le partage égal des biens, jusqu'à permettre la recherche de la paternité.

Mais ceci regarde les législateurs. Quant aux médecins, leur devoir est de signaler le péril et de le dénoncer assez haut pour que tout le monde l'entende.

M. **LE FORT** ne voudrait pas être accusé de méconnaître les inconvénients d'une natalité trop faible. C'est lui-même qui, le premier, a appelé l'attention sur ce point dans des articles de la *Revue des Deux Mondes* qui ont eu un grand retentissement. Il croit qu'on s'exagère le mal; mais il ne nie pas qu'il puisse y avoir quelque chose à faire.

En ce qui touche le peu de désir que les Français ont à se transporter dans les colonies, l'exemple de l'Algérie lui paraît probant. On est là en pays français; ce sont des départements français. Eh bien! le nombre des Européens étrangers de race y égale presque le nombre des Français. Que nous ayons eu autrefois l'esprit de colonisation quand toute la propriété appartenait en France soit aux nobles, soit au clergé, M. Le Fort est le premier à l'admettre. Les Français, il y a environ deux cents ans, ont immigré dans les colonies. Mais ils immigraient aussi en Europe. La ville de Berlin contient tout un noyau de familles françaises. C'était après la révocation de l'édit de Nantes. Qui pourrait désirer chez nous les mêmes causes, amenant les mêmes résultats?

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XXXVI

14 janvier. — Nous partons pour la capitale de l'Aragon, Saragosse, en passant par le col de las Armas del Rey, Pinel, Gandesa, Batea, Favara, Caspè, où les vainqueurs de Tortose sont accueillis sous des arcs de triomphe, dans des rues pavoisées et sablées, Bujalaros, grand village situé au milieu d'un désert, Pina, petite ville sur l'Èbre, dont les environs sont parés d'une riche culture. Nous arrivons à Saragosse le 18 janvier: j'y résidai deux mois.

Le 6 avril, je fus envoyé avec une escorte de quatre gendarmes à Villanueva de Gallego, misérable village, pour y constater l'existence d'une prétendue épidémie, qui était une endémie paludéenne.

Le 8 avril, le capitaine d'Esclaibes me proposa d'aller visiter avec lui les montagnes de Huesca. Nous partons à cheval: après une halte au village fiévreux de Villanueva de Gallego, dont je visite le médecin atteint lui-même de la maladie endémique, je reçois du chef d'état-major Saint-Cyr Nugues l'invitation de me transporter de suite à Exea, pour donner mes soins au commandant de la garnison de cette ville; je suis chargé aussi de faire remettre une dépêche pressée au chef d'une colonne qui est à la poursuite des guérillas. On me donne une escorte de huit hussards. Je laisse les montagnes de Huesca sur ma droite, et, à la tête de mon peloton de cavaliers, je m'engage dans les gorges montueuses et désertes qui conduisent à Castejon de Val de Jassa. Ces montagnes sont couvertes de genièvre, de romarin, de buis, de raisin d'ours aux corolles purpurines et de pins. Arrivé de nuit à Castejon, je fais appeler l'alcade pour prendre des informations: il m'apprend que plusieurs bandes circulent dans les environs, et qu'hier les brigands se sont emparés, près de Sadava, de cent cinquante gendarmes qui formaient la garnison d'Exea. Je passai la nuit dans le village, et j'y fus très bien traité et par l'alcade et par le curé: j'eus la précaution de faire loger les hussards dans le voisinage de ma maison.

9 avril. — A quatre heures du matin, un exprès me remet une lettre du chef d'état-major: il me conseille de ne continuer ma route vers Exea qu'autant que j'aurai la certitude de l'éloignement des brigands, et, dans le cas contraire, de me replier vers Saragosse.

J'envoie chercher l'alcade, qui me dit n'avoir rien appris de

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 février 1884.

nouveau depuis hier; tout bien calculé, comme j'avais autant à craindre sur la route de Saragosse que sur celle d'Exea, je me décidai à suivre celle-ci. Désirant toutefois m'éclairer, j'expédiai à Exea, par le sentier de la montagne, un homme du pays qui devait, en cas de rencontre des brigands ou de renseignements obtenus sur leur itinéraire, revenir aussitôt sur le chemin ordinaire que je devais prendre avec mon escorte et m'aviser. Une demi-heure après le départ de ce messager, j'en expédiai un autre avec les mêmes instructions par la route ordinaire, et, un quart d'heure après, je me mis en marche avec un guide et mes hussards; une pluie bien conditionnée et un brouillard épais contribuèrent à la sécurité de mon voyage. Une demi-heure avant d'arriver à Exea, je rencontrai un premier exprès, qui m'apporte une lettre du commandant de la place; il m'engageait à poursuivre la route avec confiance.

J'arrivai donc à Exea vers dix heures; je remets mes dépêches et je vais voir mon malade. L'ennemi est à une lieue d'Exea avec deux mille hommes d'infanterie et cinq cents cavaliers : on peut s'attendre à être attaqué; la garnison, qui consiste en quatre compagnies de la Vistule, passe la nuit dans un couvent fortifié qui sert de château.

10 avril. — La municipalité reçoit une lettre du chef de bande Cruchaya, par laquelle il demande qu'on lui prépare pour demain trois mille rations de vivres et cinq cents de fourrage : je réponds, pour le commandant, qu'il vienne les chercher. On passe la journée à observer les mouvements des guérillas, dont les vedettes ont eu la fanfaronnade de venir tirer quelques coups de fusil sur nos postes avancés.

Exea de los Cavalleros est une assez laide ville, située sur une petite montagne entourée d'une plaine bien cultivée, que fertilisent des canaux d'irrigation; la campagne est couverte de vignes et de blé; il y a très peu d'oliviers : du côté nord, il y a un plateau qui domine une plaine immense où se voient les villages de Ribas, Farasduas, Biota, et plus loin Sadava, qui donne son nom à cette plaine. L'horizon, dans les autres points, est borné par des montagnes, dont celles au nord sont dominées par les crêtes des Pyrénées, et celles à l'ouest par Montcayo.

Cette ville est renommée pour ses taureaux. J'ai remarqué près de la porte de Sadava quelques tombeaux gothiques placés dans le mur à hauteur d'appui, et, dans la partie la plus élevée de la ville, près d'un couvent, une petite colonne bien sculptée, surmontée d'une croix, et portant la date de 1348. L'historien Mariana raconte que, vers l'an 1110, D. Alphonse, roi d'Aragon, enleva aux musulmans la ville d'Exea, une des principales de la Navarre.

12 avril. — Je monte à cheval avec quelques officiers pour aller à la rencontre d'une colonne française, envoyée au secours de notre garnison, huit cents fantassins et deux cents cavaliers, sous le commandement du général polonais Klopicki.

13 avril. — L'objet de ma mission étant rempli, je me décide à regagner Saragosse, en traversant les montagnes de Sierra de Luna, escorté de mes hussards. A peu de distance du village de Sierra de Luna, qui est un point de ralliement des guérillas, à cause de l'entre-croisement des sentiers de la montagne, j'envoyai deux hussards en avant pour m'éclairer : ils revinrent avec l'alcade, qui me conseilla de faire une courte halte pour faire rafraîchir hommes et chevaux; puis, nous continuâmes au trot. Dans la soirée, j'appris par un messager de l'alcade que le chef de bande Pesoduro s'était présenté avec trente cavaliers, un quart d'heure après notre passage dans le village. Vers six heures, j'arrivai à Zuera, où je rencontrai beaucoup de nos troupes : les montagnes de Huesca se montrent à gauche, et, derrière elles, les Pyrénées.

14 avril. — Je rentre à Saragosse, où l'on avait des inquiétudes sur mon compte.

Le 23 avril, je suivis le mouvement de l'armée se dirigeant vers Tarragone, pour en faire le siège; on passe à Fraga où l'on observe des débris de voie romaine; Lérida, dont la forteresse semble inexpugnable avec ses cinq étages de batteries; Margalef, dont la vaste plaine fut le théâtre d'une importante bataille.

Le 23 avril 1810, une armée forte de dix mille hommes, qui venait pour nous faire lever le siège de Lérida, fut complètement défaite par trois cents de nos cuirassiers, qui firent six mille prisonniers. Urgel, admirable bassin de la Sègre où le blé, la vigne, l'olivier, forment une magnifique culture. Vinacha, grand village complètement abandonné par ses habitants; Poblet, célèbre par son monastère où sont des tombes royales; Montblanch, vieille ville assez grande, située au milieu d'une plaine richement cultivée. Au départ de Montblanch, notre colonne compte plusieurs régiments d'infanterie et une nombreuse cavalerie de dragons, hussards, cuirassiers.

Le 2 mai, nous arrivons à Reus, et le quartier général se porte à Constanti, distant d'une petite lieue de la place de Tarragone.

Le 5 mai, nos troupes se portent jusqu'à la mer pour opérer l'investissement; on rompt l'aqueduc qui abreuve la ville.

Le 9, je quitte le service de l'hôpital de Reus, et je rejoins le quartier général à Constanti, dont les habitants étaient partis à l'approche des Français. Je me loge militairement avec mon chef, M. Rampont, dans deux maisons abandonnées : nous pûmes établir un observatoire sur le toit, un belvédère à deux loges, d'où nous découvrîmes tout le théâtre de la lutte, terrestre et maritime.

Du 10 mai au 28 juin, jour de l'assaut et de la prise de Tarragone, j'ai inscrit dans mon journal tous les événements de ce mémorable siège.

La canonnade des nombreux bâtiments composant la flotte de secours pour la place resta impuissante contre la redoute établie par nous sur le bord de la mer. Les travaux de l'artillerie et du génie étaient dirigés par les généraux Valée et Rogniat.

L'affaire du 18 mai fut des plus sanglantes. Au lever du jour, l'ennemi, fort de trois mille hommes, fit une vigoureuse sortie pour détruire nos ouvrages; le 116e régiment supporta seul avec ses 1 200 hommes le premier choc, qui fut terrible, et fut obligé d'évacuer ses retranchements; mais un bataillon du 5e léger vint le renforcer, et l'ennemi fut à son tour obligé de battre en retraite. Nous eûmes cent trente hommes hors de combat, tant tués que blessés, et parmi eux le colonel, deux chefs de bataillon, et dix-huit officiers du 116e; l'ennemi eut cent cinquante morts et trois cents blessés. Mes stations au belvédère des gouttières ne m'empêchent pas d'herboriser aux environs, qui offrent une culture des plus riches : chamærops, caroubiers, orangers, noisetiers.

Le 22 mai, la redoute maritime est armée de sa batterie, qui frappe d'aphonie les vaisseaux, et les tient à une distance respectueuse; autour de cette redoute, on a fait déjà ramasser plus de dix mille boulets.

Le 25, le général en chef part pour Montblanch, afin de délivrer la garnison, bloquée dans un couvent par huit mille ennemis et un obusier. Cette garnison, composée de trois cents hommes du 14e de ligne, est ramenée à Reus.

Le 27 mai, à la première attaque du fort Olivo, le brave général Salm est tué à la tranchée par un biscaïen, qu'il reçoit dans la bouche. Cette mort est vivement sentie, surtout par les soldats, qui l'appelaient leur père.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 février 1885, ont été nommés, dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Blusson, Delaye, Ferrier, Ducamp, Trichet, Vincent, Abeille, Baron, Chaber, Cavaillé, De Peyre de Fabrègues et Barrion.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Thibault, chargé des fonctions d'agrégé, est maintenu dans ses fonctions jusqu'au 1er novembre 1886.

— *Hôpital général de Montpellier.* — M. Fédou est nommé interne de l'asile des aliénés de l'Hôpital-Général.

— *Hôpital de Perpignan.* — M. le docteur Bocamy, médecin adjoint, est nommé médecin en chef en remplacement de M. le docteur Bonafos, décédé.

M. le docteur Finet est nommé médecin adjoint, en remplacement de M. le docteur Bocamy.

— La Société médico-psychologique décernera en 1886 les prix suivants :

Prix Aubanel. — Question proposée : « De la coexistence, chez un même malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique, vésanique, etc.), au point de vue du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la médecine légale. »

Ce prix est de la valeur de 2400 francs.

Prix Belhomme. — Ce prix, de la valeur de 1200 francs, sera décerné au meilleur travail manuscrit relatif à *l'idiotie,* et de préférence aux *lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie.*

Prix Esquirol. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des dissertations inaugurales soutenues dans les Facultés de médecine de France, sur une question de pathologie mentale et nerveuse. — Les mémoires imprimés et les thèses devront avoir été publiés en 1885.

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés, avant le 31 décembre 1885, chez M. le docteur Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17509.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en medecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numero : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Réveil tardif de la syphilis.

A la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Fournier insistait vivement sur le danger des syphilis latentes, qui, après le chancre initial, ne se révélant plus par rien sur l'individu contaminé, n'en infectent pas moins les germes qui peuvent en provenir.

Parmi les preuves les plus convaincantes, les moins discutables, de l'existence prolongée de ces syphilis endormies en apparence, viennent en première ligne les exemples d'accidents tardifs, souvent très graves, se développant après un grand nombre d'années de tranquillité absolue.

Nous avons déjà eu l'occasion de citer plusieurs faits de ce genre : celui, entre autres, d'un sergent de ville, qui, dans le courant de l'année 1859, alors que Broca suppléait Jobert (de Lamballe) dans son service de l'Hôtel-Dieu, faillit subir une résection de la clavicule, à l'occasion d'une périostite syphilitique. Cette périostite s'était développée près de vingt ans après un chancre du prépuce qui avait disparu en quelques jours, sans traitement, et qui n'avait été suivi jusque-là d'aucune éruption, d'aucune gomme, d'aucun accident soit secondaire, soit tertiaire.

Broca, écartant l'idée de syphilis pour cette cause, avait supposé une nécrose de la clavicule, et il devait opérer le malade le jour même où Jobert, qui commençait déjà à présenter certaines étrangetés dans sa manière d'agir, vint inopinément reprendre son service. Il s'exclama bruyamment à l'idée d'une résection de la clavicule, affirma qu'il ne s'agissait que d'un accident syphilitique, malgré la date si reculée du chancre initial, malgré la santé restée parfaite dans l'intervalle. Et en effet, après quinze jours de traitement par les iodures à hautes doses, cet homme sortait de l'hôpital ayant sa clavicule complètement guérie.

Un cas tout à fait comparable, non moins démonstratif, peut être en ce moment observé dans le service de M. Guibout, salle Bichat, n° 47.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, entré le 20 février dernier.

Il y a vingt-sept ans que cet homme avait contracté la vérole. Présentant un chancre du gland, des plaques muqueuses à la bouche et à l'anus, il avait alors consulté M. Verneuil, qui lui avait fait prendre 100 pilules (sans doute des pilules de Sédillot).

Depuis lors, il n'avait rien eu qu'on eût attribué à la syphilis, jusqu'au début des accidents qui l'ont amené à l'hôpital.

Pendant dix-huit ans, aucune éruption n'avait paru. Cet homme exerçait l'état de tonnelier, et il se portait parfaitement, affirme-t-il.

Il y a neuf ans, il fut atteint d'une affection éruptive, occupant les bras et les jambes, considérée comme un eczéma simple par Hillairet, qui traita ce malade à l'hôpital Saint-Louis. Cet eczéma disparut en sept semaines, sans autre traitement que des bains et des applications de pommade camphrée.

Dans son état de tonnelier, cet homme éprouva divers accidents durant ces dernières années. Il eut la cuisse droite écrasée par la chute de tonneaux très lourds; il eut la poitrine comprimée du côté droit, à la hauteur du mamelon, entre les tonneaux.

Il attribue un très grand rôle à ces accidents dans la genèse de l'affection actuelle, et ce n'est pas impossible, car les traumatismes peuvent provoquer consécutivement des manifestations locales d'une syphilis latente, comme de toute autre maladie constitutionnelle ou diathèse.

Quoi qu'il en soit, ce fut d'abord aux environs du mamelon droit qu'apparurent, il y a deux ans, de grosses bulles pleines de liquide. Ces bulles, à ce que prétend le malade, ne reposaient pas sur un fond rouge; il n'y avait entre elles ni rougeur, ni gonflement de la peau. Elles se succédaient sur un espace qui s'étendait de jour en jour, sans, paraît-il, changer de caractère jusque vers la fin de l'année 1884. Il y a deux mois environ seulement que les choses se compliquèrent. Au lieu de simples bulles, on vit paraître des nodosités, des saillies de la peau, des tubercules, qui s'ulcérèrent, et devinrent le point de départ de plaies multiples.

Lors de son entrée, cet homme présentait, sur le thorax, l'abdomen, le bassin, la fesse du côté droit, et toute la moitié supérieure de la cuisse droite, une vaste plaque d'un rouge violacé, couverte d'une éruption tuberculeuse ulcérée, de plaies suppurantes, dont quelques-unes, profondes,

intéressaient la peau dans toute son épaisseur, et quand on exerçait une pression autour d'elles, donnaient issue à du pus amoncelé dans les couches sous-cutanées. Quand on faisait tenir debout cet homme, il était courbé fortement sur le côté droit, par suite de la rétraction cicatricielle résultant d'anciens trajets fistuleux de ce genre.

Dans la même salle, au n° 4, il y avait alors un autre malade, qui portait aussi une éruption érythémato-tuberculeuse syphilitique occupant les mêmes régions et ayant très exactement la même couleur.

Mais ce qu'offrait de particulier le tonnelier en question, c'étaient ces vastes suppurations cutanées et sous-cutanées, cet ensemble de tubercules, de gommes ulcérées, etc., qui lui donnaient un aspect spécial.

M. Guibout le fit examiner par quelques-uns de ses collègues de l'hôpital Saint-Louis, et tous furent d'accord avec lui pour voir là une manifestation exceptionnellement grave et exceptionnellement tardive d'une syphilis antérieurement latente.

Formes bénignes et latentes de la fièvre typhoïde ; typhus ambulatoire.

Nous aurons souvent à revenir, à propos de faits rapportés dans notre Revue hebdomadaire, sur la *Clinique médicale* que M. Gueneau de Mussy vient de terminer par la publication d'un quatrième et dernier volume.

En effet, si l'on peut reprocher à cet ouvrage d'être multiforme, de n'avoir aucun plan suivi dans son ensemble, il faut reconnaître du moins que, dans ses trois parties diverses, il est toujours plein d'observations et de remarques judicieuses dues à un clinicien sagace.

Il faudra donc tout autant tenir compte, au point de vue de la science médicale, du recueil d'articles réimprimés qui compose en partie le quatrième volume, que des leçons proprement dites qui constituaient les deux premiers, et du *Traité théorique et pratique de la fièvre typhoïde*, qui formait le troisième.

Ce troisième volume, divisé en deux parties, l'une d'étiologie, comprenant 17 chapitres, l'autre de pathologie, qui en comprend 25, est une étude très complète de la maladie qui eut le privilège d'attirer particulièrement l'attention des observateurs les plus éminents.

Ce fut l'objet des premières recherches de Louis, de celles qui le rendirent illustre ; et ce fut aussi pendant plusieurs mois le seul point de pathologie qui préoccupât Bretonneau.

On n'a pas oublié sans doute un trait curieux de l'histoire de ce clinicien, grand par lui-même, grand par les élèves qu'il a su choisir et former. Il avait alors à son service, moitié à titre de domestique, moitié à titre de disciple, Velpeau, qu'il avait découvert dans l'atelier d'un maréchal-ferrant. Voulant que rien ne vînt le distraire dans l'étude qu'il ferait de la fièvre typhoïde, il lui donna pendant plusieurs mois pour consigne d'éconduire tous les malades qui lui paraîtraient atteints d'autre chose.

Ce fut au sujet de la même maladie, alors autrement dénommée, que Broussais commença ses fameuses attaques contre les théories régnantes de son temps. Nous n'en finirions pas si nous voulions énumérer tous les travaux, toutes les controverses qui, dans ce siècle seulement, se sont succédé à ce sujet.

Et cependant, aujourd'hui encore, la lumière n'est pas tellement faite que l'on soit d'accord sur tous les points.

Il est beaucoup de cliniciens qui, pour prononcer le nom de fièvre typhoïde, exigent un ensemble de symptômes caractéristique et complet.

Ils supposent des différences essentielles de nature intime, entre la fièvre typhoïde proprement dite, et ce qu'ils nomment fièvre continue, fièvre gastrique, fièvre synoque. A plus forte raison ne veulent-ils pas admettre de fièvre typhoïde sans fièvre, sans élévation de température qui soit perceptible au thermomètre.

M. Noel Gueneau de Mussy n'est pas de ceux-là. Il reconnaît, comme dépendant d'une même cause, à côté des formes bien accusées et d'une évolution complète, d'autres formes, bénignes, atténuées, abortives, qui sont les prétendues synoques, etc.

A l'occasion d'une discussion à l'Académie de médecine, nous avons eu déjà l'occasion de dire qu'à nos yeux ces atteintes légères d'une même contagion devaient certainement être acceptées, comme faits s'imposant, particulièrement quand elles se produisent dans le cours d'une épidémie sévissant avec énergie dans un village.

Nous avons cité des exemples qui montrent qu'en effet, alors, les uns sont gravement atteints et offrent la fièvre typhoïde dans toutes ses phases avec son appareil symptomatique bien caractérisé ; tandis que d'autres sont très faiblement affectés, ou entrent en convalescence après peu de jours de maladie.

Le diagnostic est alors certain à cause des circonstances. Mais, dans les hôpitaux des villes, comment savoir si les formes frustes sont ou non dépendantes d'un germe typhoïde ?

Quelquefois la preuve est possible, même dans cette forme particulière, d'une bénignité apparente extrême, que les Allemands ont nommée *typhus ambulatoire*.

Il s'agit de malades auxquels on ne trouve pas de fièvre, qui peuvent se lever, sortir, continuer à manger presque à leur ordinaire, qui n'éprouvent qu'un peu de malaise et chez lesquels cependant le principe dothiénentérique se traduit par des lésions intestinales aboutissant parfois à une perforation. La mort survient inattendue, et l'autopsie permet de s'assurer que ces individus, presque bien portants jusque-là en apparence, étaient au contraire, en réalité, depuis plusieurs semaines, en pleine évolution d'accidents locaux dothiénentériques.

M. Gueneau de Mussy rappelle à ce sujet que le nom seul est nouveau. Avant que les Allemands eussent inventé ce nom de *typhus ambulatoire*, Chomel avait décrit déjà sous le nom de *forme latente* ce même genre de fièvre typhoïde.

Du reste, rien de plus fréquent que ce changement de mots faisant croire à de nouvelles découvertes. On nous en rappelait tout dernièrement encore un autre exemple à propos d'une malade qui occupe le n° 33 de la salle Bichat, dans le service de M. Hallopeau à l'hôpital Saint-Louis.

Cette malade est atteinte d'un lichen planus, affection qui a reçu ce nom des Allemands et au sujet de laquelle un professeur de Vienne n'omet jamais de rappeler dans sa clinique une anecdote tendant à prouver qu'on l'ignorait encore à l'hôpital Saint-Louis, il y a dix ans.

Or, bien avant les Allemands, Bazin la connaissait, la faisait reconnaître à ses élèves, et la désignait sous le nom de *lichen lividus*.

Je n'insisterai pas sur les avantages de ce dernier terme, beaucoup plus exact, car il s'agit de petites tumeurs livides qui, faisant saillie sur la peau, ne rappellent nullement

l'idée figurée par le mot *planus*. Mais enfin, s'il est convenu qu'on se servira désormais de ce dernier terme, faut-il en conclure que les Allemands ont tout inventé ?

Un cas d'érythème polymorphe.

Le nom d'érythème polymorphe est bien celui qui convient le mieux au genre d'affection dont nous allons donner un exemple.

A la consultation du 28 février, à l'hôpital Saint-Louis, M. le professeur Fournier reçut, comme atteint d'un érythème polymorphe, un homme qui occupa dès lors le n° 3 de la salle Saint-Louis.

Cet homme, âgé de quarante ans, présentait à ce moment une éruption siégeant à la fois aux poignets, aux coudes, à la fesse droite, aux mollets et au bas des jambes.

Il racontait que cette éruption avait commencé, quinze jours plus tôt, sur le bord externe de la main gauche.

Ce n'était pas la première fois qu'il était atteint d'une affection éruptive.

Déjà, en 1874, au mois de juin, il en avait eu une toute semblable sur les aines et sur les bourses. Elle avait duré trois semaines en tout. Puis, six mois plus tard, elle s'était reproduite sur les mêmes points pour durer encore trois semaines.

Depuis lors, comme auparavant, la santé avait été bonne, sauf que les plaies accidentelles se fermaient toujours difficilement : « Je suis de mauvais sang, » dit cet homme.

Durant aucune des trois poussées de cette affection éruptive, il n'avait ressenti de la fièvre ni perdu son appétit. Sauf l'insomnie causée par les démangeaisons, très violentes les premiers jours, il n'y avait eu absolument que des phénomènes locaux.

L'éruption présente un aspect tout particulier. A son niveau, la peau est rouge, d'un rouge ardent, un peu livide ; elle est bosselée, inégale, parsemée çà et là de petites vésicules, ailleurs de papules tout à fait semblables à celles de l'érythème papuleux, et ailleurs de gonflements donnant au doigt de l'explorateur la sensation de nouures semblables à celles de l'érythème noueux. De loin en loin, des îlots de peau saine contrastent par leur couleur blanche avec les parties environnantes. La peau est chaude sur toute l'étendue de ces plaques érythémateuses qui, aux membres supérieurs, occupent surtout le dos des mains et l'extrémité inférieure des avant-bras sur une hauteur de quatre travers de doigt environ.

Vers les limites de ces plaques se trouve une zone de petites papules disséminées, isolées, pleinement comparables à de l'érythème papuleux reposant sur une peau saine.

Vers les coudes, c'est là plutôt la forme générale que revêt l'éruption ; tandis que sur la fesse droite se trouve une très large plaque de même aspect que celles des mains.

Aux membres inférieurs, l'éruption des genoux ressemble à celle des coudes ; celle des pieds et du bas des jambes, à celle des poignets et du bas des avant-bras.

Partout où la rougeur s'étale en larges plaques, on perçoit au toucher une élévation de température assez notable.

La démangeaison, presque continuelle et très gênante pendant les premiers jours, n'existait plus que très faiblement et par intervalles lorsque ce malade entra à l'hôpital, le 21 février, quinze jours après le début de son affection.

Quand nous le revîmes huit jours plus tard, il était complètement guéri, sans avoir subi aucun traitement, la peau n'offrait plus de bosselures ; les papilles, les vésicules avaient disparu. Mais toute l'étendue des anciennes plaques était le siège d'une rougeur uniforme d'un ton très vif, fort analogue à celle d'une brûlure au premier degré. Cette teinte avait envahi les anciens îlots de peau saine remarqués d'abord dans ces plaques ; elle atteignait à peu près les limites des zones mêmes où nous avions vu des papules disséminées. La peau était lisse à leur niveau et sans desquamation notable. D'après les récits de cet homme, c'était exactement ainsi que s'étaient terminées déjà les deux poussées antérieures, après avoir duré le même temps environ.

Point fort important à noter : jamais, ni pendant ces éruptions, ni les précédant, ni à leur suite, il n'y avait eu de douleurs dans aucune articulation. C'est là ce qui différencie absolument cette affection de l'érythème papulo-noueux et ce qui, dans le cadre nosologique, lui mérite plus encore une place à part que la présence de quelques vésicules sur les surfaces érythémateuses.

Aujourd'hui on cherche à tout confondre dans un même ensemble qui comprendrait les maladies les plus différentes par leurs symptômes, par leur marche, par leur durée, par leur pronostic.

Nous aurons bientôt à revenir sur ce sujet en indiquant le sens et la portée qu'on a voulu donner, dans une thèse récente, au terme *érythème polymorphe*.

DE LA SÉRIE MORBIDE

CIRRHOSE ATROPHIQUE DU FOIE ; ENTÉRITE TUBERCULEUSE.

Par le docteur SORBETS, d'Aire (Landes).

La genèse et la filiation de symptômes multiples, constituant des états pathologiques distincts, amènent des cas complexes et ce qu'on peut appeler la série morbide.

Ces cas demandent une analyse profonde et minutieuse pour distinguer, au milieu du langage confus des symptômes, ceux qui procèdent directement de la lésion primordiale de ceux qui ne sont, comme le disait Béhier, que le fait de complications adventices ou d'accidents passagers et intercurrents, plus ou moins étrangers à l'affection principale.

Une première lésion d'un organe en entraîne une seconde, celle-ci en détermine une troisième, et ainsi de suite jusqu'à ce que mort s'ensuive.

Avec sa haute autorité et sa grande raison, le regretté Maurice Raynaud, dans son article si remarqué du cœur, avait soigneusement étudié une de ces séries qui peut servir de modèle à toutes les autres. Nous allons en donner le résumé.

« Une lésion d'orifice amène, par exemple, un trouble fonctionnel cardiaque : de là un arrêt circulatoire plus ou moins prononcé. Le cœur lutte insuffisamment contre l'obstacle et s'hypertrophie. La stase sanguine porte son action sur les poumons, le foie, la rate et les reins.

Il arrive une époque où, malgré la disparition et l'amélioration de la lésion primitive, les lésions secondaires suffiraient à entraîner la mort. Il peut donc se faire qu'un malade, se trouvant dans ces conditions, puisse mourir par asphyxie, par suite d'une lésion secondaire pulmonaire, ou par gangrène des extrémités, résultat d'une affection du cœur. »

Ne pourrait-on pas trouver des exemples aussi frappants et que l'on constate tous les jours dans la pratique, [telles la syphilis, la scrofule, les affections cérébrales et la tuberculose? C'est une lacune dans la science, que des esprits chercheurs combleront un jour et feront disparaître par un bon traité sur la matière.

Pour notre part, nous avons vu succomber une jeune femme, phthisique, à l'âge de vingt-six ans, non pas à des accidents de

poitrine, mais à une entérite de nature tuberculeuse ayant produit un anus contre nature, par suite de perforation intestinale. Le point de départ de ces accidents était certainement le tubercule, qui s'était généralisé dans les intestins en obéissant aux lois de la diathèse tuberculeuse.

Ne sait-on pas aussi que, comme les ulcères cancéreux, les ulcères tuberculeux de l'intestin donnent lieu et produisent des hémorrhagies souvent foudroyantes? Voilà donc deux terminaisons différentes et fatales ayant lieu dans un appareil autre que celui où s'était primitivement développé le tubercule.

Quoique éloignées, il existe cependant des relations pour ainsi dire directes, de cause à effet, et malgré la différence des départements organiques, au point de vue de la généralisation, entre le banal tubercule, qui débute silencieux dans les sommets du poumon, et cette fistule intestinale signalée. L'abcès stercoral, qui avait précédé la formation de la fistule et qui s'était formé d'après les lois de la même diathèse, emporte le malade aussi bien que l'hémorrhagie foudroyante intestinale.

Toutes les diathèses pourraient fournir ainsi des exemples de cette nature, une série morbide formant des anneaux s'enchaînant les uns les autres. Elle arrive à la période ultime de la maladie, à la mort, après avoir présenté dans plusieurs appareils de l'économie des phénomènes qui ne paraissent pas avoir entre eux des relations directes; et cependant la dernière lésion qui tue est la conséquence de la première.

L'étude bien comprise de la série morbide tendrait à prouver que la maladie simple n'existe pas ou tue rarement, et qu'en général toute maladie est subordonnée à une diathèse ou à une lésion primitive. En d'autres termes, que si la maladie est simple dans la première période de son évolution, elle amène, en parcourant ses phases, et jusqu'à sa période ultime, les lésions en apparence les plus disparates, et, chemin faisant, les plus graves.

Nous avons déjà démontré ce fait dans le numéro 68 de la *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 540.

Nous terminerons ces considérations générales par l'exposé d'un cas grave et fréquent observé en général par tous les praticiens. Nous voulons parler de la cirrhose atrophique du foie se terminant toujours par la mort et étant le point de départ d'une foule de complications.

Cette affection est très grave parce qu'elle annihile les fonctions hépatiques et la circulation de la veine-porte à travers le foie.

A cause de cet arrêt de la circulation, celle des branches anastomotiques devient très importante.

Sous l'influence des troubles circulatoires et des altérations du foie, la séreuse péritonéale sécrète une quantité considérable de liquide ascitique. Ces troubles ont leur retentissement dans les organes de l'économie. Aussi, chez un individu mort de cirrhose, avons-nous trouvé à l'autopsie des affections chroniques des reins, du cœur et des poumons.

La plus grande difficulté consiste à attribuer à chaque état morbide ses symptômes propres. Il faut l'attention la plus soutenue pour démêler la trame de ces phénomènes.

Nous n'entrerons pas dans tous les détails de l'observation : nous dirons seulement que, par l'étude attentive de l'évolution des symptômes, on pourra constater et affirmer le développement primordial ou de la cirrhose ou de l'albuminurie ou de l'affection du cœur.

Dans l'espèce, nous avons observé la cirrhose, primitivement développée et dégagée de ses complications. Les affections cardiaque et rénale se sont consécutivement développées; elles ont été reconnues par une auscultation fréquente et attentive de l'organe central de la circulation et par l'examen chimique de l'urine. Le malade ne tarda pas à succomber à cette affection complexe.

Ce malade présenta un ensemble de symptômes qui se rapportèrent successivement :

1° A une cirrhose atrophique (douleur épigastrique avec irradiation du côté du foie, atrophie hépatique, veines dilatées abdominales et ascite);

2° A une affection du cœur (dyspnée, bruit de souffle, œdème des extrémités consécutif à l'ascite);

2° A une néphrite albuminurique commençante, observée lorsque le malade succomba.

En résumé, le clinicien, au début de sa pratique, se trouve souvent embarrassé près du malade pour établir un diagnostic exact et précis, s'il ne fait pas la part de chaque série de symptômes afférents à un état morbide déterminé. C'est là l'un des points les plus importants de la pratique médicale qui exige pour sa solution, non seulement la connaissance et une étude raisonnée et réfléchie des symptômes, mais encore une grande expérience des malades qui ne s'acquiert que par la pratique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 mars 1885. — Présidence de M. Duplay.

COMMUNICATIONS

La laparotomie dans les plaies de l'abdomen. — **M. LARGER** fait un rapport sur une communication de M. Chavasse, médecin-major, relative à un cas de plaie pénétrante de l'abdomen par un coup de pied de cheval. M. Chavasse, après avoir attendu deux jours, fit la laparotomie, alla à la recherche de l'intestin lésé, le sutura et referma le ventre. Le malade succomba à une péritonite généralisée. Il faut, dit M. Larger, dans ces cas, opérer de bonne heure ou s'abstenir de toute intervention.

M. DUPLAY fait observer que, de nos jours, la laparotomie est à peu près généralement adoptée dans le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. Il cite, à l'appui de cette manière de voir, un cas que vient de publier un journal anglais et dans lequel il s'agit d'une plaie pénétrante de l'abdomen avec plaies multiples de l'intestin; on fit la laparotomie, on sutura les six ou sept plaies intestinales et l'on obtint une guérison complète.

Hystérectomie. — **M. QUENU** donne lecture d'une observation d'hystéro-ovariectomie suivie de guérison. (Comm. : MM. Terrillon, Polaillon et Terrier.)

Suites éloignées de la désarticulation du genou. — **M. NEPVEU** lit un travail sur ce sujet. Il a pu suivre deux opérés, l'un depuis dix ans, l'autre depuis sept ans, ayant subi la désarticulation du genou. Le premier est un homme de soixante-trois ans qui a été opéré par M. Desormeaux. Il a eu des abcès à la suite de son opération et n'a pu être considéré comme guéri que dix-huit mois après. Il a fini par succomber à un ramollissement cérébral et l'autopsie a démontré l'existence de nombreuses adhérences de la peau à l'os, qui empêchaient ce malade de pouvoir se servir de son membre. L'autre fut opéré à Gravelotte; il eut également des accidents et fut très long à guérir. Ces deux observations montrent que les suites éloignées de la désarticulation du genou sont très peu favorables et peu faites pour encourager les chirurgiens à pratiquer cette opération.

M. VERNEUIL dit qu'on a cherché, à plusieurs reprises, à réhabiliter la désarticulatian du genou ou du coude. C'est une opération qu'il ne fera jamais, qu'il condamne absolument et à laquelle il préfère incontestablement l'amputation.

Ostéomyélite. — **M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** présente un jeune homme qui était atteint d'ostéomyélite du tibia et auquel il a pratiqué une trépanation avec ouverture et lavage de l'articulation. Ce malade a très bien guéri.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XXXVII

28 mai. Attaque de l'Olivo.

Le soleil n'était point encore sur l'horizon, une belle aurore précédait ses rayons; l'alouette et le rossignol célébraient son lever et leurs amours, le grillon chantait le reste de nuit qui s'enfuyait, les chiens vigilants faisaient entendre leurs aboiements dans la campagne, les vagues de la mer envoyaient à nos oreilles leur sourd mugissement : voilà la paix, le bon ordre, l'amour. Les nombreux éclairs et le roulement sinistre de la fusillade, les blancs et épais tourbillons de fumée qui tantôt s'élèvent en colonne perpendiculaire pour avertir du départ de la bombe, tantôt fuient devant le canon pour annoncer le boulet, les nuages bruns presque opaques formés par un mélange de pierres et de terre que soulèvent les projectiles, les détonations graves et courtes de nos batteries de brèche, et celles des batteries ennemies qui bouleversent l'atmosphère de notre village : voilà la guerre, la destruction, la mort. Nos batteries de brèche fulminent toute la journée sans pouvoir rendre l'assaut praticable sur le fort l'Olivo. Celui-ci fut pris le lendemain; nous eûmes 300 hommes hors de combat, l'ennemi perdit 400 tués, 47 pièces de canon; 800 prisonniers restèrent en notre pouvoir; c'est dans la journée du 29 qu'un caporal de grenadiers italiens, Bianchini, connu par sa bravoure et décoré de la Couronne de fer, fit neuf prisonniers dont quatre officiers; le général en chef lui ayant demandé quelle récompense on pouvait lui offrir pour cet acte de courage : « Mon cher général, répondit Bianchini, je demande la faveur de monter le premier à l'assaut du corps de la place. » Le gouverneur espagnol Campoverde est sorti de Tarragone dont le commandement a été remis à un Anglais, Salfield.

Le 1er juin, 1 300 hommes ouvrent la tranchée devant le bastion Francoli; ce bastion ne fut emporté que le 7 juin. Le 8, les travaux sont dirigés sur le fort le Prince; malgré les nombreux blessés qui, chaque jour, sont ramenés de la tranchée, les officiers et soldats s'y rendent avec confiance et gaieté; on se dispute l'honneur des postes les plus périlleux ; un colonel de cavalerie est venu solliciter du général en chef la permission de monter à l'assaut avec cent de ses dragons.

La chaleur, qui est intense, ne m'empêche pas d'aller sur les coteaux de la rive gauche du Francoli chercher des plantes et des insectes; j'en rapporte l'*Antirrhinum latifolium* qui croît dans les champs, la *Coronilla juncea* qui se montre sur les escarpements des rochers avec la *Rosa majalis*, un *Thalictrum* voisin du *fœtidum* et la *Lactuca tenerrima;* le beau *Cerastium latifolium* croît dans les lieux ombragés de ces rochers.

14 juin. Depuis la prise du fort l'Olivo que l'ennemi regardait comme le boulevard inexpugnable de la place, nous avons vu diminuer journellement le nombre des bâtiments stationnés devant Tarragone et aussi le chiffre des habitants qui se promenaient sur les remparts; lors de notre arrivée, on comptait 200 bâtiments dans le port; ce nombre est réduit au tiers. Les déserteurs disent que tous les habitants, qui peuvent payer le passage, s'embarquent et emportent ce qu'ils ont de plus précieux.

15 juin. L'ennemi fait une sortie sur notre gauche pour faciliter l'évasion de la cavalerie renfermée dans la place, évasion rendue facile par un défaut de prévoyance des assiégeants, c'est-à-dire par la non-existence d'obstacles (abatis, fossés) sur la seule route par laquelle cette fuite pût s'effectuer.

16 juin. Prise du bastion le Prince. Dès quatre heures du matin, le ronflement de nos batteries se fait entendre et les parapets du bastion volent en poussière; notre feu prend d'abord l'avantage sur celui de l'ennemi; puis le feu de la place semble l'emporter. Les coups se succèdent de part et d'autre toute la journée; vers dix heures du soir un roulement continu de mousqueterie et une vive canonnade signalent l'instant de l'assaut; on revient trois fois à la charge; enfin le bastion est à nous; 100 ennemis tués, 60 prisonniers, 7 pièces de canon prises sont le résultat de cette affaire où nous eûmes 120 blessés.

17 juin. Travaux pour établir les batteries de brèche contre le fort Saint-Charles et le fort Royal.

21 juin. Prise du faubourg, du fort Royal, etc.

Vers huit heures du soir, après douze heures d'un terrible concert, on livre l'assaut, et, pour y assister de plus près, je vais à la tranchée; les mèches enflammées de nos bombes se croisent dans leur course parabolique avec celles de la place ; le météore igné qui résulte de leur explosion dans l'air, la lumière vive et scintillante des pots à feu envoyés par l'ennemi pour reconnaître nos positions, les gerbes de flammes du tir à mitraille et les innombrables étincelles de la mousqueterie en imposaient au premier moment pour de simples feux d'artifice ; mais l'impression perçue par l'oreille dissipe promptement cette illusion de la vue; les vibrations aiguës des mortiers, l'explosion des bombes, le son lugubre de la cloche qui à tout instant annonce leur départ, les détonations des canons, le sifflement prolongé des boulets ou leur ronflement effrayant lorsqu'ils passent près de vous, le vif roulement de la fusillade, le miaulement des balles, enfin les cris confus qui s'élèvent surtout du côté de la place attaquée rendent à ce tableau son véritable caractère : c'est la guerre, c'est l'assaut... Le combattant, celui qui prend une part active à l'action, peut, dans son enivrement, trouver la scène imposante; mais combien elle est affligeante pour le spectateur qui réfléchit sur les causes et les résultats! La fusillade de l'assaut fut courte et extrêmement vive; malgré la mitraille ennemie qui pleuvait de toutes parts, nos braves s'emparèrent successivement du bastion Saint-Charles, de celui des Chanoines, du fort Royal, du port, du faubourg et de 45 pièces d'artillerie. On porte le nombre des morts ennemis à 1 500, nous avons eu 70 blessés parmi lesquels plusieurs officiers.

22 juin. Pendant toute la journée, procession continuelle de soldats qui arrivent du faubourg de Tarragone chargés de butin de toutes sortes, cuirs, morues, sardines, tabac, sucre, café, quinquina, porcelaine, bois de campêche, linge, coton, etc., objets qu'ils donnent au plus bas prix, afin d'aller encore au pillage ; le quina se vendit à dix sols la livre, le sucre à cinq sols. La marine qui, depuis plusieurs semaines, gardait un profond silence, se réveille aujourd'hui furieuse de nos succès : quatre frégates et un vaisseau de ligne passent successivement devant le faubourg en lâchant leurs bordées impuissantes; aucun de nos soldats n'a été atteint.

23 juin. Dans la matinée, je vais avec le pharmacien en chef parcourir et les boyaux et le faubourg qui est en ruines ; nous étions chargés de reconnaître les médicaments dont les hôpitaux pourraient s'approvisionner, et par conséquent de visiter les boutiques, magasins, caves et greniers; le quinquina était abondant, mais d'une qualité médiocre ; les ballots de racines de salsepareille étaient en si grande quantité qu'on s'en est servi pour construire des batteries; on peut en évaluer le prix à 40 à 50 000 francs ; un approvisionnement bien plus important et dont l'intendant de l'armée aurait dû se préoccuper pour en empêcher la dispersion, c'était un entrepôt de peaux de bœufs de Buenos-Ayres : il y en avait, dit-on, pour un million de francs.

24 juin. On travaille à l'établissement de la batterie de brèche à 50 toises des murs de la ville; je vais herboriser vers les coteaux du Francoli et en particulier sur le faîte d'un aqueduc romain qui avoisine la rivière; j'avais aussi parcouru la plage maritime qui est plate, sablonneuse ou caillouteuse; la mer n'y dépose presque pas d'algues ni de coquillages; parmi les plantes que j'y ai récoltées en fleur, je citerai *Euphorbia paralias* et *peplus*, *Polygonum maritimum*, *Medicago marina*, *Eryngium maritimum*, *Silene arenaria* Desf. *Arnopogon picroïdes*, etc.

28 juin. Prise de Tarragone.

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 mars 1884.

Dès quatre heures du matin, nos huit canons de la batterie de brèche commencent le feu contre le corps de la place, et la canonnade se continue de part et d'autre pendant toute la journée. Vers six heures du soir, l'assaut est livré; à six heures et demie, la ville est à nous. La pente rapide de la brèche et le feu roulant de l'ennemi avaient retenu le premier élan de la colonne d'assaut ; ce moment d'hésitation donna de vives inquiétudes aux chefs de l'armée ; le brave capitaine Francon raffermit par quelques mots la confiance ébranlée de ses grenadiers à la tête desquels il monta sur la brèche avec l'héroïque sergent italien Bianchini qui tomba blessé; 1200 hommes d'élite se succèdent à ce dernier assaut; l'ennemi est culbuté de tous côtés et fait d'inutiles efforts pour se défendre dans les rues; le gros de la garnison, croyant trouver son salut dans la fuite, sort en colonne du côté opposé à l'assaut; mais tout était prévu; la division Harispe l'enveloppa, le carnage fut horrible; nos soldats emportés par une férocité sans bornes, se livrèrent au pillage, au viol, au massacre, qui durèrent toute la nuit...

..... Nuit cruelle
Qui fut pour tout un peuple une nuit éternelle.

Le mot d'ordre pour cet assaut était : « Tue ! »

29. Je vais à Tarragone. Quel spectacle horrible ! L'esprit succombe sous le poids des réflexions les plus tristes et la plume se refuse presque à tracer l'esquisse de ce navrant tableau ; des milliers de cadavres mutilés encombrant les rues, la boue sanglante souillant le pavé, l'effondrement des toitures incendiées, ce n'est pas le côté le plus affreux de cette scène de désolation; mais cette femme, les cheveux épars, les yeux meurtris et égarés, le visage d'une pâleur effrayante, qui marche d'un pas pénible et embarrassé et implore le secours de tout ce qui n'est pas soldat; mais cet infortuné nourrisson vivant encore sur le sein de sa mère expirante, voilà les épisodes les plus cruels de la prise d'assaut d'une ville dont, suivant le terrible adage militaire, les habitants ont été passés au fil de l'épée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 4 mars 1885, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de première classe Dujardin-Beaumetz.

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major de deuxième classe Dardignac.

— Par décision ministérielle, en date du 3 mars 1885, ont été désignés pour les établissements thermaux, en 1885, les médecins et les pharmaciens militaires dont les noms suivent :

Vichy (du 1er mai au 30 septembre). — M. le médecin principal de deuxième classe Perrin, médecin chef (toute la saison); — MM. les médecins-majors de première classe Crussard et Bois (du 1er mai au 31 juillet) ; Senut et Martino (du 1er août au 30 septembre) ; Linon (toute la saison); — MM. les médecins aides-majors de première classe Véron, Duvau et Girardeau (toute la saison); — M. le pharmacien-major de première classe Boué, et M. le pharmacien aide-major de première classe Barthe (toute la saison).

Bourbon-l'Archambault (du 15 mai au 15 septembre). — MM. les médecins-majors de première classe Willigens, médecin chef, et M. le médecin aide-major de première classe Augiéras (toute la saison).

Bourbonne (du 15 mai au 14 septembre). — M. le médecin principal de deuxième classe Schaumont, médecin chef (toute la saison) ; — M. le médecin major de première classe Sorel (toute la saison) ; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Loillier et Baudin (du 15 mai au 14 juillet) ; Colnenne et Arnold (du 15 juillet au 14 septembre) ; — MM. les médecins aides-majors de première classe Joly et Bonnamy, et M. le médecin aide-major de deuxième classe Petitbien (toute la saison); — M. le pharmacien-major de première classe Catenac, et M. le pharmacien aide-major de première classe Colin (toute la saison).

Barèges (du 6 juin au 30 septembre). — M. le médecin principal de deuxième classe Madamet, médecin chef ; — M. le médecin major de première classe Bertelé ; — MM. le médecin major de deuxième classe Lauzeral et Dorange ; — MM. les médecins aides-majors de première classe Peyret et Courtois ; — M. le médecin aide-major de deuxième classe Martin, et M. le pharmacien-major de première classe Frizac (toute la saison).

— Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le jeudi 23 avril 1885, à midi et demi.

Tous les élèves de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscriptions sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 9 mars au mercredi 15 avril 1885 inclusivement.

Les aides d'anatomie qui seront nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1885; leur temps d'exercice expirera le 30 septembre 1889.

— M. le docteur Gallois, conseiller général, est nommé membre du conseil départemental de l'instruction publique de la Marne, en remplacement de M. le docteur Bienfait, démissionnaire.

— La Société française d'otologie et de laryngologie tiendra sa session générale à Paris, les 2, 3 et 4 avril 1885, à huit heures du soir, à la mairie du Ier arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

— *Faculté de médecine de Paris*. — Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le mardi 17 mars 1885, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, les mardis et les jeudis, à une heure et demie de l'après-midi.

Les élèves de deuxième et de troisième année (doctorat et officiat, ancien et nouveau régime) sont obligés d'assister à ces démonstrations. Nul élève de l'une ou de l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet, s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par M. le chef des travaux. Ces démonstrations sont facultatives pour les étudiants qui ont seize inscriptions ; les docteurs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part.

Les conditions d'admission sont les suivantes : 1° les élèves de deuxième et de troisième année (doctorat et officiat) sont admis en présentant la quittance détachée du registre à souche attestant le payement des droits réglementaires, correspondant à l'inscription de janvier 1885 ; 2° les élèves justifiant de seize inscriptions, et les docteurs français et étrangers, qui désireraient assister aux démonstrations pratiques de physiologie, ne pourront être admis sans une autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande, du jeudi 5 au jeudi 12 mars, au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des formalités à remplir. Ceux d'entre eux qui auraient déjà obtenu l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant la présente année scolaire, sont admis, sur la présentation de la quittance à souche, constatant le payement des droits (40 francs); 3° les élèves indiqués dans les deux premiers paragraphes devront se faire inscrire au bureau du surveillant général (ancien collège Rollin), du 5 au 12 mars inclusivement, de midi à quatre heures.

— Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie (École pratique, 2, rue Vauquelin) sera ouvert sous la direction de M. Cadiat, chef des travaux, à partir du lundi 16 mars 1885, les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, de trois heures à cinq heures de l'après-midi.

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires pendant le semestre d'été pour tous les élèves de troisième année. Les étudiants pour l'officiat ne sont pas astreints à ces travaux. Les élèves devront se munir des instruments indiqués par le chef des travaux.

Les inscriptions seront reçues de midi à quatre heures du soir, au bureau du surveillant général de l'École pratique, du samedi 7 mars au samedi 14 mars inclusivement, sur présentation de la quittance à souche constatant le versement des droits afférents à la dixième inscription. Une carte d'admission sera délivrée.

MM. les élèves de deuxième année sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seraient refusées.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Charité, commencera un nouveau cours particulier de technique microscopique, le lundi 9 mars, à quatre heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, 5, et le continuera tous les jours à la même heure.

On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de une heure à deux heures.

— M. le docteur Verrier, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de médecine, recommencera son cours d'accouchements et de manœuvres, le lundi 16 mars prochain, à cinq heures et demie, à son amphithéâtre, 6, rue du Pont-de-Lodi. Il le continuera tous les jours, le jeudi excepté, à la même heure.

Le cours sera terminé pour le 1er mai. — On s'inscrit chez M. Verrier, 129, rue Saint-Honoré.

— *Muséum.* — M. le professeur Alph. Milne-Edwards commencera son cours de zoologie (mammifères et oiseaux), le lundi 9 mars 1885, à deux heures du soir, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure, dans la salle de zoologie. Il traitera, cette année, de l'histoire des mammifères au point de vue de leur organisation, de leur classification et de leur distribution géographique.

Les leçons seront complétées par des conférences faites dans le laboratoire, dans les galeries ou dans la ménagerie, à des jours et heures qui seront indiqués ultérieurement.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17539.

97

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande à la maison de gros, recevront une bouteille de *vin de Bugeaud* à titre d'échantillon.

10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, Phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

99

PASTILLES GÉRAUDEL

Agissant par inhalation et par absorption contre les **Maladies des Voies respiratoires**

Seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron, qu'il transporte directement sur le siège du mal. C'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité.

L'étui : **1** fr. **50** dans toutes les pharmacies.

GÉRAUDEL, ph. à Sainte-Menehould (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîtes d'échantillons à MM. les Médec. qui désireraient les expérimenter.

70

PEPTONATE DE FER ROBIN

Se distingue par son pouvoir nutritif intense, 8,14 % d'Az., 13,70 % FER pur.

Admis officiellement, après ANALYSE, *dans les hôpit. de Paris*, c'est le *plus assimilable*, le *plus agréable* et le *seul* employé *pur, dialysé* (15-20 Gttes par repas). Sous forme de VIN (1 v. à liqueur).

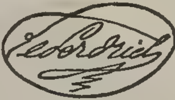
Phie CAZIN, 32, faubourg Montmartre, Paris.

9

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de huit à douze heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



2

CHATÉL-GUYON GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concerts Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissemeut possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

49

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

93

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. *Blancard*

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

17

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire**. (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr.

Phie LIMOUSIN ❄, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

48

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

13

PEPTONES DE VIANDE

du docteur KOCHS

Solution d'un problème scientifique depuis longtemps cherchée : l'albumine peptonisée réunie aux matières extractives de la viande en un produit alimentaire de premier ordre, naturel, incorruptible, agréable au goût, s'absorbant immédiatement dans l'organisme humain sans le concours de l'action digestive de l'estomac.

Expérimenté dans les hôpitaux de Paris, notamment à la Pitié, à Necker, aux Tournelles; à Vienne, par le professeur Bamberger; à Berlin, par le docteur Leyden, directeur de la Charité, etc.

DÉPÔT CENTRAL :

A Paris, rue Meyerbeer, 5.

Boîte en fer blanc de	1 000 gr.	18 fr.
Pot de porcelaine de	225 —	5 »
Pot de porcelaine de	100 —	2f 50
Tablettes en étui.		5 »
Pastilles en boîte.		1f 25

140

HUILE DE FOIE DE MORUE DE HOGG

Extraite à Terre-Neuve des foies de morues fraîchement pêchées.

Sans odeur ni saveur des huiles du commerce.

Se vend en *flacons triangulaires* seulement.

HOGG, rue Castiglione, 2, Paris, et toutes Phies.

35

GOUTTES DE HOLLANDE.

CAPSULES FROMENT

A *l'huile pyrogénée du Juniperus oxycedrus et au benzoate de lithine.*

Contre la gravelle, les coliques néphrétiques et hépatiques, la lithiase biliaire, le catarrhe vésical chronique, les affections goutteuses, rhumatismales, spasmodiques, etc.

Très recommandées pour leurs remarquables propriétés dialytiques.

Chaque capsule contient 4 gouttes.

Dose ordinaire, de 2 à 4 capsules par jour.

3 francs la boîte de 30 capsules.

Gros : phie normale à Marseille, 52, rue de Rome.

Détail : dans toutes les phies. — REMISES D'USAGE.

6

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

7

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

1

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

31

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

7

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE POITRINE.

SIROP & PATE PIERRE LAMOUROUX

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE

L'état mental des spermatorrhéiques.

I

Il vous arrivera assez fréquemment d'être consultés par des malades atteints de troubles nerveux variés, mais se plaignant avant tout d'être affectés de *pertes séminales* involontaires, auxquelles ils rapportent d'ordinaire les différents symptômes dont ils souffrent. C'est qu'en effet il n'est peut-être pas d'affection qui préoccupe plus les malades que la *spermatorrhée*. Ceux qui en sont affligés sont en général inquiets et soucieux de leur mal : c'est à juste titre d'ailleurs, car les pertes séminales constituent le plus souvent l'une des manifestations d'un état pathologique complexe et grave sur lequel il est utile que j'appelle votre attention.

On a beaucoup écrit sur les pertes séminales involontaires. Wilhmann, dès la fin du siècle dernier, a publié sur ce sujet un travail important (1). Lallemand, plus près de nous, a consacré trois volumes à son étude. L'ouvrage de cet auteur (2) n'est malheureusement pas empreint de cet esprit scientifique rigoureux au coin duquel sont marqués les autres travaux de l'éminent professeur de Montpellier; et s'il y a à prendre dans le livre de Lallemand, il y a aussi beaucoup à laisser. On ne saurait adresser le même reproche à la belle leçon clinique que Trousseau a consacrée aux pertes séminales, leçon que j'ai alors immédiatement rédigée et publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, et dans laquelle le médecin de l'Hôtel-Dieu a envisagé la question d'un coup d'œil très juste. Peut-être toutefois ce maître a-t-il un peu trop laissé dans l'ombre les différents troubles nerveux qui accompagnent la spermatorrhée. Du moins il les indique, plutôt qu'il ne les décrit. C'est à l'étude de ces troubles que je me propose de consacrer plus particulièrement la leçon d'aujourd'hui.

(1) *Dissertation sur les pollutions diurnes involontaires.* Gœttingen, 1782. Traduction française de Sainte-Marie, 1817.
(2) *Des pertes séminales involontaires.* 3 vol., 1836-1842.

I. Mais avant d'entrer de plain-pied dans cette étude symptomatique, il me paraît indispensable de dire tout d'abord quelques mots d'une question doctrinale qui, vous allez le comprendre, a une très grande importance. Qu'est la spermatorrhée ? quelles sont les relations qui la rattachent aux affections et aux troubles qui l'accompagnent ? quelles sont ses causes, ses conditions déterminantes ? Lallemand avait résolu cette question de doctrine dans un sens très absolu. D'après lui, la spermatorrhée constituerait un accident local, dépendant le plus souvent d'une affection de l'urèthre (blennorrhagie, abcès de la prostate, etc.). Les pertes séminales, par leur répétition, amèneraient un affaiblissement général, une sorte d'asthénie du système nerveux. Ainsi, suivant Lallemand, le premier terme de la série pathologique serait, dans la presque totalité des cas, l'affection uréthrale, et les désordres nerveux qui accompagnent si souvent la spermatorrhée résulteraient, à titre de conséquence, de la perte répétée du sperme. Cette interprétation des faits est erronée : Trousseau n'a pas eu de peine à le montrer. En général, en effet, les pertes séminales tiennent à toute autre chose qu'à une lésion des organes de sécrétion ou des voies d'excrétion du sperme; elles dépendent d'une perturbation primitive du système nerveux central. Quelques brefs développements relatifs à l'étiologie et à la pathogénie de la spermatorrhée suffiront, je pense, pour vous convaincre de ce fait.

Si vous voulez bien réfléchir au mécanisme qui préside au phénomène physiologique de l'éjaculation, vous vous rendrez aisément compte que les causes, susceptibles de troubler ce phénomène et d'amener les pertes séminales, sont multiples et de divers ordres. L'éjaculation résulte, vous le savez, de la mise en action du groupe de cellules de la moelle lombaire qui constitue le centre génito-spinal de Büdge. A l'état normal, ce centre exige pour réagir une provocation extérieure, celle qui résulte du coït ou des manœuvres contre nature plus ou moins analogues à celles du coït.

Dans l'état pathologique, les choses peuvent se passer autrement. L'éjaculation, en effet, c'est-à-dire la mise en jeu du centre génito-spinal, peut être déterminée, en dehors des conditions habituelles qui la provoquent, soit par suite de l'apparition d'une cause morbide d'excitation, qui se substitue aux causes physiologiques, soit parce que le centre de Büdge, pathologiquement modifié, a acquis une faculté de réaction telle qu'il entre en jeu sous l'influence de la moindre provocation venue de la périphérie, ou même sans

aucune provocation appréciable. De là, deux catégories de spermatorrhéiques.

Chez ceux de la première catégorie, les pertes séminales sont dues à une lésion périphérique qui joue le rôle d'excitant anomal à l'égard du centre génito-spinal. Il s'agit tantôt d'une lésion de l'urèthre (blennorrhagies anciennes et répétées), tantôt d'une altération des organes de sécrétion ou des voies d'excrétion du sperme (lésions des vésicules séminales, des canaux éjaculateurs), ou même d'une constipation opiniâtre, de l'existence d'hémorrhoïdes, de la présence dans l'intestin d'ascarides lombricoïdes. Mais, toute positive que soit l'action de ces éléments excitants, il n'est même pas certain que ces derniers soient susceptibles de déterminer la spermatorrhée sans une sorte de connivence préalable de la moelle, devenue anomalement excitable. Au reste, les pertes séminales qu'ils occasionnent ne paraissent avoir qu'une gravité relative, puisque celles-ci, de l'aveu de Lallemand, disparaissent souvent assez vite sous l'influence d'un traitement tout local.

Il n'en est pas de même de la spermatorrhée qui résulte d'une moindre résistance (innée ou acquise) du centre génito-spinal à l'action des causes provocatrices. Cette diminution de résistance, pour parler plus juste, cette susceptibilité pathologique, peut elle-même tenir à des causes de deux ordres : soit au développement d'une lésion matérielle de la moelle (vous savez que la spermatorrhée est un accident assez fréquent au cours et surtout au début des myélites aiguës ou chroniques, particulièrement de l'ataxie locomotrice), soit à cette faiblesse passagère ou permanente du système nerveux central, d'où résultent ces névroses variées connues sous le nom de neurasthénie, d'hypocondrie, de névropathie.

Des pertes séminales déterminées par les myélites, je n'aurai rien à vous dire. Elles constituent en effet un épiphénomène accessoire au cours d'une symptomatologie très spéciale, dans le détail de laquelle je n'ai pas à entrer.

Celles dont je veux vous entretenir, celles pour lesquelles vous serez surtout consultés, celles qui s'accompagnent de troubles nerveux sur lesquels je me propose d'appeler votre attention, ce sont les pertes séminales qui témoignent non d'une lésion matérielle et grossière du système nerveux central, mais d'un trouble fonctionnel de ce système : ce sont les pertes séminales qu'on pourrait appeler *névropathiques*.

C'est assez vous dire que la spermatorrhée, dans ma pensée, comme dans celle de Trousseau, est moins la cause des troubles cérébro-spinaux avec lesquels elle coïncide, que la résultante de ces troubles. En d'autres termes, dans les cas dont il s'agit, l'appareil nerveux tout entier est affecté, et, en même temps qu'il traduit sa souffrance par les manifestations variées que je vais vous décrire, il la traduit aussi par la spermatorrhée.

S'il était nécessaire d'apporter des preuves décisives à l'appui de cette subordination des pertes séminales à un désordre antécédent de l'appareil cérébro-spinal, il me suffirait de vous rappeler ces faits décrétoires qu'a publiés Trousseau, dans ses leçons cliniques. J'en prends quelques-uns au hasard. « Le 20 avril, dit Trousseau, un monsieur me consulte : il a un frère *aliéné*, lui-même est atteint de *spermatorrhée* très abondante et très fréquente. Depuis deux ans il a de l'*hypocondrie* allant presque jusqu'à la nosomanie. — Le 10 mai, je vois à Auteuil, chez M. le docteur Beni-Barde, un malade âgé de trente ans; son aïeule a été *folle;* sa mère est très nerveuse: lui-même a présenté la série d'accidents suivants : *incontinence nocturne de l'urine* jusqu'à douze ans ; *spermatorrhée* à seize ans et jusqu'à présent; *hypocondrie* extrême, troubles nerveux des plus bizarres; imminence de folie. — Le 3 juillet, un Espagnol de trente-quatre ans vient me consulter; il a eu de l'*incontinence* d'urine jusqu'à dix ans, de la *spermatorrhée* à la suite, et il est impuissant maintenant; enfin il a des attaques d'*épilepsie* depuis trois mois. — 5 juillet, vu un jeune homme de vingt-deux ans, atteint d'*incontinence* nocturne de l'urine et des fèces jusqu'à l'âge de neuf ans; *spermatorrhéique* depuis la puberté; mère et frères *épileptiques*. »

Je vous le demande, n'appert-il pas avec la dernière évidence, de ces faits qu'il me serait aisé de multiplier, que la spermatorrhée constitue simplement l'un des actes d'un grand drame qu'on voit non seulement se poursuivre chez le même malade, mais dont on reconstitue le prologue chez les ascendants? Antécédents nerveux héréditaires, antécédents nerveux personnels, nous retrouvons tout cela chez les spermatorrhéiques qui précèdent : démonstration évidente et palpable que les malades en question sont des prédisposés, des *tarés,* si je puis dire. Est-on en droit, en face de pareils faits, de faire jouer à des épisodes accidentels comme une blennorrhagie, à des habitudes vicieuses comme celle de la masturbation, le rôle prépondérant dans l'étiologie des pertes séminales? Je ne puis pas le croire. Je me demande, au contraire, si l'abus effréné de la masturbation, tel qu'il est relaté dans plusieurs des observations de Lallemand, ne peut pas être regardé lui-même comme une démonstration du fonctionnement vicieux du système nerveux, se traduisant par la dépravation des instincts.

Je dis donc que les spermatorrhéiques sont en général des prédestinés aux désordres nerveux; que la spermatorrhée se développe, avec ou sans le concours de conditions adjuvantes (blennorrhagies, masturbation) sous l'influence de la prédisposition ; qu'enfin les troubles nerveux qui l'accompagnent tiennent moins à la spermatorrhée elle-même qu'à la tare de laquelle celle-ci relève. Spermatorrhée et troubles nerveux sont sœur et frères, non mère et fils.

N'exagérons rien cependant! Les pertes séminales, en éliminant plus abondamment qu'il ne convient, l'un des produits de sécrétion des plus précieux, agissent à leur tour, par ricochet, en quelque sorte, sur l'appareil nerveux affaibli. Incapables à elles seules d'engendrer les troubles qui les accompagnent, elles sont du moins de nature à les entretenir et à les aggraver. La répétition fréquente de l'émission de la liqueur spermatique, en dehors des conditions normales, retentit ensuite d'une façon particulièrement fâcheuse sur le moral des malades et imprime à la névropathie dont ils souffrent une physionomie assez spéciale. A cela me semble se limiter le rôle de la spermatorrhée, dans la genèse des accidents. Mais, tel qu'il est, et bien qu'assez effacé, ce rôle a son importance.

Pour être en effet de simples, je pourrais presque dire de vulgaires névropathes, les spermatorrhéiques ne sont pas des névropathes comme les autres; vous en jugerez par la suite.

Telle est la façon dont on doit, selon moi, envisager cette question doctrinale des rapports qui relient les pertes séminales aux désordres nerveux qui les accompagnent. Ce préambule n'était pas inutile : il vous permettra de saisir la place qu'on doit assigner à chaque trouble et les relations qui unissent les uns aux autres les éléments du tableau clinique qu'il me reste à tracer.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 février 1885. — Présidence de M. D'ARSONVAL.

COMMUNICATIONS

Le boldo. — M. LABORDE fait une communication sur cette plante, qui croît en abondance en Bolivie, où elle est employée empiriquement, surtout contre les maladies du foie. Jusqu'ici elle n'a pour ainsi dire pas été étudiée en France. Cependant, en 1874, M. Dujardin-Beaumetz fit quelques expériences qui lui montrèrent que le boldo agissait sur la vessie et rendait les animaux somnolents. Dans la même année, M. Vergne fit des expériences avec l'acaloïde, qui n'apprirent rien de nouveau. L'année dernière, M. Chapoteau put extraire des feuilles du boldo une substance complètement débarrassée de l'alcaloïde. C'est avec cette substance que M. Laborde a fait ses expériences.

Si l'on injecte 25 centigrammes de cette substance à un cobaye, il tombe dans l'affaissement et il est dans un état de mort apparente. Après quelques heures, il se réveille, mange et se trouve dans son état habituel, sauf un peu d'incoordination, comme s'il était en état d'ivresse. Chez le lapin, mêmes résultats, mais le sommeil est moins profond, et l'état d'ébriété plus manifeste. Chez le chien, mais ici c'est chez un petit chien, 2 ou 3 grammes, déterminent rapidement le sommeil; il se réveille seulement deux ou trois heures après et mange sa pâtée comme d'habitude. Si l'on augmente la dose, l'animal s'endort et meurt pendant son sommeil, sans convulsions. La respiration s'arrête la première sans aucune réaction.

En résumé, il s'agit là d'une substance hypnotique, très peu toxique, ce qui est dû sans doute à l'absence d'alcaloïde. C'est par son action sur le cerveau qu'elle détermine le sommeil; la preuve en est qu'elle ne produit plus ces phénomènes chez la grenouille, à laquelle on a préalablement enlevé le cerveau. Son action sur le bulbe est secondaire. C'est probablement par l'extension de ses effets à cet organe qu'elle détermine la mort, mais c'est d'abord sur l'écorce cérébrale qu'elle exerce son action.

Troubles trophiques. — M. BROWN-SÉQUARD rappelle avoir soutenu autrefois que les troubles trophiques qui se produisent après les maladies ou les lésions expérimentales du système nerveux étaient dus non au défaut d'action nerveuse, mais bien à l'irritation. Il ajoutait, comme corollaire à cette opinion, qu'une section simple d'un nerf n'était jamais suivie de trouble trophique. S'il maintient son opinion première, M. Brown-Séquard reconnaît que ce dernier fait n'est pas exact, et que la section simple d'un nerf est suivie de troubles trophiques. Cela ne prouve pas que l'interprétation qu'il a donnée à ces troubles soit fausse; le microscope montre, en effet, que même dans les cas de section simple, il y a toujours lésion irritative du nerf. En outre, les agents extérieurs, le frottement, le traumatisme, ont une grande importance dans la production de ces troubles. On connaît les lésions qui surviennent dans la patte du cobaye, dont on a sectionné le sciatique. Or ces résultats sont dus à ce que cette section du sciatique rend le cobaye épileptique, et que, dans ses crises, il se mange la patte. Si, par une section latérale de la moelle à la région dorsale, on met l'animal dans l'impossibilité de porter les doigts de la patte à la bouche, ces lésions ne se produisent plus.

Dosage de l'azote. — M. RICHET fait connaître un procédé de dosage de l'azote total dans l'urine, par l'hypobromite de soude.

M. RABUTEAU fait observer qu'il a, depuis longtemps, fait connaître un procédé analogue par l'hypochlorite.

Curares artificiels. — M. RABUTEAU montre trois poisons curarisés nouveaux qu'il a découverts.

ÉLECTION

M. FÉRÉ est élu membre titulaire.

La séance est levée.

Séance du 7 mars 1885. — Présidence de M. Paul BERT.

COMMUNICATIONS

L'attaque d'épilepsie. — M. BROWN-SÉQUARD dit que dans l'attaque d'épilepsie il y a un phénomène d'arrêt : c'est la perte de la sensibilité réflexe. Dès le début de l'attaque, la faculté réflexe est perdue. Dans d'autres cas, c'est l'inverse qui a lieu : la faculté réflexe est tellement exagérée qu'il suffit de toucher le membre paralysé pour produire une attaque ou l'augmenter si elle a lieu; un mouvement imprimé à ce membre suffit également pour faire éclater l'attaque; on a même vu un simple courant d'air la déterminer. Dans les deux cas, lorsque la faculté réflexe est perdue comme lorsqu'elle est exagérée, c'est là moelle épinière qui est influencée. Mais M. Brown-Séquard ne croit pas que le siège de l'épilepsie soit dans la moelle épinière seule; ce siège est extrêmement variable. Il a montré par de nombreuses expériences qu'une lésion de certaines parties de la moelle épinière, dans la région cervicale, détermine une attaque d'épilepsie. Mais il ne faut pas en conclure que c'est là chez les animaux le siège unique de l'attaque d'épilepsie. La zone épileptogène a lieu du côté correspondant quand le siège est dans la moelle; lorsqu'il est au pont de Varole, au contraire, elle a lieu du côté opposé.

En résumé, l'épilepsie, dans ces deux modes de manifestation, peut avoir des sièges variés; mais, dans les deux cas, la moelle est irritée. En terminant, M. Brown-Séquard insiste particulièrement sur ce point sur lequel il a déjà depuis longtemps attiré l'attention, à savoir que chez un épileptique, lorsqu'il existe un point périphérique dont l'excitation peut déterminer l'attaque, c'est sur ce point qu'il faut agir au point de vue du traitement, soit par des pointes de feu, soit par un moyen révulsif quelconque.

Ammoniums quaternaires. — M. RABUTEAU étudie la série des ammoniums quaternaires. Il fait connaître aujourd'hui les propriétés chimiques et l'action physiologique de l'alun de phénildiméthylalhyleammonium. Il suffit de 2 à 3 milligrammes de l'oxyde de ce corps pour tuer une grenouille. Les muscles se contractent et l'excitation du nerf sciatique sectionné ne détermine pas de contraction musculaire.

Dosage des sels ammoniacaux. — M. RABUTEAU, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Charles Richet, rappelle qu'en juin 1870, il a fait connaître à l'Académie des sciences un procédé de dosage de l'azote par l'hypochlorite de soude. Il a également mentionné l'hypobromite, mais en le considérant comme inférieur à l'hypochlorite.

Arthropathies ataxiques expérimentales. — M. BOCHEFONTAINE fait, au nom de M. Lombroso, une communication sur la production expérimentale d'arthropathies analogues aux arthropathies ataxiques par des lésions de la moelle. Le 20 juin 1884, M. Lombroso sectionne certaines racines postérieures de la moelle sur un gros chien; peu de temps après, cet animal présente des accidents paraplégiques passagers, puis il revient à l'état normal; le 15 juillet, le membre antérieur gauche est gonflé, œdématié; on constate dans l'articulation un épanchement; cet état dure jusqu'au 5 août. A cette époque, l'animal est sacrifié, et on découvre, à l'autopsie, des lésions multiples des cordons postérieurs et des faisceaux latéraux.

M. BROWN-SÉQUARD rappelle avoir montré depuis longtemps que des sections de nerfs, à leur origine, produisent les mêmes phénomènes que ceux que l'on observe après la section de la moitié latérale de la moelle.

M. LABORDE fait observer que le cas présenté par M. Lombroso est intéressant, comme exemple de lésions consécutives aux sections pures des racines postérieures.

Pressions que supportent les vaisseaux sanguins. — M. GRÉHANT a fait, avec M. Quinquaud, une série de recherches et d'expériences sur la pression que supportent les vaisseaux sanguins avant de se rompre. Ces expériences ont été faites, dans le laboratoire de M. Jamain, à l'aide du manomètre à air libre de Regnault. Elles ont montré que l'artère carotide d'un chien résiste

à une pression supérieure à 3 atmosphères. La rupture du vaisseau se fait longitudinalement entre les deux ligatures ; elle est brusque. MM. Gréhant et Quinquaud ont vu des artères carotides de chien supporter jusqu'à 11 atmosphères. Les veines résistent aussi à des pressions considérables. La veine jugulaire d'un chien résiste à 5 et 6 atmosphères.

Chez un vieillard mort à soixante-dix ans, l'artère carotide a résisté à une pression de 6 atmosphères.

M. FRANCK rappelle que, depuis vingt-cinq ans, M. Marey a étudié et mesuré par d'autres procédés plus simples l'élasticité artérielle. Il fait connaître ces procédés et rappelle en quelques mots les résultats obtenus. M. Marey a démontré que les veines offraient une plus grande résistance que les artères.

Lésions considérables de l'appareil de l'ouïe avec conservation de l'audition. — M. GELLÉ présente les oreilles de l'un des derniers condamnés à mort. Ces oreilles présentent, dans toutes leurs parties, des lésions extrêmement étendues et évidemment fort anciennes. Cependant l'individu auquel elles appartiennent n'était pas absolument sourd.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

XXXVIII

Le général Suchet, qui avait conduit avec tant de vigueur et d'habileté quatre sièges successifs, Lérida, Mequinenza, Tortose et Tarragone, donne tous les ordres nécessaires pour les intérêts de la place et de l'armée, et part avec une brigade d'infanterie pour courir après le corps de Campoverde, sur la route de Barcelone.

30 juin. — Le gouverneur général de Tarragone me confie la mission d'aviser aux moyens de détruire le plus promptement possible les milliers de cadavres, dont la putréfaction faisait courir un terrible danger à la population civile et militaire. La nature du sol, où le rocher était très superficiel, rendait l'inhumation impraticable ; la submersion à la mer était une ressource précaire, les flots pouvant rejeter les cadavres sur la côte : évidemment, la combustion était le seul moyen expéditif et efficace. J'ordonnai donc la construction de plusieurs bûchers considérables, soit hors des murs, soit sur les places de la ville. La base de ces pyramides était composée de madriers, de poutres et de gros bois secs qu'on trouvait facilement dans les maisons ou qui avaient servi aux blindages. Cette couche inférieure était recouverte de sarments, de fascines et de menu bois. Au-dessus de ces matériaux très combustibles, on déposait une couche de cadavres, avec la précaution de ne pas les juxtaposer trop immédiatement. Une nouvelle couche de fascines était garnie d'une autre couche de cadavres, et ainsi de suite, de manière à former des bûchers pouvant détruire trois ou quatre cents morts. On avait aussi la précaution de disséminer des cartouches dans toute la masse : la combustion fut très complète, la base de chaque bûcher constituant un brasier très ardent et suffisamment durable ; le nombre des cadavres brûlés dépassa quatre mille.

4 juillet. — Le général revient de sa course à Barcelone : on a observé que les habitants des villages traversés par la colonne n'ont point abandonné leurs foyers, comme ils le faisaient au passage de l'armée de Catalogne ; on a même vu des mouchoirs aux croisées en signe de paix ; cette conduite réservée des Aragonais doit être attribuée non seulement à l'intimidation causée par les succès constants de notre armée, mais aussi à l'excellent renom du caractère du général Suchet : sa nouvelle dignité de maréchal de France fut accueillie à la grande satisfaction de toute l'armée.

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 mars 1884.

5 juillet. — A Reus, j'assiste à la fête offerte par la ville au maréchal et à l'armée. *Te Deum* à l'église paroissiale, rues pavoisées, promenade et danse des géants, danses grotesques au son des cornemuses et des hautbois, tours de force et d'adresse, illuminations, tout un programme de réjouissances au lendemain de ce formidable siège où l'héroïsme de la défense fut égal à celui de l'attaque. Il était difficile aux Espagnols de se divertir de bonne grâce ; aussi la physionomie des danseurs jurait-elle avec les mouvements de leurs jambes.

21 juillet. — Nous partons de Reus pour Saragosse ; à Lérida, nous apprenons la prise de Montserrat, place forte de Catalogne, que l'on croyait inexpugnable sur son rocher abrupte ; les vainqueurs de Tarragone l'ont emportée d'assaut ; il y avait là un riche couvent, des collections précieuses en objets d'histoire naturelle amassées depuis trente ans par un moine très savant ; en quelques instants, la baïonnette de nos soldats a détruit ces trésors de la science.

28 juillet. — Le canon annonce l'arrivée du maréchal à Saragosse. Le pont sur l'Èbre était orné d'un arc de triomphe en branches de lauriers, les parapets enguirlandés, la chaussée jonchée de feuillage d'oranger, de romarin, de lavande, qui embaument l'atmosphère. La troupe en grande tenue forme double haie sur le passage du cortège ; les notables de la ville, accompagnés d'un quadrille de gens grotesquement vêtus, suivis de géants et de nains, vinrent recevoir le maréchal à la porte de la cité ; une musique guerrière précédait le cortège, les maisons des rues où il défilait étaient parées d'étoffes flottantes aux couleurs bigarrées : un châssis de hauteur égale partout formait un dôme de festons et de guirlandes artificielles fort élégantes. Sept grands tableaux peints représentant les places successivement assiégées et conquises par notre armée : Saragosse, Lérida, Mequinenza, Tortose, Balaguer, Tarragone, étaient exposés aux regards de la foule. Les danses et des jeux très variés, où la force rivalisait avec l'adresse, se prolongèrent pendant toute la soirée. Pendant la nuit, bal et illuminations : les fêtes devaient durer trois jours.

Quelques notes complémentaires sur la campagne de Tarragone.

L'ennemi s'étant emparé, par surprise, vers le milieu du mois d'avril, de la place forte de Figuières, en Catalogne, et la division du marquis de Campoverde s'étant dirigée sur ce point pour ravitailler la place, le général Suchet profita de cette circonstance pour se porter subitement vers Tarragone.

Le 23 avril, le quartier général partit de Saragosse, et, le 2 mai, l'armée avait pris ses positions sans avoir brûlé une amorce, et, pour ainsi dire, à l'insu de l'ennemi. Les Catalans n'ignoraient pas que nous avions fait un mouvement vers Lérida, mais ils croyaient que nous allions à Barcelone pour secourir le maréchal Macdonald : ce fut grâce à cette méprise de l'ennemi que nous pûmes passer, sans être inquiétés, le col de Montblanc.

La ville de Reus, située à deux lieues de Tarragone, dans une vaste et riche plaine, ayant de grands et nombreux édifices, devint le centre des établissements de l'administration, hôpitaux et magasins de vivres. Le grand village de Canonge, distant d'une lieue de Tarragone, entièrement abandonné par ses habitants, fut destiné à recevoir le parc d'artillerie expédié de Tortose et le parc du génie.

Le quartier général du maréchal était fixé au village de Constanti, à une lieue de la place assiégée.

La subsistance d'une armée nombreuse dans un pays qui n'offre aucune ressource en blé, était une opération aussi difficile qu'importante ; aussi, les habitants de Reus s'imaginant que le défaut de vivres nous obligerait à ne pas entreprendre le siège, comme cela était arrivé plusieurs fois à l'armée impériale de Catalogne, nous reçurent avec une gravité voisine de l'indifférence. Mais toutes les mesures administratives avaient été prises, les convois de vivres affluèrent sans interruption par les routes de Falset et de Tortose, les rations furent toujours complètes ; le pays nous fournit abondamment du vin, et la moisson, qui était sur pied, fut

sacrifiée pour les fourrages. L'Aragon nous approvisionna de grains, des magasins considérables de blé avaient été organisés à Lérida, à Mequinenza et à Mora. Le pain qui, à notre arrivée à Reus, se vendait une piécette la livre, diminua promptement de moitié.

Notre armée, renforcée par deux divisions de la Catalogne, se montait à 20000 hommes et 1500 chevaux : une partie de ces forces était destinée à garder nos derrières, et à faciliter nos communications; l'autre était employé aux travaux du siège.

Le parc d'artillerie se composait de 60 pièces de gros calibre, bien approvisionnées de projectiles.

L'armée espagnole avait à l'extérieur une division de 12000 fantassins et 1000 chevaux, sous le commandement de Campoverde : dans la place, 15000 hommes de troupes régulières, sous les ordres du général Salfield. Les Anglais tenaient la mer devant Tarragone, avec une escadre et 2 ou 3000 hommes de troupes de débarquement.

Tarragone, que les Catalans regardaient avec raison comme le boulevard de leur province, fut toujours une place de guerre très solide : bâtie sur un rocher très élevé, au voisinage immédiat de la mer, elle pouvait s'armer, s'approvisionner en toute sécurité, et recevoir des secours de la marine anglaise.

Dans l'été de 1808, le général Chabran s'en était emparé sans aucune résistance, mais des éventualités pressantes l'obligèrent à l'abandonner trois ou quatre jours après l'occupation. Depuis cette époque, la province n'a pas cessé de faire des dépenses extraordinaires pour augmenter les fortifications, et surtout pour la construction du fort Olivo, ouvrage qui était considéré comme imprenable. La ligne des fortifications était très étendue; les forts et les bastions tellement disposés pour la défense, que cinq sièges successifs ont été nécessaires pour s'en emparer : il y avait dans la place 400 bouches à feu et des munitions pour six mois.

Pendant cinquante-quatre jours, les travaux du siège furent poursuivis avec une activité, une constance, que les obstacles renforçaient encore. Le meilleur esprit régnait dans les différentes armes : toutes rivalisaient d'énergie. J'ai déjà noté le rôle important tenu par la redoute maritime, construite et armée sous la grêle des boulets anglais; elle réduisit les sabords au silence et fit reculer la flotte. Malgré les milliers de projectiles lancés jour et nuit sur nos ouvrages par les canons de la place, le génie traçait hardiment ses lignes stratégiques, sur lesquelles les pioches de nos intrépides soldats pratiquaient les boyaux sinueux où nos troupes invisibles à l'ennemi circulaient jusqu'à ses pieds. Le général Rogniat commandait le génie de l'attaque; l'artillerie, sous les ordres du général Valée, multipliait du soir au lendemain ses formidables batteries, dont les épaulements robustes arrêtaient les boulets espagnols; toutes les sorties furent repoussées par nos bataillons, qui s'élançaient pour ainsi dire du sein de la terre, baïonnette en avant. L'ennemi extérieur menaçait-il d'inquiéter nos travailleurs, la cavalerie, vigilante protectrice de nos fantassins, volait à sa rencontre et faisait échouer ses projets.

La prise du fort Olivo fut presque miraculeuse; un officier supérieur, chargé de diriger une colonne d'assaut, m'a raconté des détails intéressants : Il y avait un fossé de vingt pieds de profondeur dont nous ignorions l'existence et qui était masqué par une palissade; la colonne entra dans le fort à la suite de la garde espagnole qui allait en relever la garnison, ce qui doublait par conséquent la troupe des défenseurs. Quelques officiers français cédant au nombre avaient déjà rendu leurs épées, comme prisonniers. Le bastion du Francoli fut emporté sans la perte d'un seul homme; lorsque l'ennemi vit la brèche praticable, il évacua l'artillerie et abandonna le bastion.

A l'assaut final du 28 juin, nous fûmes favorisés par une circonstance particulière que j'ai moi-même entendu relater par le général espagnol, s'adressant à notre général en chef. Il disait qu'il n'ignorait pas que la brèche était praticable, mais ayant observé que nous avions livré les assauts précédents à l'entrée de la nuit, il avait cru qu'il en serait de même de celui-ci; en conséquence, il avait désigné trois régiments pour la défense de la brèche, vers huit heures du soir. A six heures et demie, ce général était notre prisonnier. Cet assaut fut des plus meurtriers : des généraux, qui ont assisté à de grandes batailles, disaient qu'ils n'avaient jamais vu autant de morts dans un si petit espace. Les habitants furent saisis d'une telle frayeur, que plusieurs se précipitèrent du haut des remparts sur les rochers; d'autres se noyèrent dans la mer. La garnison de Tarragone a donné, depuis le commencement jusqu'à la fin du siège, des preuves de valeur et d'intrépidité; elle nous a plusieurs fois attaqués dans nos retranchements; le feu roulant de sa mousqueterie et de son artillerie n'a pas discontinué pendant deux mois, et nous a occasionné un fort grand nombre de blessés : on évalue à 110000 le nombre des projectiles lancés par la place.

La division Campoverde n'a jamais tenté sérieusement de troubler nos opérations. Quant aux Anglais, ils se sont comportés selon leur manière habituelle : tant qu'il n'y avait aucun danger pour eux, ils ont fait un feu épouvantable, dont le résultat le plus net a été de nous donner 20000 boulets; dès que notre redoute maritime a été armée de deux pièces, leur escadre s'est placée hors de portée, et ils se sont bornés au rôle de spectateurs malévoles.

Le chiffre des projectiles lancés par notre artillerie a été de 24000; les boulets ramassés par nos soldats ont dépassé 35000.

Sur un effectif de 400 hommes, l'artillerie a eu 260 canonniers et 14 officiers hors de combat.

Le mouvement de l'hôpital de Reus porte 2266 blessés sur un total de 3811 malades des divers corps de l'armée et des prisonniers espagnols; les blessures étaient généralement fort graves; le total des décédés par blessure de guerre, y compris ceux des cinq ambulances des divisions, a été de 429; les restants à l'hôpital de Reus, le 7 juillet, étaient : 65 officiers blessés; 341 soldats fiévreux; 895 soldats blessés. Total : 1301.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

52. M. Barry. Étude clinique sur le molluscum pendulum. — 53. M. Sadoc. Recherches sur un point du mécanisme de l'accouchement. (Étiologie des positions rares du sommet.) — 54. M. Colombe. Étude sur la coca et les sels de cocaïne. — 55. M. Gervais. Histoire de l'hôpital Necker. — 56. M. Guyot. Du traitement actuel de la pustule maligne. — 57. M. Topié. De la polydactylie. — 58. M. Costilhes. De la rétraction de l'aponévrose palmaire (maladie de Dupuytren). — 59. M. Walther. Recherches anatomiques sur les veines du rachis. — 60. M. Galtier-Boissière. Des manifestations de la syphilis sur la voûte crânienne. — 61. M. Jagu. De l'entorse du genou.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

I. — Tableau d'avancement du corps de santé militaire pour l'année 1885.

(Le millésime indique la date de la première inscription au tableau d'avancement.)

Médecins principaux de deuxième classe proposés et classés pour le grade de médecin principal de première classe :

1883. M. Lortat-Jacob.

1884. MM. Krug-Basse, Chauvel, Debaussaux, Delahousse, Molinier, Dieu et Moussu.

Médecins-majors de première classe proposés et classés pour le grade de médecin principal de deuxième classe :

1883. MM. Gavoy, Barthélemy, Laveran, Vaumerris, Czernicki, Derazey, Vincens et Gentit.

1884. MM. Weill, Laederick, Robert et Du Cazal.

Médecins-majors de deuxième classe proposés et classés pour le grade de médecin-major de première classe :

1882. MM. Charvot, Delorme, Juloux, Michaud, Laurent, Moty et Boucher.

1883. MM. Pons, Granjux, Toustan, Rigal, Bélime, Monie, Cazalas et Fournié.

1884. MM. Gerboin, Julié, Forgemol, Belleau et Poulet.

Médecins aides-majors de première classe proposés et classés pour le grade de médecin-major de deuxième classe :

1883. MM. Godet, Debierre, Martin, Torthe, Vack, Morer, Collignon, Rodet, Roblot, Schmit, Follenfant, Gaye, Larue, Lebastard, Mary, Reboud, Audiguier, Lejeune et Favier.

1884. MM. Troussaint, Villedary, Dufaud, Mandoul, Mignon, Beau, Kaufmann, Guillemot, Duroux, Vedel, Amat, Loup, Redon, Namin, Gérardin et Cahier.

Pharmaciens principaux de deuxième classe proposés et classés pour le grade de pharmacien principal de première classe :

1883. M. Bouillard.

1884. M. Warnier.

Pharmaciens-majors de première classe proposés et classés pour le grade de pharmacien principal de deuxième classe :

1881. M. Varant.

1882. M. Thomas.

1883. M. Péhéa.

1884. M. Judicis.

Pharmaciens-majors de deuxième classe proposés et classés pour le grade de pharmacien-major de première classe :

1881. M. Delahousse.

1882. MM. Garnier, Camus, Morel et Mather.

1883. MM. Roman et Worms.

1884. M. Bousson.

Pharmaciens aides-majors de première classe proposés et classés pour le grade de pharmacien-major de deuxième classe :

1882. MM. Durand, Jegou, Boutté, Grellety, Bernou et Colin.

1883. MM. Darricarrère, Masse et Domergue.

1884. M. Wagner.

II. — Décision ministérielle relative à l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale, en 1885.

Le ministre de la guerre a décidé, le 3 mars courant, que l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale aurait lieu, en 1885, dans les conditions suivantes :

108 médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale seront convoqués, pour une période de treize jours, du 4 au 16 mai. Ces médecins seront désignés par les généraux commandant des corps d'armée, sur le territoire desquels ils sont domiciliés.

118 médecins aides-majors de deuxième classe de réserve seront appelés à l'époque des manœuvres d'automne, savoir :

12 (6 par division) dans chacun des 1er, 2e, 3e et 12e corps d'armée.

8 (4 par division) dans chacun de 6e, 7e, 8e, 9e, 10e et 16e corps d'armée.

6 (6 par division) dans les 5e et 13e corps d'armée, dont les 10e et 26e divisions exécuteront seules des manœuvres.

10 dans le gouvernement de Paris (5 pour chacune des 4e et 5e divisions de cavalerie).

Les médecins de réserve seront désignés, comme ceux de l'armée territoriale, parmi les plus jeunes en grade.

La durée du séjour des médecins de réserve sera celle de la durée des manœuvres des diverses formations auxquelles ils seront affectés : 20 jours, pour les médecins appelés dans les corps d'armée qui feront des manœuvres d'ensemble ; 15 jours, pour ceux qui prendront part aux manœuvres des divisions d'infanterie ; 12, pour ceux qui seront affectés à des divisions de cavalerie.

Les médecins de réserve des 4e, 11e, 14e, 15e, 17e, 18e et 19e corps d'armée, ainsi que les médecins de l'armée territoriale de ce dernier corps, ne seront point convoqués en 1885.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 7 mars 1885, le ministre du commerce vient, sur la proposition de l'Académie de médecine, de décerner les récompenses ci-après désignées aux personnes signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en France, pendant l'année 1883.

Prix de 1 500 *francs*, partagé entre : MM. les médecins-majors Amat, Senut et Sourris.

Médailles d'or. — MM. Barbe, vétérinaire à Podensac ; Cougis, médecin principal de la marine en retraite, à Toulon ; Durand, docteur en médecine à Marseillan, et Mlle Naizin, sage-femme à Vannes.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Accolas, médecin-major ; Armand, à Albertville ; Astre, à Mirepoix ; Auvert, à Saulge ; Barbreau, à Commentry ; Bernard, à Buis ; Bonafos, à Toulouges ; Bonnefé, à Rodez ; Bontemps, à Paris ; Boppe, à Nancy ; Carbonel, à Sault ; De Chambure, à Semur ; Clédon, à Navarrenx ; Coiffier, au Puy ; Cosseret, à Digoin ; Couderc, à Genevières ; Devillez, à Paris ; Ferré, à Bordeaux ; Fèvre, à Paris ; Franchet, à Saint-Martin-en-Haut ; Garnier, à Montriond ; Gerbault, aide-major de première classe ; Germain aide-major de deuxième classe ; Geschwin, aide-major de première classe ; Grellot, à Giromagny ; Grinda, à Nice ; Guérin, à Corlay ; Jalabert, à Carcassonne ; Job, à Lunéville ; Lallemand, médecin-major de deuxième classe ; Lecler fils, à Rouillac ; Lemarchand, à Messac ; Loze, à Seysses ; Maltrait, à Saint-Bonnet-le-Château ; Massonnié, à Verdun ; Perrin, à Paris ; Petiteau, aux Sables-d'Olonne ; Peytard, à Corps ; Pichausel, à Podensac ; Pilat, à Lille ; Pillet, à Niort ; Pujos, à Auch ; Reynier, à Goncelin ; Ruet, à Monsols ; Saint-Denis, à Vittefleur ; Séjournet, à Revin ; Taillard, à Maîche ; Toussaint, médecin aide-major ; Tuloup, à Digoin ; De Vaucoulr, médecin-major de deuxième classe ; Vaysse, à Quillan ; Vedel, à Lunel ; Véron, médecin aide-major de deuxième classe ; Voisin, à Ernée.

MM. les officiers de santé Desmarquet, à Corbie ; Dupont, à Bourg ; Heuzé, à Guemené ; Lacombe, à Aubenas ; Leleu, à Sissonne.

Mmes les sages-femmes Auclair, à Bonnétable ; Avril, à Château-Renault ; Barbet-Chanudet, à Montaigut ; Belloque, à Pontivy ; Bézard, à Château-Thierry ; Bigot-Laigle, à Fougères ; Bulliod, à Mustapha ; Charlon, à Issoudun ; Clément, à Bernay ; Deverdun, à Auxerre ; Dufour, à Senlis ; Fauvet, à Chambon ; Folliot, à Cherbourg ; Gaumondie, à Saint-Germain-des-Belles ; Grangeron, à Châtelet ; Granjean, à Châtellerault ; Graux, à Aire ; Istace, à Charleville ; Jeannin, à Bletterans ; Lacombe, au Bugue ; Lapeyre, à Lavardac ; Larroque, à Castres ; Leboucq, à Nogent-le-Rotrou ; Lecler, à Alençon ; Louis-Allemand, à Bussières-lès-Belmont ; Malmejac, à Aurillac ; Masson-Bourgoin, à Bar-sur-Seine ; Moulin, à Serverette ; Noé, à Bourg ; Paillard, à Beaumont ; Paquet, à Bar-le-Duc ; Peyrondet, à Mimizan ; Pic, à Nîmes ; Plainfossé-Hauteville, à Ploudalmezeau ; Quentin, à Châlons ; Rabette, à Briare ; Rigal, à Tonneins ; Saudrart, à Lille ; Thilly, à Brive et Mme Blainvillain, directrice de l'école maternelle, à Trélazé.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 février 1885, M. le docteur Debuisson, médecin adjoint à l'asile public Sainte-Anne, est compris dans la deuxième classe du cadre.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Joyeux-Laffuie, docteur ès sciences, est chargé du cours de zoologie et botanique, en remplacement de M. Moquin-Tandon, appelé à d'autres fonctions.

— Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 6 mars courant, a adopté une proposition de M. Robinet, invitant M. le directeur de l'Assistance publique « à admettre, comme par le passé, tous les étudiants en médecine au concours de l'internat, sans distinction de nationalité ».

Dans cette même séance, le projet de vœu suivant, déposé par M. Levraud : « Le Conseil émet le vœu que la qualité de Français soit exigée des concurrents au Bureau central des hôpitaux et au prosectorat », a été adopté.

— M. le docteur Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra ses leçons cliniques des maladies des femmes, le mardi 17 mars 1885.

Tous les jours exercices cliniques, salle Sainte-Marie.— Le jeudi, consultation avec examen au spéculum.— Le mardi et le samedi, leçon dans l'amphithéâtre Desault.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17545.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'auteur de la loi sur la protection de la première enfance, M. le sénateur Roussel, devait nécessairement intervenir dans un débat où l'apologie de cette loi revenait pour ainsi dire comme note dominante.

C'est même le seul point sur lequel tous les orateurs aient été d'accord, aussi bien ceux qui se consolent aisément de la diminution de la natalité que ceux qui y voient, au contraire, un très grand danger national. Tous, ils désirent que l'on abaisse le plus possible la mortalité du jeune âge par l'application la plus générale et la plus effective possible de la loi Roussel. On ne reproche à cette loi que d'avoir un cadre trop restreint et des prescriptions facultatives.

En homme d'esprit, M. Roussel a eu soin d'abord de déclarer à l'Académie que tout l'honneur de cette loi lui revenait à elle-même; tandis que ses imperfections et ses lacunes étaient dues à la commission parlementaire.

Puisqu'elle avait maintenant fait ses preuves, même à cet état imparfait, il ne restait plus qu'à la compléter, à l'améliorer au besoin et à en généraliser l'application. A cet effet, l'Académie devait prendre l'initiative, nommer une commission, discuter son rapport, et enfin formuler des vœux, qui seraient transmis aux pouvoirs publics.

La proposition de M. Roussel ne pouvait pas ne point être adoptée : la commission académique sera nommée dans la prochaine séance.

Il est certain que la loi Roussel a rendu de très grands services et pourrait en rendre davantage encore. Mais ne s'exagère-t-on pas un peu le bien que l'on doit en attendre? M. Lunier, dont M. Roussel a reproduit les termes, évalue à 80 000 le nombre des enfants que l'on pourrait sauver de plus annuellement, si l'on mettait cette loi en pratique dans les vingt-six départements où rien jusqu'ici n'est organisé. Il base ce calcul sur des statistiques d'après lesquelles la mortalité des jeunes enfants aurait été réduite par l'application de la loi Roussel de 80 p. 100, par exemple, à 5 ou 6 p. 100.

Mais bien souvent la statistique est en partie un trompe-l'œil, et avec cette bonne foi parfaite, avec cet esprit éminemment net et pratique qui le caractérisent, M. Roussel a pris soin d'indiquer dans son discours certaines causes d'erreur afférentes aux statistiques invoquées par M. Lunier.

Autrefois on ne connaissait guère, en fait de mortalité d'enfants mis en nourrice que celle des enfants placés par l'administration, c'est-à-dire des enfants trouvés ou nés dans les hôpitaux, ceux de tous qui ont les chances de mort les plus grandes. On n'avait recueilli d'ailleurs que les chiffres afférents aux douze premiers mois, c'est-à-dire à ceux qui présentent la mortalité la plus forte.

Depuis la création du service d'inspection organisé par la loi Roussel, on a grossi d'année en année le nombre des nourrissons portés sur les tableaux parce qu'on est allé à la découverte des nourrices qui recevaient les enfants des familles aisées, qui étaient elles-mêmes dans l'aisance, qui étaient bien payées, se nourrissaient bien, restaient en rapport habituel avec les parents, et par conséquent se trouvaient dans des conditions excellentes pour le nourrissage. Chez elles, la mortalité des nourrissons avait toujours été très faible. Mais on ne s'en occupait pas. Le zèle du service d'inspection, en les faisant connaître, en les faisant figurer sur les statistiques, diminuait par cela même, dans une proportion considérable et toujours croissante, le chiffre général de la mortalité.

Puis la surveillance établie par la loi Roussel s'étend aux deux premières années de l'existence. Or les chances de mort diminuent dans la seconde année dans une proportion que M. Roussel a pris soin de nous faire connaître : tandis qu'elles dépassent 10 p. 100 dans les douze premiers mois de la vie, elles sont loin d'atteindre 1 p. 100 dans les douze mois qui suivent. Cette distinction n'a pas été faite dans les tableaux qu'invoque M. Lunier, et qui portent sur tout le service d'inspecteurs créé par la loi Roussel. Or, nous l'avons déjà dit plus haut, antérieurement à cette loi, on ne s'occupait, dans les statistiques invoquées, que des nourrissons ayant moins d'un an.

On peut donc dire d'une façon générale que les bienfaits de la loi Roussel sont évidents, mais qu'on ignore dans quelle proportion ils se font sentir. Si cette proportion était aussi forte que le prétend M. Lunier, si l'application de cette loi dans le quart restant de la France devait diminuer la mortalité de manière à doubler l'accroissement annuel de la population française, on devrait déjà avoir constaté

que cet accroissement annuel de la population aurait triplé par la mise en pratique de cette loi dans les trois autres quarts de notre pays.

HOPITAL NECKER. — M. Le Fort.

Luxations de la colonne vertébrale.

La malade dont je veux aujourd'hui vous parler a été amenée ici à la consultation, il y a dix ou douze jours, par son mari, pour une fracture du col chirurgical de l'humérus droit compliquée d'une fracture du radius avec très légère pénétration. Mais lorsqu'elle a été admise dans la salle, nous avons constaté, en plus, l'existence d'une fracture avec luxation de la colonne vertébrale siégeant dans la région cervicale, c'est-à-dire au niveau de l'articulation de la seconde vertèbre cervicale avec la troisième.

En effet, on constatait en ce point une dépression et au-dessous une saillie, dépression correspondant à la vertèbre qui avait glissé en avant, saillie correspondant à l'apophyse épineuse de la vertèbre inférieure à celle-ci. D'autre part le diagnostic de luxation incomplète de l'axis en avant sur la troisième cervicale était confirmé par le toucher pharyngien, le doigt rencontrant, vers le tiers inférieur du pharynx, une saillie constituée par la proéminence en avant du corps de l'axis. De plus, il y avait une fracture de l'arc postérieur de cette vertèbre et légère rotation de l'axis sur l'atlas. La lésion néanmoins n'avait pas entraîné de paralysie.

Afin d'éviter toute augmentation de déplacement qui aurait entraîné quelque compression de la moelle, je fis appliquer immédiatement un appareil plâtré capable d'immobiliser complètement la tête sur le tronc. Malheureusement nous avions affaire à une femme infirme, d'une mauvaise santé ordinaire, épuisée et âgée, de sorte que la mort est survenue il y a trois jours.

Je voudrais profiter de ce cas pour vous dire quelques mots des luxations de la colonne vertébrale, lesquelles, vous le savez, ne peuvent guère avoir lieu sans fracture, du moins pour les vertèbres lombaires, en raison de leur parfait imbriquement. Pour la région dorsale, on cite un seul cas de luxation sans fracture.

Pour cette étude même sommaire, nous devons examiner séparément les luxations de chacune des régions de la colonne vertébrale, nous rappelant que l'on considère toujours comme luxée la vertèbre supérieure : ainsi quand on dit luxation en avant de la troisième vertèbre, on entend par là que c'est la troisième vertèbre qui a passé en avant de la quatrième. On trouve ainsi une dépression au niveau de l'épine de la vertèbre supérieure et une saillie au niveau de l'épine de la vertèbre inférieure. S'il y a luxation en arrière, c'est le contraire. Enfin, si la luxation est latérale, il y a comme une sorte de torsion.

Le pronostic des luxations dorso-lombaires est très grave. Je ne connais qu'un seul cas de guérison. Tous les autres ont été suivis de paralysie et de mort non par fracture, mais par les conséquences même de la paralysie, telles qu'escarre, gangrène, etc. Cependant je puis aujourd'hui citer un cas particulier qui appartient au service hospitalier de l'Hôtel-Dieu que je viens de quitter et qui est en voie de guérison. Il s'agit d'une fracture de la colonne vertébrale sans luxation, compliquée non seulement de paraplégie, mais encore de fracture de la jambe d'un côté, de luxation tibio-tarsienne de l'autre côté. Cette dernière lésion m'a forcé à pratiquer d'abord la résection, puis l'amputation de la jambe.

Peut-on considérer comme une guérison cette observation d'un chirurgien du Massachusetts, relative à une luxation de la douzième vertèbre dorsale suivie de paraplégie. Le malade vivait encore huit ans plus tard, mais complètement paraplégié.

Les luxations de la colonne vertébrale suivies de paraplégie entraînant un pronostic presque toujours fatal, on s'est demandé si l'on ne pourrait pas, comme pour les luxations des membres, tenter la réduction.

Dans l'ouvrage de Malgaigne nous trouvons une observation de luxation de la douzième vertèbre dorsale avec paraplégie complète, dans laquelle on tenta deux fois la réduction, la première fois avec succès, mais au bout de quelques instants la luxation se reproduisit; la seconde avec un succès qui se maintint parfaitement et fut suivie d'une guérison complète.

Nous connaissons encore plusieurs faits où les tentatives de réduction furent suivies de guérison plus ou moins parfaite et plus ou moins rapide. Il s'agissait, dans l'un, de la neuvième vertèbre dorsale ; dans l'autre, de la troisième vertèbre lombaire; dans un troisième cas, de la dixième dorsale ; dans un quatrième et dans un cinquième cas, de la douzième dorsale. Parise, professeur de clinique chirurgicale à Lille, a rapporté deux observations de luxation où la réduction fut tentée : l'une d'elles se termina par la guérison, l'autre par la mort. Dans d'autres faits encore, il y eut réduction, mais la paralysie persista. En somme, nous comptons, dans les luxations de la région dorso-lombaire, 7 succès complets, 2 succès incomplets, c'est-à-dire au point de vue de la vie seulement, et 13 insuccès connus à côté de beaucoup d'autres probablement ignorés.

Si nous passons aux luxations de la région cervicale, de la troisième à la septième vertèbre cervicale, nous voyons qu'elles peuvent avoir lieu soit en avant, soit en arrière. Chacune d'elles peut être, soit bilatérale, c'est-à-dire tout entière en avant, soit unilatérale.

Les luxations bilatérales peuvent être incomplètes ; elles ne sont guère diagnosticables du vivant du malade et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on les reconnaît. Je parle toujours, bien entendu, des luxations sans fractures. Nous avons aussi les luxations bilatérales complètes, c'est-à-dire avec glissement en avant du corps de la vertèbre. La flexion de la tête en avant en est le principal signe, excepté dans un cas où cette flexion eut lieu en arrière. Le diagnostic en est assez difficile, sauf pour la cinquième vertèbre cervicale où le toucher pharyngien donne la sensation d'une saillie plus ou moins considérable. Les cas où la moelle peut ne pas être lésée sont ceux dans lesquels, par suite de l'inclinaison de la tête, le canal vertébral reste suffisamment perméable. Dans les autres cas, la moelle peut être coupée ou tiraillée, comprimée, etc. Dans tous les cas, un seul excepté, où il y a eu paralysie, la mort a été la terminaison. Ce cas est un des plus curieux.

Il s'agit d'une luxation de la cinquième vertèbre cervicale qui avait guéri avec paraplégie persistante. Or cet homme trouva qu'il était gênant, ennuyeux, d'avoir deux jambes inutiles; il s'adressa à un chirurgien de New-York qui voulut bien consentir à l'en débarrasser et lui désarticula les deux hanches. Tandis que plus d'un eût succombé à cette nouvelle opération, il eut la chance de guérir. Mais s'étant adonné dès ce moment à un alcoo-

lisme des plus prononcés, il finit un an ou deux plus tard par mourir.

Dans ces luxations bilatérales complètes de la région cervicale, voici les résultats auxquels des tentatives de réduction ont donné lieu. La première fois, en Amérique, insuccès. La première fois, en France, succès; mais l'observation est restée incomplète. Le seul succès qui soit authentique est celui d'un chirurgien de New-York qui parvint à réduire la luxation avec un succès sans démenti.

Comme luxations unilatérales, Malgaigne a recueilli 9 cas. Il faut leur adjoindre un certain nombre d'autres cas plus ou moins connus. Le diagnostic en est possible peu de temps après l'accident. Le pronostic en est moins grave que dans les autres luxations. Ces luxations sont-elles réductibles? C'est en 1827 que l'opération fut pratiquée pour la première fois et par un chirurgien français. Elle fut couronnée de succès. Néanmoins la section de médecine de l'Académie des sciences, à laquelle l'auteur avait adressé la relation du fait, se refusa à y croire. Il est vrai que peu de temps auparavant la même opération tentée à Paris, à la Charité, sur un enfant, avait entraîné la mort immédiate. Cependant, si Boyer avait été quelque peu plus érudit, il aurait su qu'un chirurgien de Lyon avait pleinement réussi chez une jeune fille de quatorze ans pour une luxation de la région cervicale qu'il avait considérée comme une luxation des digitations du muscle splénius. Il eût connu également le fait rapporté par Desault. Je pourrais citer encore un certain nombre de cas rapportés par divers auteurs. Je rappellerai seulement celui d'un homme de trente-huit ans qui avait une luxation de la quatrième vertèbre cervicale; pendant les huit premiers jours qui suivent l'accident, deux tentatives de réduction sont faites en vain, lorsque tout à coup, le neuvième jour, cet homme tombe de son lit et, dans sa chute, la luxation se réduit d'elle-même et le malade guérit.

Les luxations en arrière sont beaucoup plus rares que les luxations en avant. Malgaigne en a rapporté quatre cas, tous quatre terminés par la mort. Quant à moi, j'en connais deux cas, suivis tous deux de guérison. L'un d'eux est celui d'un enfant de trois ans.

Enfin nous arrivons aux luxations de l'atlas sur l'axis, en avant ou en arrière, complètes ou incomplètes. Les luxations complètes sont, en général, moins dangereuses que les luxations incomplètes, parce qu'il peut rester encore une place suffisante pour le passage de la moelle sans que celle-ci soit comprimée. Je connais quatre cas de luxation complète en avant sans flexion de la tête. Le premier est celui d'un enfant; il est rapporté par Astley Cowper. Trois cas se sont terminés par la mort, chez l'un au bout d'un an, chez un autre après trois mois, chez un troisième au bout de huit mois. Enfin le quatrième cas est une pièce anatomique que j'ai trouvée en disséquant; il s'agissait d'une luxation bilatérale complète en avant de l'atlas sur l'axis. Il y avait une consolidation par formation de stalactites osseuses.

Les luxations en arrière sont plus rares. J'en puis citer deux cas, l'un chez une femme qui mourut immédiatement, l'autre où l'on fit avec succès complet la réduction. L aguérison en fut la suite.

Quant aux luxations de l'occipital sur l'atlas, j'en connais trois faits, tous trois suivis d'une mort à peu près immédiate.

HOPITAL MILITAIRE DE CONSTANTINE. — M. Moty.

Hystérie chez l'homme.

Le nommé M..., soldat au 3e tirailleurs, engagé depuis peu, entre d'urgence à l'hôpital le 8 décembre 1884, en état de léthargie sans fièvre.

D'après les renseignements fournis par M. le médecin-major Weber, chef du service médical au régiment, on l'a trouvé un instant avant assis à terre dans la cour de la caserne, immobile en face d'une gamelle qu'il rapportait à la cuisine et ne répondant à aucun appel. On ne possède aucun autre renseignement sur lui; on suppose un accès pernicieux à forme cérébrale.

Le malade est bien constitué et n'a ni fièvre ni état gastrique; il n'exhale aucune odeur d'alcool; son pouls est parfaitement régulier, un peu lent; sa respiration présente les mêmes caractères; son visage est calme, sans expression; les pupilles sont normales, un peu dilatées. Nous cherchons inutilement à obtenir une réaction quelconque aux excitations mécaniques, à la lumière, au son, etc. Après nous être assuré une seconde fois qu'aucun organe n'est manifestement atteint, la pensée nous vient qu'on pourrait avoir affaire à une léthargie hystérique, et comprimant aussitôt pendant quelques instants les globes oculaires avec les doigts, nous élevons un des bras du malade au-dessus du lit et nous constatons l'établissement de la catalepsie.

Il me fut impossible de réveiller immédiatement le malade qui, le lendemain, à la visite, avait repris ses sens de lui-même et ne conservait aucune altération constatable de la sensibilité ni du mouvement. Il est d'origine kabyle, ne sait ni l'arabe ni le français et nous renseigne fort mal. Il serait sujet à de semblables attaques depuis quelques années; il ne sait à quoi les attribuer et paraît s'y intéresser très peu. En soufflant légèrement sur les yeux et en comprimant ensuite les globes oculaires, on obtient encore la catalepsie, mais il est impossible de constater le somnambulisme en raison de la difficulté de se faire comprendre du malade.

Divers métaux furent essayés et n'eurent aucune action sur la sensibilité cutanée.

Durant son séjour à l'hôpital, le malade, fréquemment observé, se montra d'un caractère taciturne avec tendance extatique; sa léthargie reparut plusieurs fois spontanément; on la provoqua aussi plusieurs fois, mais sans jamais obtenir l'état intermédiaire de somnambulisme.

Les douches furent essayées avec persévérance sur ce malade, mais sans aucun résultat; sa docilité excessive, jointe à la brièveté de ses réponses, éveillait l'idée d'un somnambulisme permanent; la difficulté de se faire comprendre de lui empêchait les tentatives de suggestion d'aboutir. L'appétit était modéré, mais régulier. Enfin, le 1er février, il fut réformé.

Le 23 février on le soumet, avant sa sortie, à un examen nouveau. Le courant continu de la pile de Gaiffe fonctionnant avec 20, 25, 30 éléments, et appliqué, le pôle négatif en divers points du crâne, le pôle négatif à la nuque, à la main, etc., ne produit d'abord aucun résultat; mais la catalepsie ayant été obtenue par les mêmes moyens que précédemment, le courant continu appliqué, pôle positif sur le front, pôle négatif sur l'apophyse mastoïde droite, produit une extension du tronc plus prononcée à gauche et une extension incomplète des membres inférieurs et supérieurs du même côté.

La même épreuve sur le côté gauche du crâne détermine seulement une rotation de la tête et une tendance au réveil. On essaye sans succès de suggérer des mots ou des membres de phrase au malade; il ne prononce aucune parole.

Le courant est reporté sur le côté droit du crâne, et l'on obtient encore une fois l'extension du tronc et de la tête, celle-ci tournant vers la gauche.

Le réveil est obtenu par pression sur les globes oculaires. Le malade résiste aux suggestions après le réveil.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans l'intensité du mal et dans le sexe et la race du malade. Il lui arrivait de temps à autre de tomber en léthargie sans raison appréciable. On sait, d'autre part, que le nervosisme des Arabes mâles est beaucoup plus accentué que celui des Européens.

Les Aissaouas, qui se mettent en somnambulisme en secouant leur tête d'avant en arrière pendant un temps plus ou moins long, en sont la preuve. D'autre part, les fous, qui sont assez nombreux chez les Arabes, présentent plutôt les caractères des formes nerveuses pures, hystériques, de la folie, que ceux des formes paralytiques, toxiques, monomaniaques, etc.

Chez la femme arabe, au contraire, l'hystérie m'a semblé moins fréquente et moins évidente que chez la femme européenne, et la folie est plus rare chez elle. Enfin la paralysie générale et l'ataxie sont extrêmement rares chez les Arabes des deux sexes, malgré la fréquence et la gravité de la syphilis parmi eux.

Il est à remarquer que les Arabes sont intelligents, mais que leur paresse intellectuelle les porte à la prédominance de l'imagination sur le raisonnement et l'abstraction auxquels ils paraissent peu aptes. Quant aux femmes arabes, leur intelligence est ordinairement très peu cultivée, leur instruction est nulle et leur imagination elle-même se trouve bornée par l'ignorance.

Si on voulait traduire en loi ces quelques observations sommaires, on pourrait dire que les affections des centres cérébraux sont le propre des races et des sexes dont le cerveau produit un travail excessif; que l'hystérie correspond, au contraire, à l'inaction de l'intelligence et à la prédominance de l'imagination; mais que la syphilis et les excitations génitales n'ont d'autre rôle, vis-à-vis de ces deux classes d'affections, que celui de causes occasionnelles hypothétiques et tout à fait banales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mars 1885.— Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Un extrait du testament de M. le comte Hugo, chef du bureau au ministère des travaux publics, qui lègue à l'Académie une rente annuelle de deux cents francs pour la fondation d'un prix quinquennal de mille francs.

RAPPORT

M. MATHIAS DUVAL lit un rapport sur le prix Orfila.

DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

M. ROUSSEL ne vient pas reprendre le fond de la question, mais seulement dire quelques mots sur certaines doctrines qui se sont produites. Il ne croit pas qu'on puisse accepter, en France, avec résignation, encore moins avec indifférence, la manière de voir de M. Le Fort, considérant une forte natalité, sans la soupape de l'émigration, comme devant conduire à une misère générale. C'était le raisonnement de Malthus, raisonnement que l'Angleterre n'a pas admis, du moins en pratique, et elle s'en est bien trouvée.

M. Hardy a pris la défense de la mémoire de Malthus, mal compris suivant lui. Mais si la doctrine de Malthus est partout défigurée, n'est-ce pas par sa faute ? Prêcher la continence absolue dans le célibat à un peuple plein de vie, c'est ce que pouvait faire un pasteur pour les fidèles de son église. Mais on ne pouvait espérer que ce serait un système pratique d'économie sociale. Les Anglais, ce peuple chrétien qui fait la part des faiblesses humaines, ont préféré obéir au précepte de la Bible : « Croissez et multipliez. »

Notre pays, malheureusement, ne suit pas actuellement cette voie féconde. Mais il n'est pas vrai que notre race, comparée à ses rivales dans le monde, soit vouée à l'infécondité, par conséquent à l'infériorité. Là où nous retrouvons les Français associés, dans la même vie nationale, avec des Allemands ou des Anglo-Saxons, ils ne sont pas moins prolifiques que ces derniers. M. Lagneau, de même que MM. Lunier et Rochard, attribue le fait de la faible natalité française à des conditions sociales multiples dont l'action est complexe, obscure et difficile à mesurer. M. Roussel déclare n'avoir pas le dessein de s'engager à son tour dans une exploration de nos mœurs, de nos lois, de notre état social, pour arriver à des conclusions pratiques sur cette partie du problème de la *décroissance de la population dans certains départements.*

Ce côté mal éclairé de la question est celui où l'action des médecins est la plus limitée et les orateurs qui ont parlé jusqu'ici ont été d'accord pour diriger l'attention et l'action sur l'autre côté de la question, c'est-à-dire vers la *mortalité trop considérable des enfants français.*

M. Hardy a recommandé « l'application plus générale et plus rigoureuse de la loi de protection des enfants du premier âge ». M. Lunier a montré que l'application générale de cette loi pourrait conserver annuellement 80 000 enfants environ, ce qui doublerait d'un seul coup l'accroissement de population provenant de l'excédent des naissances sur les décès. Il a proposé d'en étendre les bienfaits aux enfants âgés de plus de deux ans considérés comme moralement abandonnés.

M. Roussel rappelle que, dans son exposé des motifs de cette loi, il s'était surtout appuyé sur les discussions de l'Académie de médecine, et les conclusions votées par elle. L'Académie de médecine est donc tenue envers cette loi de sentiments maternels, puisqu'il est notoire qu'elle est sortie de son sein.

Il y a un point plus important encore à signaler que l'origine de la loi : c'est le caractère de plus en plus médical que la force des choses, plus que la volonté du législateur, donne chaque jour à sa mise en pratique.

Cette loi n'est que le développement du principe que M. Roussel avait formulé en ces termes, et qui est devenu l'article 1er :

« Tout enfant de moins de trois ans qui est placé moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de ses parents, devient par ce fait l'objet d'une surveillance de l'autorité publique, ayant pour but de protéger sa vie et sa santé. »

Elle comportait donc l'organisation d'une surveillance médicale ; mais comme cette organisation devait être coûteuse, la commission parlementaire la limita, par l'article 5, aux départements où elle aurait été jugée utile.

Partout où elle fonctionne, elle a produit les meilleurs résultats. La conviction du gouvernement est complètement faite sur ce point, et le ministre du commerce l'a exprimée tant dans une circulaire du 19 juillet 1884 que dans un rapport adressé au président de la République, le 2 février dernier.

Dans le département de la Seine, suivant un rapport de M. le préfet de police, la mortalité générale, qui était de 9,99 p. 100 en 1880, est tombée à 9,30 p. 100 en 1883 ; il y a donc eu une diminution de 0,42 p. 100.

M. le préfet du Calvados rappelle que dans ce département, en 1860, la mortalité sur les enfants assistés de moins d'un an était de 78 p. 100, qu'elle était en 1865 et 1866 de plus de 30 p. 100 sur les enfants au biberon, et qu'elle est tombée à 5 1/2 p. 100 en 1882, sur 3367 enfants ayant profité de la loi de protection.

Il y aurait besoin de pouvoir distinguer dans ces chiffres ce qui revenait à la mortalité de la première année et à celle de la seconde. M. Roussel vient justement de recevoir un tableau qui comble ce *desideratum.* Il résulte de ce tableau qu'en 1880 sur un total de 1 985 enfants assistés, la moyenne générale de la mortalité

étant de 7,20 p. 100, celle des douze premiers mois était de 11,55 p. 100; celle de la seconde année, de 2,34 p. 100; — en 1881, nombre des enfants, 2669; mortalité générale p. 100, 5,84; première année, 10,20; seconde année, 0,84; — en 1882, sur 3367 enfants, mortalité générale p. 100, 5,49; première année, 10,72; seconde année, 0,59; — en 1883, nombre des enfants, 3285; mortalité générale p. 100, 6,30; première année, 12,02; seconde année, 0,90. Ces résultats sont très encourageants. Le nombre des enfants protégés s'est considérablement accru, non qu'il y ait plus d'enfants en nourrice, mais par la découverte d'un nombre non soupçonné de nourrissons. Ce nombre est partout bien supérieur au nombre présent; il dépasse de beaucoup le chiffre de 100000, et, comme l'a reconnu M. le ministre de l'intérieur dans son rapport du 2 février 1885 : « L'effectif des enfants inscrits sur les registres de la protection est encore loin de représenter le chiffre de ceux qui devraient y figurer. »

Il est donc démontré que la loi, dite loi Roussel, sortie du sein de l'Académie, exerce une action très efficace sur la mortalité infantile excessive due à l'industrie nourricière, mais dans vingt-six de nos départements, cette industrie échappe encore à tout contrôle médical; d'une autre part, on propose déjà de reviser la loi incomplètement appliquée. Dans le rapport du préfet de police paru ces jours-ci, on lit les vœux suivants, auxquels, dit le préfet de police, le législateur seul peut donner satisfaction :

1° Extension de la surveillance instituée par la loi aux enfants de plus de deux ans, aux enfants repris par leurs parents dans certaines conditions;

2° Rémunération, sous forme de jetons de présence, des membres des commissions locales;

3° Suppression de la déclaration de placement exigée des parents;

4° Simplification des démarches imposées aux nourrices;

5° Fixation de l'âge du lait de la nourrice;

6° Déclaration de départ à imposer à la nourrice en cas de changement de résidence;

7° Obligation pour la nourrice d'indiquer les causes du retrait de son élève.

Des modifications non moins notables seraient apportées au règlement organique du 24 février 1884. On demande notamment :

De rendre obligatoire à l'égard des parents et des nourrices, à l'aide d'une sanction pénale, les décisions prises par les maires et les commissions locales en vertu de l'article 7 du règlement;

D'accorder à tout médecin qui aura donné des soins à un enfant placé en nourrice, pour le recouvrement de ses honoraires, un privilège spécial dont le rang serait déterminé par le législateur;

L'interdiction du double allaitement;

La délivrance exclusive du certificat médical par le médecin inspecteur;

L'interdiction de l'élevage au biberon pendant les grandes chaleurs.

« Je pense, ajoute M. Roussel, ne pas me tromper en disant que lorsqu'un pareil programme est proposé sous de tels patrons pour le législateur, lorsque les membres mêmes de l'Académie demandent, comme l'a fait M. Lunier, de reviser la loi protectrice du premier âge, l'Académie ne voudra pas et qu'elle ne peut pas se tenir pour désintéressée des modifications dont peut être susceptible une œuvre qui lui tient de si près par ses attaches originelles.

Il y a un an, l'Académie a décidé qu'elle ne se désintéresserait pas du travail de revision auquel est en ce moment soumise une autre loi médicale, qui la touche de moins près, la loi du 23 juin 1838 sur les aliénés. Elle a discuté et voté des conclusions qui ont pesé d'un grand poids sur les délibérations de la commission du Sénat chargée de l'examen du projet de revision présenté par le gouvernement. Elle peut et doit exercer une influence non moins salutaire sur le sort des idées justes ou chimériques et des propositions bonnes ou mauvaises qui tendent à la revision de la loi de 1834. Elle voudra donc reprendre, j'espère, afin de lui faire porter de nouveaux fruits, l'étude mémorable à laquelle elle a consacré autrefois trente-quatre séances.

C'est pourquoi, Messieurs, j'ai l'honneur de prier l'Académie de charger une de ses commissions de lui rendre compte des résultats positifs, présentement acquis, du fonctionnement de la loi du 23 décembre 1874, d'examiner les modifications qui sont demandées et de tracer le programme des mesures qui lui paraissent propres à assurer et à étendre les bons effets de cette loi.

Les conclusions qui seront votées à la suite du rapport de la commission seront transmises au nom de l'Académie au ministre de l'intérieur. »

M. LE PRÉSIDENT annonce que la commission demandée par M. Roussel sera nommée dans la prochaine séance.

RAPPORTS

M. ROGER lit un rapport sur le concours pour le prix d'hygiène de l'enfance.

M. BOUCHARDAT lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter des eaux minérales.

L'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

62. M. Lejeune. D'une forme de bronchite capillaire suppurée dans le croup. — 63. M. Palis. Modifications apportées dans les exhalations de l'acide carbonique sous l'influence de l'inhalation chloroformique. — 64. M. Suchard. Recherches sur la structure des corpuscules nerveux terminaux de la conjonctive et des organes génitaux. — 65. M. Babinski. Étude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques. — 66. M. Jannot. Opérations chirurgicales chez les syphilitiques. — 67. M. Antoine. Étude clinique des indications de l'opération de Létiévant (Estlander). — 68. M. Pédrono. Des lésions oculaires dans le goître exophthalmique. — 69. M. Lanteirès. Essai descriptif sur les troubles psychopathiques avec lucidité d'esprit. — 70. M. Loisel. Du traitement des fièvres paludéennes à Sainte-Marie de Madagascar. — 71. M. Ahmed Fahmy. Contribution à l'étude du dragonneau observé chez les Nubiens des régiments nègres du Caire. — 72. M. Rouillard. Essai sur les amnésies, principalement au point de vue étiologique. — 73. M. Lian. Des troubles de la nutrition dans la paralysie générale des aliénés. — 74. M. Charrin. Une septicémie expérimentale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 mars 1885, ont été promus et ont reçu les affectations ci-après, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — (Choix.) M. Krug-Basse, en remplacement de M. Palle, retraité. — Maintenu comme médecin chef de l'hôpital de Belfort.

(Choix.) M. Chauvel, en remplacement de M. Sala, décédé. — Maintenu dans son emploi de professeur à l'École du Val-de-Grâce.

(Choix.) M. Debaussaux, en remplacement de M. Maffre, retraité. — Affecté à la direction du service de santé de la division de Constantine.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — (Choix.) M. Barthélemy, en remplacement de M. Krug-Basse, promu. — Affecté à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

(Choix.) M. Laveran, en remplacement de M. Chauvel, promu. — Maintenu dans ses fonctions de professeur au Val-de-Grâce.

(Choix.) M. Vanmerris, en remplacement de M. Debaussaux, promu. — Maintenu dans son emploi de médecin chef de l'hôpital de Dunkerque.

Au grade de médecin-major de première classe. — (Choix.) M. Delorme, en remplacement de M. Mulot, mis en non-activité pour infirmités temporaires. — Maintenu à l'hôpital Saint-Martin, à Paris.

M. Marestaing, en remplacement de M. Barthélemy, promu. — Maintenu au 43e d'infanterie.

(Choix.) M. Juloux, en remplacement de M. Laveran, promu. — Maintenu au 77e d'infanterie.

M. Heuyer, en remplacement de M. Vanmerris, promu. — Maintenu aux hôpitaux de la division d'Oran.

Au grade de pharmacien principal de première classe. — (Choix.) M. Bouillard, en remplacement de M. Jaillard, décédé. — Maintenu à l'hôpital de Versailles.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. David, en remplacement de M. Gueriteau, mis en non-activité pour infirmités temporaires. — Maintenu à l'hôpital de Vincennes.

(Choix.) M. Delahousse, en remplacement de M. Lafon, décédé. — Affecté aux hôpitaux de Tunisie.

— Par décision ministérielle du 7 mars 1885, MM. les médecins principaux de première classe : Raoult est désigné pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital des Colinettes, à Lyon; Badour est désigné pour l'état-major du gouvernement militaire de Paris et la place de Paris.

MM. les médecins-majors de première classe : Millet est désigné pour le dépôt de recrutement de la Seine et la prison du Cherche-Midi à Paris; Mutin, pour l'École d'application de Fontainebleau; Florance, pour le 114e d'infanterie.

MM. les pharmaciens aides-majors de première classe ; Wagner, est désigné pour l'hôpital de Belfort; Dulud, désigné pour l'hôpital du Gros-Caillou.

— Par décision ministérielle du 8 mars 1885, M. Lemardelay, médecin-major de première classe, est désigné pour faire partie des ambulances du Tonkin.

M. Granjux, médecin-major de deuxième classe, est désigné pour être attaché au cabinet du directeur du service de santé, au ministère de la guerre.

— *Hôpital Lariboisière.* — M. le docteur Duguet fait tous les jeudis, à dix heures, des leçons de clinique dans l'amphithéâtre de l'hôpital.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les cours du second semestre de l'année scolaire 1884-1885 commenceront le lundi 16 mars 1885, à la Sorbonne. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

M. le professeur Jamin commencera le cours de physique le mardi 17 mars, à deux heures, et le continuera les samedis et les mardis suivants à la même heure. Il traitera de l'acoustique et de l'optique.

M. le professeur H. Milne-Edwards commencera le cours de zoologie, anatomie, et physiologie comparée, le mardi 17 mars, à trois heures et demie, et le continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure. Il traitera des organes et des fonctions de la reproduction dans la série animale. Les travaux pratiques et les conférences du premier semestre seront continués pendant la première partie du second semestre dans le laboratoire des Hautes-Études dirigé par le professeur.

M. le professeur Duchartre ouvrira le cours de botanique, le mercredi 18 mars, à une heure un quart, et le continuera les vendredis et les mercredis suivants, à la même heure. Il étudiera les organes des plantes et leurs fonctions.

M. le professeur Friedel commencera le cours de chimie organique, le mercredi 18 mars, à midi un quart, et le continuera les vendredis et les mercredis suivants à la même heure. Il traitera des fonctions et étudiera surtout la série grasse.

M. le professeur Hébert ouvrira le cours de géologie le mercredi 18 mars, à trois heures, et le continuera les vendredis et les mercredis suivants, à la même heure. Il exposera successivement les caractères de chacune des périodes géologiques.

Les conférences auront lieu aussi dans l'ordre suivant à partir du 16 mars; les étudiants ne seront admis à les suivre qu'après s'être fait inscrire au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

M. Mouton, maître de conférences. Les travaux de physique auront lieu les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à neuf heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

M. Bouty, maître de conférences, donnera des développements sur diverses questions de physique traitées au cours ou indiquées par M. le professeur Jamin. Ces conférences auront lieu les lundis et jeudis, à quatre heures et demie, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle.

M. Jannetaz, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis, à huit heures et demie du matin, dans le laboratoire de minéralogie.

M. Joly, maître de conférences, fera, les lundis à une heure, dans l'amphithéâtre de physique de la Sorbonne, des conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Troost et Debray, et les samedis, à dix heures et demie, dans la salle des conférences.

M. Salet, maître de conférences, fera, les mardis à trois heures et demie, des leçons de spectroscopie et photochimie, et, les samedis à la même heure, des conférences de chimie organique.

M. Riban, maître de conférences, directeur adjoint du laboratoire de chimie. Travaux tous les jours de neuf heures à midi et de une heure à cinq heures; manipulations pour la licence, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à neuf heures.

M. J. Chatin, maître de conférences, fera, les lundis et les jeudis à dix heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, des conférences sur diverses parties de l'étude anatomique et physiologique des animaux, indiquées par M. le professeur Milne-Edwards.

M. Joyeux-Laffuie, suppléant M. Joliet, maître de conférences, fera, les jeudis, dans la salle des conférences, à trois heures, et les samedis au laboratoire de zoologie, à dix heures, des conférences sur les sujets indiqués par M. le professeur de Lacaze-Duthiers.

M. Vélain, maître de conférences, fera, les lundis et les jeudis, à neuf heures, des conférences sur les diverses parties de la géologie. Les élèves seront exercés, au laboratoire de géologie, à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains, les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de neuf heures à onze heures et demie.

M. Vesque, maître de conférences, fera, les mardis à cinq heures et les jeudis à deux heures, des conférences ou surveillera les exercices pratiques, sous la direction de M. le professeur Duchartre. Les élèves seront exercés particulièrement à l'emploi du microscope et aux préparations.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thermométrie médicale comprenant les abaissements de température, algidité centrale et la thermométrie locale, par P. Redard, lauréat de l'Institut (Académie des Sciences). 1 vol. in-8° de 730 pages avec figures. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De la chaleur animale, éléments et mécanisme, destination physiologique et rôle pathologique déductions thérapeutiques et applications pratiques, par le docteur de Latour, membre et ancien président de la Société de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de 546 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Du traitement chirurgical des néoplasmes mammaires, par M. le docteur Émile Valude, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Steinheil.

Contribution à l'étude des maladies infectieuses, l'érythème polymorphe, par le docteur Paul de MOLÈNES-MAHON, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

La morphinomanie : les frontières de la folie, le dualisme cérébral, les rêves prolongés, la folie gémellaire ou aliénation mentale chez les jumeaux, par M. le docteur B. BALL. 1 vol. in-18 de 170 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Manuel memorandum à l'usage de l'accoucheur et de la sage-femme, par le docteur Ernest LAGARDE de Pau (Basses-Pyrénées), ancien élève des hôpitaux de Paris, de l'École pratique, de l'École centrale des Arts et Manufactures. 1 vol. in-18. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17549.

N° 31. — SAMEDI 14 MARS 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 14 MARS 1885. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'érythème polymorphe.

Dans notre dernière Revue clinique, nous avons brièvement décrit un érythème qui, par certains côtés, ressemble un peu à l'érythème papulo-noueux, mais qui s'en distingue absolument tant par sa marche essentiellement apyrétique que par l'absence de toute douleur articulaire.

Cet érythème, qui s'étale en larges plaques où les vésicules s'associent avec les papules et les boursouflures de la peau, peut être très exactement nommé *polymorphe*.

Il faut bien, en effet, se servir d'un terme à part pour désigner une affection d'une évolution toute particulière, et lorsqu'il s'agit de dermatoses, l'habitude est de tenir grand compte des caractères extérieurs dans la création du vocable.

Les vrais cliniciens cherchent constamment à arriver à plus de précision dans les termes, à plus de netteté dans les distinctions nosographiques, à une détermination plus exacte de chaque espèce.

Mais ce n'est certes pas avec ce désir et dans ce but qu'on a pris récemment ces mots *érythème polymorphe,* comme la désignation la plus vague possible, pour réunir dans un seul et même cadre un très grand nombre d'affections de la peau.

C'est ce que vient de faire, dans sa thèse, M. le docteur Paul de Molènes, ancien interne de M. Besnier.

Suivant la doctrine nouvelle exposée par lui, toutes les sortes d'érythème, annulaire, marginé, iris, etc., la fièvre essentielle qui se traduit par l'érythème papulo-noueux, l'herpès iris, l'hydroa, le pemphigus aigu, les éruptions qui surviennent dans le cours des ictères, dans la convalescence du choléra, celles qui se produisent dans certaines maladies générales portant en même temps sur tel ou tel viscère, toutes ces éruptions si diverses par leurs causes, par leurs formes, par leur marche, par leur durée, par leur pronostic, enfin par tous les caractères qui peuvent servir de bases aux classifications nosographiques, ne devraient plus constituer désormais qu'une seule et même maladie, évidemment très *polymorphe,* à laquelle, on ne sait pourquoi, on conserve le nom d'érythème.

M. de Molènes suppose un microbe, qui serait l'agent producteur de cette maladie. Nous assistons donc une fois de plus à une conséquence très inattendue de l'engouement actuel, excessif, pour les théories microbiennes.

Mais comment admettre qu'un microbe, très différent de l'agent actif du choléra, serait introduit dans l'organisme par le choléra ? que la présence de ce même microbe spécial serait également la conséquence de certains ictères, etc. ?

En ce qui touche le choléra, M. de Molènes, rappelant l'opinion d'Hébra, suivant laquelle les érythèmes polymorphes apparaissent régulièrement dans le cours de cette maladie, a soin de l'appuyer par une observation personnelle, inédite, toute récente, dit-il, et caractéristique. C'est celle que porte dans sa thèse le n° 34.

En ce qui touche les affections diverses qui s'accompagnent d'éruptions érythémateuses, vésiculeuses, ou même bulleuses, il a ramassé un peu partout des observations de toute espèce.

Mais, après les avoir toutes lues, il nous a semblé bien difficile de discerner un lien quelconque entre ces cas, si divers, aussi bien au point de vue de l'étiologie qu'au point de vue de la nosographie : en réalité, qu'en apparence.

Ce n'est pas que M. de Molènes ait manqué d'ingéniosité en essayant de rattacher les unes aux autres toutes les causes qu'il signalait pour son érythème polymorphe.

Le froid, par exemple, agit, suivant lui, « en provoquant une diminution de la résistance vitale et une débilitation de l'organisme, qui le rendent moins apte à résister aux agents extérieurs, et, en un mot, le mettent en état d'opportunité morbide.

« C'est de la même façon, ajoute-t-il, qu'agissent les diathèses scrofuleuse, lymphatique, arthritique, la tuberculose, certaines autres causes à peu près banales, telles que les excès de toutes sortes, l'habitation dans un endroit froid et humide, les émotions morales vives, les chagrins, et d'autres causes enfin plus importantes, que nous trouvons notées dans beaucoup d'observations, telles que le surmenage, la syphilis, la blennorrhagie. »

Plus loin, il cite le choléra, à côté de la blennorrhagie et de la fièvre puerpérale, parmi les maladies infectieuses qui s'accompagnent de manifestations cutanées ; or nous avons vu déjà qu'à ses yeux les éruptions du choléra rentraient pleinement dans le type de l'érythème polymorphe.

Singulier type, qui comprend des affections promptement

mortelles, d'autres affections, extrêmement bénignes, revenant périodiquement chez le même sujet, vers la même saison, pendant toute une série d'années.

C'est le triomphe du confusionnisme, confusionnisme qui se retrouve dans les renvois bibliographiques, dont M. de Molènes fait étalage à la fin de sa thèse. Il est aisé de voir que la plupart de ces citations sont faites de seconde main, sans que l'auteur ait pris la peine de remonter aux sources. Aussi toutes les erreurs possibles de nom, de date, etc., s'y sont-elles glissées : c'est au hasard que, dans une série, M. de Molènes mentionne un article, qui n'est pas le plus important. Mais ce n'est là qu'un léger détail.

Si la même méthode était appliquée aux autres branches de la science médicale, on pourrait aller loin en simplification. Rien n'empêcherait, par exemple, d'admettre une *viscérie polymorphe*, variable aussi bien dans ses causes que dans son siège, dans ses caractères, dans sa marche et son pronostic.

Qu'on suppose seulement un microbe, — c'est toujours possible, — et l'on se trouve dispensé de distinguer la pneumonie, de la bronchite, de la pleurésie, et de toutes les autres maladies qui peuvent atteindre tel ou tel viscère.

Après avoir lu attentivement la thèse de M. de Molènes, nous somme allé, tout inquiet, à l'hôpital Saint-Louis, nous informer si c'étaient là des doctrines actuellement régnantes et généralement acceptées en nosographie dermatologique.

Nous en sommes revenu rassuré. Seul, M. Besnier nous avait dit : « La thèse de M. de Molènes est une œuvre révolutionnaire; on ne doit donc pas y chercher une doctrine, une classification définitive. Le temps n'est pas venu d'édifier ; mais il faut détruire des idées qui ont fait leur temps. »

Il ne devrait donc rester rien, pas même l'érythème polymorphe.

Nous examinerons prochainement ce que cette *table rase* ferait perdre, en fait de notions acquises, dans la science médicale, notions qui ne sont point encore abandonnées par la majorité des hommes compétents.

Bains froids dans la fièvre typhoïde.

Nous venons d'assister ce matin au cinquième et dernier bain froid ordonné par M. Peter dans un cas de fièvre typhoïde à forme ataxique des plus graves.

M. Peter a toujours conservé la même théorie et la même pratique relativement aux bains froids depuis l'époque où il a combattu, à l'Académie de médecine, les hypothèses sur lesquelles se basait la méthode de Brandt. Il ne s'inquiète pas d'entraver le développement des microbes; il ne vise pas l'hyperthermie, mais seulement le trouble du système nerveux. Et il est rare qu'il ait à dépasser le nombre de trois ou quatre bains pour obtenir les effets qu'il cherche.

C'est dans les formes ataxiques et les formes adynamiques qu'il emploie cette médication. Il se préoccupe peu de savoir à quel point la température s'est abaissée pendant le bain ou après le bain. Ce qu'il désire, c'est de remettre le système nerveux en équilibre par ce genre de choc, et pour atteindre ce résultat, quand du moins il peut être atteint, il n'est besoin ni de multiplier trop ni de rapprocher trop les bains froids.

L'amélioration se produit immédiatement et durant le bain même, en ce qui touche les troubles ataxiques, particulièrement le délire. Elle s'accentue graduellement, mais toujours rapide dans les cas heureux. Quand les troubles nerveux persistent au même degré après quelques bains (en tout trois ou quatre), administrés successivement le matin et le soir, le pronostic est défavorable.

Chez la malade dont il s'agit, le délire existait, quand elle fut amenée, le 6 mars, à la Charité, où elle occupe le lit n° 2 de la salle Sainte-Madeleine. A la visite du soir, on la trouva dans un état de demi-stupeur avec subdélirium continu, et parfois exacerbations délirantes plus actives. C'est une fille de brasserie, âgée de vingt-quatre ans, qui était déjà malade, paraît-il, depuis une huitaine de jours. On découvrit sur l'abdomen une tache rosée lenticulaire; le ventre était ballonné, douloureux à la pression; la langue était sèche, fuligineuse, tremblotante; il y avait du tremblement des membres et des soubresauts dans les tendons; enfin tout l'ensemble des symptômes, tel que nous l'ont décrit M. Peter et l'aimable interne du service, qui a bien voulu nous communiquer ses notes, était celui d'une fièvre typhoïde parvenue au second septénaire, et d'une forme ataxique inquiétante.

L'état s'aggrava progressivement les jours suivants : la stupeur s'accentua, ainsi que le délire; et cette fille était au plus mal quand, lundi dernier, on lui administra le premier bain froid.

On prit d'abord la température : elle ne s'élevait qu'à 39 degrés 1 dixième dans le rectum. On ne pouvait donc pas dire qu'il y eût hyperthermie et que cette hyperthermie fût cause du désordre nerveux.

En effet, le même jour, chez une autre malade de la même salle (une jeune femme de vingt-six ans, atteinte également de fièvre typhoïde et entrée également le 6), bien que ce jour-là, lundi dernier, la température atteignît 40 degrés dans l'aisselle, c'est-à-dire au moins 40°,5 dans le rectum, il n'y avait pas de délire et il n'y en avait jamais eu.

Cette dernière malade est couchée au n° 17 de la salle Sainte-Madeleine. Chez elle, malgré l'hyperthermie, M. Peter ne songea pas un seul instant à l'usage des bains froids. Il se contenta de prescrire 1 gramme par jour de sulfate de quinine; et aujourd'hui la température a baissé de plus d'un degré. L'état général est resté satisfaisant,

Pour en revenir à celle qui, sans hyperthermie, avec une température inférieure de près d'un degré et demi à la température atteinte par celle-là, présentait un état si grave par les phénomènes ataxiques, on l'a plongée pendant dix minutes dans un bain à 18 degrés.

Dès qu'elle y fut, le délire cessa, les soubresauts des tendons se calmèrent. L'effet produit sur le système nerveux fut immédiat et très notable. L'effet produit sur la chaleur morbide était au contraire à peu près nul, car en prenant, après le bain, la température dans le rectum, on ne l'a trouvée abaissée que d'un dixième de degré. Elle était encore de 39 degrés. Dans la journée, on pratiqua quatre lotions de vinaigre pur sur toute la surface du corps. Le soir il y avait un peu plus d'hyperthermie : la chaleur rectale atteignait 39°,6. On administra de nouveau un bain de dix minutes dans de l'eau à 18 degrés. Cette fois l'effet produit sur la température fut beaucoup plus notable; elle tomba de plus d'un degré : de 39°,6 à 38°,5.

Le lendemain, bien que la langue fût toujours sèche, l'état général était certainement meilleur; le délire franc avait fait place à du subdélirium. Le thermomètre accusait 38°,8, avant le bain du matin qui fut donné vers neuf heures et de-

mie, toujours dans de l'eau à 18 degrés et seulement durant dix minutes. La température rectale tomba à 37°,1 immédiatement après ce troisième bain ; à onze heures, elle n'était plus que de 36°,1 ; à midi, elle était remontée à 36°,8 ; à une heure, elle restait à 36°,8 ; à deux heures, elle avait atteint 37 degrés ; à trois heures, 38 ; à quatre heures, 38°,4 ; à cinq heures, 39°,1 ; à six heures, 39°,4. On fit prendre le quatrième bain, qui ramena la température à 38°,3. Il fut d'ailleurs moins facilement supporté que les autres ; la malade se plaignit de frissons, de tendance à se trouver mal ; on dut lui faire, pendant le bain même, une injection sous-cutanée d'éther.

A la visite de ce matin, on la trouva infiniment mieux ; répondant nettement aux questions qu'on lui posait, suivant du regard les personnes qui se trouvaient autour d'elle, se plaignant d'avoir soif et demandant à boire. La langue était beaucoup moins sèche. Le pouls, qui, l'avant-veille, avait présenté jusqu'à 114 pulsations par minute, n'en offrait plus que 88 ; la température n'était plus que de 38°3. Un nouveau bain n'était pas nécessaire ; mais, comme il ne pouvait pas nuire, comme il n'y avait pas de complication pulmonaire, M. Peter le fit encore prendre. Il ne put être supporté que pendant huit minutes ; puis la malade, ayant des frissons, fut remise dans son lit. Déjà elle s'était plainte du froid en entrant dans l'eau ; il lui avait fallu quelques instants pour arriver à une sorte d'accoutumance momentanée. Une fois recouchée, elle s'endormit. Elle avait dormi tranquillement la nuit précédente. On constata que le refroidissement résultant de ce bain de huit minutes était 4 dixièmes de degré.

On voit comment les choses se sont passées chez cette malade ; et c'est ainsi qu'elles se passent d'ordinaire. C'est le système nerveux qui est impressionné tout d'abord, alors que la température se trouve à peine modifiée par le bain froid. Puis, à mesure que l'équilibre se rétablit dans le système nerveux, l'impressionnabilité du sujet devient plus grande relativement à la température. Il sent davantage l'action du froid, et il perd davantage de sa chaleur morbide pendant son séjour dans l'eau froide. Une fois qu'il en est sorti, le refroidissement relatif s'accentue encore pendant deux ou trois heures ; puis la température remonte progressivement, souvent pour dépasser le niveau du début. Mais peu importe. L'action sur le système nerveux se continue et se consolide ; bientôt les bains froids deviennent inutiles, quand l'équilibre se rétablit, et, dans le cas contraire, si on les continue, on ne peut plus guère en attendre qu'un mieux être momentané.

C'est ce qui est arrivé, par exemple, chez un malade que M. Peter a traité avec M. Barth. Il s'agissait encore d'une fièvre typhoïde, avec délire continu violent, tremblement général, soubresauts des tendons, etc. Le délire se calmait toujours durant les bains froids, et le malade s'y trouvait si bien qu'on les continua toutes les trois heures, jour et nuit, pendant plus d'une semaine, jusqu'à l'issue fatale.

Le cas était désespéré : et c'est pourquoi M. Peter permit, suivant la méthode allemande, la répétition des bains froids jour et nuit, de trois heures en trois heures. Pour ceux qui cherchent à combattre l'hyperthermie, cette répétition paraît indiquée, à cause du relèvement rapide de la température, après son abaissement à la suite du bain. Mais au point de vue du choc utile sur le système nerveux, cette répétition, fatigante pour le malade, n'offre aucun avantage sérieux.

M. Peter emploie le bain dans l'ataxie de la fièvre typhoïde, comme dans celle de la scarlatine. Or, dans cette dernière affection, on sait depuis Sydenham que l'application de l'eau froide, faite une seule fois, peut suffire pour calmer le délire, ramener l'équilibre dans le système nerveux et empêcher la mort du malade. C'est là un moyen vraiment héroïque, quand on y a recours à propos. M. Peter nous en a raconté un exemple qui lui est personnel. Un jour il fut appelé en consultation dans une de nos provinces de l'Est, auprès d'une dame appartenant à l'une des familles les plus influentes et les plus riches du pays. Elle était atteinte d'une scarlatine maligne avec délire aigu. Les médecins qui la soignaient, l'un et l'autre fort distingués, auraient désiré la traiter par les bains froids. Mais qu'aurait-on dit dans le pays si elle était morte après avoir subi une médication si peu rationnelle en apparence ? M. Peter n'hésita pas : prenant sur lui toute la responsabilité de cette mesure, il plongea lui-même la malade dans une baignoire d'eau froide, et il eut le plaisir de la voir aussitôt, cessant de délirer, reconnaître son mari et les personnes présentes. Le délire ne reparut plus ; la maladie reprit un cours tout à fait normal, et, il y a quelques jours à peine, M. Peter revoyait sa cliente, parfaitement guérie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 mars 1885. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Ostéomyélite. — **M. TRÉLAT**, à l'occasion du malade présenté dans la dernière séance par M. Lucas-Championnière et qui était atteint d'ostéomyélite du tibia gauche ayant nécessité la trépanation de cet os et l'ouverture de l'articulation, puis d'ankylose de la hanche du côté opposé ayant exigé l'ostéotomie sous-trochantérienne, opérations qui toutes deux ont donné les meilleurs résultats, rappelle les deux faits suivants qu'il a eu l'occasion d'observer et qui se rapprochent du précédent en ce qu'ils présentaient également un certain degré d'atrophie.

Dans le premier cas, en effet, il s'agissait d'un jeune homme atteint d'ostéomyélite du tibia et présentant, concurremment avec les symptômes de cette affection, une atrophie très marquée du membre. Cette atrophie n'est-elle ici qu'un phénomène contingent à l'ostéomyélite, ou en est-elle un des caractères ou l'une des conséquences ? C'est ce que l'étude des faits peut seule apprendre.

Dans le second cas, il s'agit également d'un jeune homme qui a fait une chute sur l'épaule, a consécutivement une arthrite traumatique, puis, par propagation, une ostéomyélite de l'humérus, que M. Trélat a pu facilement diagnostiquer dès le début, grâce à la mensuration à l'aide du compas qui permet d'apprécier la moindre augmentation de volume d'un os. Or cette augmentation de volume ne peut être produite que par une fracture, un néoplasme, un ostéosarcome, par exemple, ou une néoplasie inflammatoire ou ostéomyélite. Or, dans le cas dont il s'agit, il était facile, par exclusion, et aussi en raison de l'âge, de reconnaître une ostéomyélite d'origine traumatique. Ce jeune homme présentait en même temps une extrême atrophie du membre malade.

Donc, trois fois en l'espace de quelques semaines, deux chirurgiens constatent l'existence d'une atrophie musculaire comme phénomène concomitant ou même précoce de l'ostéomyélite.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle que son malade a d'abord eu une ostéite traumatique d'une extrême intensité, puis qu'il allait beaucoup mieux quand il constata chez lui l'existence de l'atrophie musculaire. Il guérit de son ostéite, tous ses muscles lui sont restitués par l'électricité ; puis il souffre de la hanche du côté opposé et est atteint d'une coxalgie secondaire. Peut-être faut-il admettre

que, dans ces cas, l'atrophie est un phénomène précoce de l'ostéomyélite.

M. LE DENTU a observé, avec M. de Saint-Germain, une petite fille de cinq ans qui avait été atteinte d'une ostéo-myélite aiguë ayant, au début, nécessité de grandes incisions. M. Le Dentu la vit pour la première fois en septembre 1879; elle avait alors une poussée aiguë du côté de l'articulation du genou. Il y avait lieu d'intervenir, soit par la ponction, soit par l'arthrotomie. MM. de Saint-Germain et Le Dentu se décidèrent pour l'arthrotomie. Cette opération fut pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques; dès le lendemain, amélioration considérable. La guérison ne se fit pas longtemps attendre, et la malade semblait tout à fait rétablie quand, du côté gauche, elle fut prise d'une ostéo-arthrite juxta-épiphysaire avec des phénomènes graves, un état typhoïde, de l'albuminurie, etc.

MM. Le Dentu et de Saint-Germain résolurent cette fois, vu l'état général extrêmement affaibli, de s'en tenir à la ponction de l'articulation. Cette ponction fournit un résultat inattendu. Tous les phénomènes graves s'amendèrent et l'enfant revint assez rapidement à la santé. Donc, des deux côtés, d'un côté avec la ponction, de l'autre avec l'arthrotomie, les résultats obtenus furent des plus satisfaisants, et même les mouvements articulaires se rétablirent très bien.

M. DE SAINT-GERMAIN cite un autre fait : il s'agit d'un enfant de cinq ans (de Bourbonne), qui, à la suite d'une chute sur le genou gauche, eut un énorme épanchement intra-articulaire, une véritable arthrite purulente. Trois médecins de l'endroit avaient déclaré l'amputation urgente. Appelé auprès de cet enfant, dit M. de Saint-Germain, par un avocat ami de la famille, je déclarai que l'amputation ne me paraissait pas nécessaire, et je proposai de fendre largement l'articulation. Les trois médecins mécontents se retirèrent en bon ordre et me laissèrent seul auprès de l'enfant avec l'avocat. Heureusement, un autre confrère, ancien camarade d'internat, voulut bien se joindre à moi et se charger des soins consécutifs. Nous fendîmes largement l'articulation malade; un flot de pus s'échappa; je plaçai le membre dans un appareil plâtré, j'immobilisai le genou aussi bien que possible et, dès le lendemain, les accidents généraux s'apaisèrent; l'enfant resta sept semaines dans cet appareil, allant de mieux en mieux; un autre appareil avec tuteur remplaça celui-ci et resta appliqué pendant plusieurs semaines. Je revis l'enfant deux ans après; il marchait très bien et avait recouvré tous ses mouvements de flexion et d'extension. Le pansement a consisté en applications de charpie imbibée de cognac. C'est donc là un exemple de large ouverture d'une articulation guérie sans pansement antiseptique proprement dit.

M. POULET croit que l'on peut expliquer de la façon suivante l'atrophie constatée par MM. Lucas-Championnière et Trélat sur leurs malades. Pourquoi ne pas admettre, dans l'arthrite infectieuse, une névrite infectieuse de voisinage? Ne voit-on pas des névrites infectieuses se produire ainsi dans la fièvre typhoïde et ces névrites localisées, qu'on observe également dans la tuberculose, ne pourraient-elles expliquer l'atrophie?

M. NICAISE ne croit pas qu'il faille attacher une importance symptomatique aussi grande à l'atrophie musculaire compliquée d'ostéomyélite. Il cite le cas d'un malade de son service, qui est atteint d'une ostéomyélite du tibia et qui présente une atrophie musculaire secondaire énorme. M. Nicaise ne croit pas que, dans ces cas, il y ait lieu de faire intervenir la névrite pour expliquer cette complication, qu'il a plus de tendance à considérer comme étant d'ordre réflexe.

M. RECLUS rappelle que MM. Le Fort et Valtar ont signalé ces atrophies rapides et des troubles trophiques dans les cas où de grandes articulations sont altérées.

M. TRÉLAT fait observer que, dans les cas dont il a parlé, il a voulu particulièrement insister sur le caractère précoce de ces atrophies concomitantes avec l'ostéomyélite, les atrophies secondaires ou éloignées étant bien connues et n'offrant rien d'extraordinaire.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que c'est là une question à l'étude, que cette atrophie précoce d'ailleurs est loin d'être constante dans l'ostéomyélite, qu'elle est au contraire très rare.

Désarticulation du coude et du genou. — **M. CHAUVEL** proteste contre l'assertion émise dans la dernière séance par M. Verneuil, à savoir que la désarticulation du coude et du genou est une mauvaise opération, et qu'il est bien préférable d'amputer le bras ou la cuisse. Il est bien des chirurgiens d'armée qui ne partagent pas cette opinion. En Amérique, les statistiques ont montré qu'alors que l'amputation du bras donnait 26 p. 100 de mortalité, la désarticulation du coude ne donnait que 3 décès sur 39 opérés. La bénignité relative de la désarticulation du coude est donc incontestable. Avec les données actuelles, il est donc impossible d'admettre, sans conteste, l'opinion de M. Verneuil.

En est-il de même de la désarticulation du genou? Spilgmann a démontré également par des statistiques que l'amputation tibio-fémorale était moins grande que l'amputation à la partie inférieure de la cuisse.

M. FARABEUF croit, avec M. Chauvel, que M. Verneuil a été trop loin, en condamnant d'une façon absolue la désarticulation du genou. Il laisse de côté la question de la léthalité, qui est très difficile à juger, et n'envisage la question qu'au point de vue du moignon et de ses usages. Si avec la désarticulation du genou on obtient un moignon puissant et indolent, quel moignon peut lui être préféré? Pourquoi demander plus aux moignons de désarticulation qu'aux moignons d'amputation? On peut se contenter qu'ils soient suffisamment longs, indolents et puissants.

M. Farabeuf rappelle les divers procédés de désarticulation du genou; il donne la préférence à ceux de Baudens et de Smith, et conclut en disant qu'il ne faut pas condamner cette opération.

M. POLAILLON rappelle avoir présenté, en 1881, un malade auquel il avait pratiqué la désarticulation du genou, et chez lequel il avait obtenu un très bon résultat. Cette opération avait été faite dans des conditions particulières; cet homme avait une ankylose angulaire du genou, qui était extrêmement gênante. La jambe était douloureuse, fongueuse. L'opération fut difficile, parce qu'il y avait très peu de peau. Le résultat fut très bon. Le malade marcha sur un pilon, et a depuis continué à bien marcher. Il faut surtout, dans cette opération, avoir assez de tégument pour bien recouvrir les condyles.

Chlorhydrate de cocaïne. — **M. TERRIER** fait un rapport sur une communication de M. Dransart (de Somain), relative à l'emploi du chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique oculaire et à son association avec le chloroforme. M. Dransart conclut que cette association donne une anesthésie plus complète que celle de la cocaïne seule. M. Terrier ne partage pas cette opinion et n'est nullement partisan de l'emploi du chloroforme, qui offre des dangers, dans des cas où le chlorhydrate de cocaïne seul donne une anesthésie très suffisante.

M. NICAISE a récemment opéré un ptérygion très étendu et a obtenu une anesthésie parfaite avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 p. 100.

M. CHAUVEL, en opérant également un ptérygion, a constaté que le malade éprouvait une certaine douleur, malgré l'emploi de la cocaïne. Dans un cas de strabotomie le malade s'est aussi beaucoup plaint de la douleur.

M. TERRIER a constaté que la cocaïne donnait une anesthésie très suffisante pour les opérations sur la cornée et sur la conjonctive. Il a pu aussi faire des strabotomies sans douleur. Mais, dans les inflammations anciennes de l'œil, la cocaïne n'a plus du tout la même action anesthésique.

Mal perforant. — **M. TERRILLON** présente un malade qui porte dans le creux de la main une ulcération offrant tous les caractères du mal perforant. Cet homme présente tous les symptômes d'une ataxie locomotrice au début. Ce mal perforant pourrait donc être un trouble trophique.

M. NICAISE ne partage pas l'opinion de M. Terrillon et croit qu'il s'agit là d'un durillon fissuré.

M. TERRILLON fait observer qu'il y a un épaississement épidermique et dermique, une légère anesthésie dans les parties voisines, un fond saignant, en un mot, tous les caractères du mal perforant.

M. NICAISE fait remarquer que dans le mal perforant ce n'est pas une hypertrophie, mais bien une atrophie du derme que l'on constate.

M. TERRILLON ajoute que M. Charcot, qui a vu ce malade, admet qu'il s'agit bien d'un mal perforant.

Ablation d'un énorme ganglion tuberculeux du cou. — **M. POZZI** présente une malade chez laquelle il a extrait une masse ganglionnaire énorme, tuberculeuse, de la partie supérieure du cou. Cette masse ganglionnaire se trouvait sous le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien contre les vaisseaux. La malade était complètement guérie huit jours après. La tumeur a été examinée au microscope, on n'y a pas trouvé de bacilles.

Fracture de la rotule. — **M. DESPRÉS** fait présenter par son interne, M. Derville, un homme qui a été atteint d'une fracture de la rotule avec hémo-hydarthrose et écartement considérable et qui a très bien guéri par suite de l'application d'appareils compressifs inamovibles.

Pince à langue. — **M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** présente une pince, construite sur ses indications et destinée à maintenir la langue pendant l'anesthésie par le chloroforme.

La séance est levée.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

Questions mises à l'ordre du jour du premier Congrès.

I. *Étiologie et pathogénie des infections chirurgicales.*

M. le docteur Cauchois, à Rouen. Tableau comparatif de statistique comparée des érysipèles et des infections purulentes observées en chirurgie, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, avant et après l'adoption des pansements antiseptiques (années 1864-65 et 1873-74, d'une part, et 1883-1884, d'autre part). — Discussion. M. le docteur Jeannel, à Toulouse.

MM. les docteurs Jeannel et Laulanié, à Toulouse. Recherches sur le rôle respectif des ptomaïnes et des microbes dans la pathologie de la septicémie. — Discussion. M. le docteur A. Socin, à Bâle, et M. le professeur Verneuil, à Paris.

II. *Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale.*

M. le docteur Redard. Sur la glycosurie éphémère dans les affections chirurgicales. — Discussion. M. le professeur Verneuil.

III. *Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne.*

M. le docteur Audet, médecin-major à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr. Des pansements en campagne. — Discussion. M. le professeur Chauvel, à Paris.

M. le docteur Chenieu, à Limoges. Sur les pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne.

IV. *Cure des abcès froids.*

M. le docteur Cazin, à Berck-sur-Mer. Sur le traitement des abcès froids par l'incision.

M. le docteur Houzel, à Boulogne-sur-Mer. Sur un nouveau mode de drainage employé dans les abcès froids.

M. le professeur Jacques-L. Reverdin, à Genève. Sur un nouveau procédé de résection tibio-tarsienne. — Discussion. M. le docteur S. Pozzi, à Paris; MM. les professeurs A. Socin, à Bâle, et U. Trélat, à Paris.

V. *Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.*

Discussion. MM. les docteurs Bouilly, à Paris, et Demons, à Bordeaux.

M. le docteur Mannoury, à Chartres. Indications opératoires dans le déchirement traumatique du rein. — Discussion. M. le docteur S. Pozzi.

QUESTIONS DIVERSES.

M. le professeur Badal, à Bordeaux. Arrachement du nasal externe.

M. le professeur Bœckel, à Strasbourg. Sur la cholécystotomie appliquée au traitement des calculs orbiaires. — De la résection de la hanche.

M. le docteur Cauvy, à Béziers. Des indications de la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques.

M. le docteur Cerné, à Rouen. De la résection précoce dans l'ostéomyélite aiguë des os longs en voie de croissance, avec suppuration de l'articulation voisine.

M. le docteur Chenieu, à Limoges. Sur l'origine et la nature de la coxalgie.

M. le docteur L. Déjace, à Flémalle-Grande (Belgique). Des pansements secs et durables.

M. le docteur Demons, à Bordeaux. La trépanation. — Sur l'ostéotomie et l'ostéoclasie dans le traitement du genu valgum.

M. le professeur Denucé, à Bordeaux. De l'amputation de la langue par la méthode sus-hyoïdienne dans les cas d'épithélioma.

M. le docteur Duménil, à Rouen. Sur la côlotomie.

M. le professeur Duplouy, à Rochefort-sur-Mer. Étude de la coxalgie et du traitement du pédicule dans l'ovariotomie.

M. le docteur Eugène Facieu, à Gaillac (Tarn). Quelques considérations sur le bec-de-lièvre. — Granulations douloureuses du canal de l'urètre chez la femme.

M. le professeur H. Folet, à Lille. Côlotomie lombaire et cacotomie dans le traitement des ulcérations dysentériques du gros intestin.

M. le docteur M. Gangolphe, à Lyon. Localisations osseuses et articulaires de la syphilis tertiaire.

M. le docteur Guerlain, à Boulogne-sur-Mer. Malade guéri d'un cancroïde de la lèvre inférieure par les applications antiseptiques.

M. le docteur A. Guichard, à Angers. Kyste dermoïde du ligament large gauche. Incision par le vagin. Guérison (pièces).

M. le docteur Humbert, à Paris. De la virulence des bubons consécutifs du chancre simple.

M. le professeur Köberlé, à Strasbourg. Du traitement du pédicule dans l'ovariotomie et dans l'hystérotomie. — Du traitement des tumeurs incluses dans le ligament large.

M. le docteur Leriche, à Mâcon. Sur l'emploi de l'aspirateur dans les coxalgies suppurées.

M. le docteur Martel, à Saint-Malo. Observation d'anévrysme brachio-céphalique. Réflexions sur les signes de l'anévrysme. — La ligature des artères ; ligature graduelle et temporaire.

M. le docteur Daniel Mollière, à Lyon. Indication de la trépanation du crâne.

M. le docteur G. Nepveu, à Paris. Pathogénie des abcès fétides.

M. le docteur Notta, à Pau. Traitement de l'hypertrophie de la glande thyroïde par les injections interstitielles de teinture d'iode.

M. le professeur Panas, à Paris. Étude anatomo-pathologique et clinique des tumeurs qui naissent au pourtour de la cornée. — Considérations sur le choix des procédés dans l'opération de la cataracte par extraction.

MM. les docteurs Paquelin et De Place, à Paris. Nouveau cautère vétérinaire.

M. le docteur Poulet. Étiologie et nature de la coxalgie. — Sur l'emploi de la percussion et du diapason dans le diagnostic des fractures du crâne. — Altérations osseuses et articulaires du choléra. — Des troubles de nutrition des os et des articulations d'ori-

gine nerveuse dans les tumeurs blanches et les ostéites chroniques.

M. le docteur S. Pozzi. Note sur l'ostéite déformante ou pseudo-rachitisme sénile.

M. le docteur G. Richelot, à Paris. Sur l'état fonctionnel du membre inférieur, à la suite des fractures transversales de la rotule.

M. le docteur J. Rouyer, à Laigle (Orne). Sur l'emploi d'une solution de nitrate d'argent forte dans diverses affections, et particulièrement dans les cas d'érysipèles traumatiques.

M. le docteur Paul Segond, à Paris. Gastrostomie pour rétrécissement infranchissable de l'œsophage. Guérison.

M. le docteur Tedenat, à Montpellier. Tubercule du gland. — Tuberculisation consécutive des ganglions de l'aine. — Phthisie pulmonaire. — Gangrène gazeuse localisée chez un glycosurique. Reproduction des accidents chez le rat albinos.

M. le docteur Thiriar, à Bruxelles. Sur l'intervention chirurgicale dans les cas de lithiase biliaire.

M. le docteur Thomas, à Tours. — De la résection de la tête de l'humérus dans les luxations irréductibles de l'épaule.

M. le professeur Tilanus, à Amsterdam. Résultats de diverses méthodes de traitement de la rotule.

M. le docteur L. Tripier, à Lyon. Deux cas de névrite traumatique, dans lesquels la transmission de la douleur se faisait par les nerfs collatéraux intacts.

M. le docteur Verchère, à Paris. Contribution à l'étude de la phosphature dans les maladies osseuses.

M. le docteur Viard, à Montbard. Note pouvant servir à l'histoire des non-consolidations des fractures et des pseudarthroses qui en sont souvent la conséquence.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 12 mars 1885, M. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur honoraire.

— Par décret, en date du 11 mars 1885, M. Cardialaguet, pharmacien de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 mars 1885, le concours qui devait s'ouvrir le 15 mai 1885, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques, est reporté au 15 juillet 1885.

— Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, le secrétaire perpétuel a signalé l'omission suivante, commise dans la liste des récompenses décernées par l'Académie. Il s'agit du prix Montyon (physiologie expérimentale).

Une mention honorable est accordée à M. le docteur Bloch, qui a repris, par une méthode nouvelle, extrêmement ingénieuse et précise, les recherches sur la *vitesse du courant nerveux sensitif* de l'homme. L'auteur est arrivé à un chiffre notablement plus élevé que ceux qui ont cours dans la science, celui de 132 mètres par seconde.

Étudiant ensuite la *vitesse relative des transmissions visuelles, auditives et tactiles*, il est arrivé à cette conclusion intéressante que, dans ces trois sensations, la vision était la plus rapide. Puis vient l'audition, dont la transmission dure un soixante-douzième de seconde de plus que la transmission visuelle; enfin le toucher, sur la main, dont la transmission dure un vingt-unième de seconde de plus que la transmission visuelle.

— Profitons de la rectification faite par l'Académie des sciences pour faire remarquer qu'un des lauréats du prix Montyon (médecine et chirurgie), M. Testut, porté comme chef des travaux anatomiques de Nancy, est, — depuis le 20 novembre 1884, — professeur à la Faculté de médecine de Lille.

— *Prix Auburtin-Finot.* — Le ministre de la guerre, au nom de l'État, est autorisé à accepter le legs d'une somme de dix mille francs fait par Mme veuve Finot à l'École du Val-de-Grâce, suivant son testament olographe du 1er avril 1875, laquelle somme, après déduction des frais et droits, s'élève à 8 995 fr. 20 c.

Conformément à la volonté de la testatrice, cette somme, convertie en rente française 3 0/0, sera employée à la fondation de deux prix annuels qui porteront le nom de prix Auburtin-Finot, en mémoire de Mme veuve Finot née Auburtin et de son mari, Pierre-Xavier Finot, de son vivant médecin principal de première classe des armées. Ils seront décernés aux deux médecins stagiaires sortant les premiers de chaque promotion, et la somme formant le montant de ces prix sera employée à l'achat de livres ou d'instruments d'étude.

— M. le médecin principal Challan et M. le médecin-major de première classe Vincens ont été nommés officiers de l'ordre royal du Cambodge.

— Un concours est ouvert par l'Académie royale des sciences de Turin, de 1885 au 31 décembre 1889, pour le grand prix Bressa, et, selon les intentions du testateur, entre les savants de tous les pays.

Ce prix, de la valeur de douze mille francs, sera décerné au savant qui, de 1885 à 1889, aura fait la découverte la plus remarquable et la plus utile ou qui aura produit l'œuvre la plus considérable dans les sciences physiques et expérimentales, l'histoire naturelle, les mathématiques pures et appliquées la chimie, la physiologie et la pathologie, voire même la géologie, l'histoire, la géographie et la statistique.

Les membres nationaux, résidents ou non-résidents, de l'Académie royale des sciences de Turin sont seuls exclus de ce concours.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bernard Pillore, membre honoraire de l'Institut historique de France, décédé à Villeneuve-Saint-Georges, le 10 mars 1885, dans sa quatre-vingt-dixième année ; de M. le docteur Decourteix (de Chambon-Fougerolles); et de M. le docteur Brainque, médecin-major de première classe en retraite, officier de la Légion d'honneur, décédé à Pont-à-Mousson.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Hanriot, agrégé, commencera le cours complémentaire de chimie médicale le lundi 16 mars 1885, à neuf heures trois quarts du matin, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. le professeur Vulpian commencera le cours de pathologie expérimentale et comparée le mardi 17 mars 1885, à deux heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. le professeur Tarnier commencera le cours d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, le mercredi 18 mars 1885, à midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Le professeur traitera des opérations obstétricales et de la pathologie de la grossesse.

M. le docteur Reynier, suppléant M. le professeur Béclard, commencera le cours de physiologie le lundi 23 mars 1885, à cinq heures de l'après-midi, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Iconographie pathologique de l'œuf humain fécondé en rapport avec l'étiologie de l'avortement, par G.-J. Martin-Saint-Ange, docteur en médecine de la Faculté de Paris. 1 vol. in-4° de 188 pages avec 19 planches d'après nature et chromolithographiées. — Prix : 35 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Notes et mémoires de chirurgie clinique, par le docteur Grinfeltt, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier. In-8°, avec planches. — Prix : 7 francs. — Paris, A. Coccoz.

Traité des maladies de la peau, diagnostic et traitement, par le docteur E. Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

De la péricardite aiguë des vieillards, par le docteur Lejard. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Considérations sur la taille hypogastrique, son manuel opératoire, son pansement, ses suites, par le docteur J. Girou, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Broch. in-8° de 20 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17553.

60

ANALYSE DE MARS DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de mars, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1.033,00
	gr.	
Beurre par litre	51.800	
Albumine	9.000	
Caséine	27.800	
Sucre de lait	54.400	
Sels	7.500	
Total des matières fixes	150.500	150.500
Eau par litre		882.500

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.304
Acide sulfurique	0.128
Chaux	1.798
Magnésie	0.141
Potasse	1.832
Soude	0.588
Silice, chlore, acide carbonique, fer et perte	0.709
Total	7.500

PRIX :

Dans les dépôts	75 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	80 c. le litre.
—	50 c. le 1/2 litre.

Adresser les commandes à M. L. NICOLAS. propriétaire-agriculteur, 22, rue de Paradis, Paris.
Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif.

96

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.
En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.
Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et ph[les].

2

CHATEL-GUYON GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concerts Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

67

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE D[r] COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.
Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.
GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.
Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
Dépôt dans toutes les pharmacies.
GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

65

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique et les fièvres intermittentes, on prescrit d[s] les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 g[ttes] par jour ou 4 cuillerées à café **Elixir de Boldo-Verne**. — VERNE, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies de France et de l'étranger.

93

PASTILLES GÉRAUDEL

Agissant par inhalation et par absorption contre les **Maladies des Voies respiratoires** *Seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par l'approbation du Conseil médical de l'Empire.*
Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron, qu'il transporte directement sur le siège du mal. C'est à ce mode d'action tont spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité.
L'étui : **1 fr. 50** dans toutes les pharmacies.
GÉRAUDEL, ph. à Sainte-Menehould (Marne).
Envoi gratuit sur demande Boîtes d'échantillons à MM. les Médec. qui désireraient les expérimenter.

7

CAPSULES VIDES LE HUBY

ENVELOPPES A MÉDICAMENTS
préparées par **CH. LE PERDRIEL**, 11, r. Milton.

Ces capsules permettent l'absorption facile et sans dégoût de tous les médicaments solides ou liquides.
Leur forme cylindro-sphérique les fait avaler sans peine.
Leur solidité est suffisante pour empêcher la rupture dans la bouche.
Leur grande solubilité dans l'estomac assure un effet immédiat.
Cinq numéros de capacités différentes.
MM. les docteurs recevront, sur leur demande, une boite d'échantillons assortis.

143

MÉDICAMENTS DIASTASÉS

du D[r] V. BAUD.

La préparation de ces produits consiste à mettre en jeu la vie végétale substituée aux manipulations incertaines du laboratoire, en assurant la pureté si précieuse de la diastase.
Faire absorber à des graines de cresson une solution titrée de *fer*, d'*arséniate* ou d'*iode* déterminer dans ces graines la production d'une abondante diastase par la germination, de façon que la solution médicamenteuse ainsi digérée par la graine devienne *diastasée* et surtout très *assimilable*, les propriétés offensantes de l'agent chimique ayant disparu.
Il ne reste plus qu'à enrober ces graines, qui forment le noyau d'une petite dragée, et le malade peut avaler le médicament dans son laboratoire, sans craindre de fatigue pour l'estomac ou l'intestin (2f,50 le flacon, février 85).
Paris, 22 et 19, rue Drouot.
Sur la demande du médecin, il sera envoyé un flacon échantillon.

D[r] V. Baud

6

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.
Boulevard Haussmann, 41, et principales ph[ies].

6

MIXTURE DU D[R] CELLIER

à base de teintures narcotiques, chloroforme pur et laurier-cerise. D'une action plus prompte, plus sûre que l'injection hypodermique (sans en avoir les inconvénients) dans les *névralgies dentaires, faciales*, sciatiques, migraines et toutes céphalalgies en général.
A Paris, Ph[ie] Centrale, 7, r. de Jouy; à Lyon, Ph[ie] FRANC, 17, r. Bodin, et toutes les ph[ies].

49

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).
Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.
Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.
Dépôt : Ph[ie] LEROY, 2, r. Daunou, et toutes ph[ies].

46

POUGUES EAU MINÉRALE ALCALINE GAZEUSE RECONSTITUANTE

Gastralgies. — Dyspepsies. — Gravelles.
Anémies. — Chloroses. — Convalescences.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.
Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : CINQ francs.
Vente au détail. — A Paris, 16, rué de Richelieu, pharmacie Lebrou.
Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.
Prix de la boîte : DEUX francs.
VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.
VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.
Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.
Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

35

DROGUERIE MÉDICINALE

Médaille d'or de l'École de Pharmacie de Paris.
RENAULT AINÉ ET PELLIOT
FOURNISSEURS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES,
26, Rue du Roi de Sicile, à Paris.

Maison spéciale pour la fourniture des produits pharmaceutiques aux médecins et aux hospices.

ARMOIRES-PHARMACIES
BREVETÉES S. G. D. G.
et
PHARMACIES PORTATIVES
Tarifs et notices sur demandes.
GRANDES FACILITÉS DE PAIEMENT.

39

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 5 francs par semaine.
GAZ, 0f,10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boite, 130 francs.
Ph[ie] LIMOUSIN ✱, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

79

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du D[r] Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).
S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

7

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE POITRINE.

SIROP & PATE PIERRE LAMOUROUX

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

L'état mental des spermatorrhéiques (1).

II

II. Avant d'aborder l'étude des phénomènes cérébraux qui doivent surtout nous occuper, je vous rappellerai brièvement dans quelles conditions la spermatorrhée se présente, comment elle s'établit, et quels sont enfin les symptômes du côté des divers organes qu'elle entraîne presque immédiatement à sa suite.

Un individu arrivé à l'âge de la puberté, chez lequel, durant l'enfance et l'adolescence, on a quelquefois relevé des troubles nerveux de différentes natures, des crises convulsives, par exemple, plus souvent de l'incontinence d'urine, est exposé, entre seize et vingt-cinq ans, aux petits accidents ou aux excès qui sont si fréquents à cette période de la vie. Il s'est adonné parfois avec une certaine persévérance à la fâcheuse passion de la masturbation, plus tard il a eu une ou plusieurs blennorrhagies. Advient un moment ou de loin en loin, la nuit, il a des pertes séminales qui, tout d'abord, n'affectent pas le caractère pathologique. Ces pertes se produisent à l'occasion d'un rêve. Elles s'accompagnent d'érection et de sensation voluptueuse, comme cela a lieu accidentellement chez les gens bien portants, surtout chez ceux qui, si je puis dire, abusent de la continence. Puis elles se répètent d'une façon régulière, trois, quatre fois par semaine d'abord, ensuite plus souvent. Bientôt elles n'exigent plus le concours des conditions qui tout d'abord les faisaient naître : elles ont lieu presque sans érection et sans déterminer le sentiment de plaisir qui au début les accompagnait. Le jeune homme s'aperçoit le matin que sa chemise est tachée, il se réveille un peu fatigué, avec la tête lourde. Jusque-là les choses étaient restées dans le domaine de la vie physiologique; le malade vient d'entrer de plain-pied dans la pathologie.

Mais la spermatorrhée va s'accusant de jour en jour davantage. Les pertes, qui antérieurement étaient exclusivement nocturnes, ont lieu maintenant pendant le jour. Il suffit, pour qu'elles se produisent, de la moindre excitation, d'un spectacle sensuel, d'une idée lubrique, du frôlement du pantalon, d'un attouchement accidentel. A un degré plus avancé, les causes occasionnelles ne sont même plus nécessaires et l'émission du sperme a lieu spontanément, au moment de la défécation ou à la suite de la miction. Les urines, surtout celles qui sont rendues les dernières, renferment alors de petits grumeaux blancs constitués par des amas de liquide séminal. Dès ce moment la spermatorrhée constitue un accident très fâcheux et le malade va tourner dans ce cercle vicieux auquel j'ai fait allusion plus haut : chez lui, la prédisposition nerveuse a suffi pour provoquer des pertes de semence fréquentes et anomales et les pertes séminales vont à leur tour exagérer les effets de cette prédisposition, par suite de l'affaiblissement qu'elles déterminent, de l'épuisement nerveux qu'elles provoquent, des préoccupations morales qu'elles engendrent. Alors le spermatorrhéique présente une physionomie bien à lui, dont il importe d'esquisser les traits dans leur ensemble, avant de les étudier par le menu.

Ordinairement fatigués et alanguis, les malades ont le regard terne et vague, l'imagination sans cesse inquiète. Ils se plaignent de palpitations, d'une dyspnée intermittente revenant par accès, ou au contraire habituelle et presque continue. L'appétit peut rester bon ou bien il diminue; plus souvent il est accru : les malades ont cette sensation de faim exagérée qu'accusent certains dyspeptiques. Les digestions se font mal; elles sont languissantes. Il y a des crampes, des tiraillements d'estomac, un sentiment habituel de défaillance. Puis les spermatorrhéiques en viennent au dégoût des aliments; ils recherchent les mets épicés et excitants, qui sont de nature à stimuler d'une façon factice les fonctions stomachales ralenties. La dyspepsie va s'accentuant de plus belle et souvent amène à sa suite une fréquence plus grande des pertes séminales.

L'oppression, si jusque-là elle était restée accidentelle et passagère, devient continue; les malades ont une petite toux sèche, souvent tenace, à caractère de toux nerveuse.

Le spermatorrhéique devient assez vite froid et impuissant. Il n'a plus d'appétits sexuels. S'il lui arrive de tenter un rapprochement, l'éjaculation a lieu avant l'introduction du membre viril. L'impuissance entraîne nécessairement l'infécondité qui résulte aussi d'ailleurs de l'altération de la liqueur spermatique. En effet, l'examen microscopique démontre qu'à un moment donné, chez les spermatorrhéi-

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 mars 1885.

ques, le fluide séminal ne renferme plus d'animalcules ou que ceux qu'il contient sont altérés et mal conformés.

Tous ces troubles ne se produisent pas sans déterminer des modifications profondes de la santé générale. Les malades sont pâles, anémiques, et l'auscultation fait percevoir au niveau du cœur et des vaisseaux du cou les bruits de souffle qu'on perçoit d'ordinaire chez les chlorotiques. La température centrale s'abaisse. Le spermatorrhéique a aisément froid et il est obligé de se vêtir plus que d'ordinaire.

En même temps se développe l'affaiblissement musculaire, qui va en s'accentuant chaque jour. Tout effort devient pénible. La marche elle-même est lente et incertaine. La parole s'altère à mesure que les mouvements de la langue ont moins d'activité et de précision. Dans beaucoup de cas, il y a plus d'irrégularité, plus de désordre que de faiblesse dans les fonctions du système musculaire : on observe des tremblements involontaires, ou du moins de l'instabilité dans tous les mouvements, un défaut de correction qui les rend très maladroits. Toute contraction un peu prolongée amène une agitation dont les malades ne sont plus maîtres. Ces tremblements pourraient être assez accusés pour simuler ceux qu'on rencontre chez les individus intoxiqués par le mercure ou atteints de delirium tremens.

La sensibilité (générale et spéciale) est aussi fréquemment atteinte. Les malades éprouvent des sensations pathologiques variées sur différents points du corps, un sentiment de chaleur, de froid ou de fourmillement qui siège au niveau des membres, plus souvent de la colonne vertébrale, et des douleurs quelquefois vives à la région lombaire. Il y a rarement de l'anesthésie vraie, complète; mais on relève souvent une diminution de l'acuité tactile ou de la sensibilité à la douleur, particulièrement aux extrémités. Il semble quelquefois aux malades qu'une gaze est interposée entre la pulpe des doigts et la surface des objets. L'anesthésie change d'ailleurs de caractère et de siège d'un jour à l'autre.

Du côté des sens, spécialement de la vue et de l'ouïe, on note aussi fréquemment des troubles. L'ouïe a moins de finesse qu'à l'état normal. Les spermatorrhéiques entendent des bruits sourds qu'ils comparent à des sifflements, à des bourdonnements, à des roulements de tambour, au bruit produit par un moulin ou une cascade. Ils sentent au niveau de la tempe les artères qui battent. Des troubles analogues se rencontrent, vous le savez, chez divers hypocondriaques.

L'acuité visuelle diminue. La vue se fatigue vite, les petits objets sont appréciés avec moins de netteté. Il semble qu'ils vacillent. Le champ visuel est parcouru par des mouches volantes, des fils, des points mobiles. La lumière vive est difficilement supportée. Elle détermine de l'éblouissement. Il y a parfois une véritable photophobie qui s'accompagne presque toujours d'une dilatation très accusée de la pupille. Tous ces troubles sont d'ailleurs variables, changent de nature facilement, se modifient d'un instant à l'autre. Dans quelques cas, on aurait vu se produire une véritable amaurose. Le fait est assez rare.

III. — Parallèlement aux symptômes dont je viens de parler et dont je n'ai fait qu'esquisser la description, il en est d'autres plus intéressants encore à étudier que les précédents et sur lesquels je voudrais quelques instants m'appesantir. Je fais allusion aux troubles *psychiques* et à quelques autres que je crois devoir rapprocher de ces derniers pour la commodité de la description : la céphalalgie et la modification du sommeil.

Les spermatorrhéiques se plaignent souvent d'une *céphalalgie* opiniâtre et tenace, habituelle sinon continue, et qui suit des caractères analogues à ceux qu'affecte la céphalalgie chez les vulgaires neurasthéniques. Elle se traduit par un sentiment de pesanteur au niveau du front et de la nuque, par une sorte de sentiment de constriction autour de la tête. Pour peindre leurs souffrances, les malades ont recours aux expressions et aux métaphores les plus variées. Il leur semble tantôt qu'ils sont coiffés d'un casque de plomb, tantôt que la tête est vide, que le cerveau ballotte, qu'il est racorni, desséché. D'autres fois il s'agit de douleurs contusives mobiles et vagues, plus rarement de véritables douleurs lancinantes. Ces sensations pénibles sont d'habitude diurnes. Mais quelquefois elles persistent durant la nuit. Souvent elles ont leur maximum d'intensité le matin au réveil, surtout quand le sommeil a été insuffisant et agité, ou bien elles sont plus vives après le repas et paraissent alors exaspérées, sinon déterminées, par des digestions défectueuses. Il n'est pas très rare de les voir s'accompagner de vertiges, d'obnubilation passagère des sens. Tous ces phénomènes sont provoqués ou accentués par les travaux intellectuels et les exercices qui réclament une certaine contention d'esprit.

En général, les malades atteints de pertes séminales dorment mal. Le *sommeil*, lorsqu'il a lieu, est peu réparateur, agité par des rêves et des cauchemars, interrompu par des pollutions. Quelquefois on a affaire à une insomnie tenace; après quelques heures d'un repos incomplet, les malades se réveillent pour ne plus se rendormir. Le silence et l'obscurité de la nuit aidant, ils réfléchissent au caractère pénible de leur situation qu'ils n'ont que trop de tendance à exagérer; ils se laissent aller à leurs idées sombres et mélancoliques. Aussi, lorsqu'arrive le matin, sont-ils harassés de fatigue; ils ont peine à quitter le lit, et, dans la journée, sont envahis par un état de somnolence contre lequel ils luttent avec difficulté. Chez les individus affectés de spermatorrhée depuis longtemps ou chez lesquels les désordres nerveux se sont rapidement accentués, ces troubles du sommeil constituent une véritable obsession. « D'après les détails dans lesquels sont entrés avec moi tous ceux qui ont éprouvé ces tortures (les tortures de l'insomnie), dit Lallemand, rien n'est affreux comme ces longues nuits sans sommeil, remplies des pensées les plus sinistres; aussi n'est-ce qu'avec effroi qu'ils voient approcher l'heure où tout rentre dans le repos. Quelques-uns sont obligés d'avoir près d'eux une personne de confiance pour les réveiller pendant leurs cauchemars ou pour les rassurer contre les craintes puériles qui les assiègent dès qu'ils se trouvent dans la solitude et l'obscurité; ou bien encore pour les préserver de l'entraînement qui les pousse alors au suicide. D'autres renoncent entièrement à se coucher : ce sont principalement ceux qui redoutent des pollutions nocturnes; tantôt assis, tantôt marchant à grands pas, ils s'assoupissent çà et là quand la fatigue les accable; d'autres sortent quand ils sont certains de ne plus rencontrer personne; ils errent sans but déterminé, uniquement parce qu'ils ne peuvent rester en place, et ne rentrent chez eux que lorsqu'ils n'ont plus la force de se soutenir; il en est qui ont changé plusieurs fois de logement plutôt que de renoncer à ces déambulations nocturnes mal interprétées et plus mal supportées par leurs voisins. On peut juger par tous ces détails des angoisses que doivent leur causer ces cruelles insomnies. »

HOPITAL DE NANCY. — M. WEISS.

Pied bot équin accidentel; ablation de l'astragale; guérison.

Depuis l'époque où M. Eugène Bœckel (de Strasbourg) a présenté à la Société de chirurgie son important mémoire sur l'ablation de l'astragale dans les *pieds bots varus congénitaux invétérés*, c'est à peine si quelques opérations du même genre ont été pratiquées en France (Lucas-Championnière, Ollier, Gross).

La défaveur qui a frappé, à juste titre, selon moi, les procédés de tarsotomie antérieure, ne paraît pas peu avoir contribué à modérer l'enthousiasme des chirurgiens français pour cette opération nouvelle, dite tarsotomie postérieure, qu'à l'étranger, au contraire, on a accueillie avec le plus grand empressement, ainsi que l'a prouvé la discussion qui a eu lieu à ce sujet au congrès de Copenhague.

Sans avoir la prétention de résoudre d'une façon définitive une question encore aussi discutée, j'estime que l'ablation de l'astragale, dans le traitement des pieds bots anciens, est une opération appelée à un grand avenir, et que nous devons savoir le plus grand gré à l'éminent chirurgien de Strasbourg d'avoir montré tout le parti que l'on peut en tirer. Ses recherches ont été récemment corroborées par M. le professeur Gross (de Nancy), dans un travail qui a été présenté à la Société médicale de cette ville, et qui, à côté de l'historique de la question, contient plusieurs documents inédits du plus vif intérêt. Je puis y joindre l'observation suivante, qui confirme entièrement la valeur de cette opération, en tant que moyen de redresser le pied et d'assurer la marche plantaire :

W... (Charles), âgé de dix-huit ans, entre, le 23 mars 1884, à l'hôpital civil de Nancy, salle n° 3, lit n° 13. Il est atteint d'un double pied bot, dont l'origine accidentelle ne laisse aucun doute. En effet, jusqu'à l'âge de trois ans, il n'a présenté aucun trouble de la locomotion ; ce n'est qu'à partir de cette époque, et à la suite de douleurs lombaires (dues vraisemblablement à une myélite atrophique), que sa marche est devenue défectueuse. Il ne peut, du reste, nous renseigner d'une façon précise sur les accidents qui ont marqué le début de son affection, et il tend à attribuer la déviation de ses pieds à un traumatisme, dont il a été victime au même moment.

Quoi qu'il en soit de l'étiologie de la difformité, W... se présente avec un double pied bot équin : l'un gauche à peine appréciable, l'autre droit extrêmement accusé. En analysant de plus près les symptômes qui caractérisent son état, on remarque les particularités suivantes :

1° *Côté droit.* — Le malade marche en boitant de la jambe droite, qui n'appuie sur le sol que la pointe du pied. Celui-ci est dans une extension forcée, position qui ne varie pas, quelque effort que l'on déploie pour la modifier. Le poids du corps porte tout entier sur la tête des métatarsiens, les orteils étant eux-mêmes en extension forcée sur le métatarse. L'avant-pied est en flexion plantaire sur l'arrière-pied, et forme avec lui une ligne brisée, présentant une coudure brusque, au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne. Cette coudure est très accusée en dedans, moins marquée en dehors. Sur le dos du pied, en avant de la malléole externe, on sent une saillie manifestement formée par la poulie astragalienne, énucléée en quelque sorte de sa mortaise. Cependant il n'existe pas d'ankylose tibio-tarsienne, ainsi qu'on peut s'en assurer, en imprimant de légers mouvements à cette articulation. Le membre est atrophié en totalité, et paraît plus court que celui du côté opposé ; mais cette différence de longueur est moindre en réalité qu'elle ne le paraît, le bassin ayant subi un mouvement d'ascension de ce côté.

2° *Côté gauche.* — Le pied gauche est également en équinisme, mais cette attitude se corrige naturellement, dès que le malade pose le pied par terre ; en somme, la difformité est peu marquée, et ne paraît pas gêner beaucoup la marche.

Il n'en est pas de même de celle du côté droit, qui rend la progression non seulement disgracieuse, mais très difficile ; ce jeune garçon ne peut, en effet, marcher qu'avec une canne, et il a l'air absolument contrefait. Néanmoins tous ses muscles répondent à l'électricité ; il n'y a actuellement aucune paralysie, mais seulement une rétraction des extenseurs du pied et de l'aponévrose plantaire. De plus, on peut être certain qu'en raison de l'ancienneté de la lésion, il existe une déformation secondaire du squelette du pied droit, ce qui n'est en aucune façon à redouter pour celui du côté gauche.

Le 3 avril, je pratique, sans trop compter sur un résultat, la ténotomie du tendon d'Achille et la section de l'aponévrose plantaire du côté droit ; la difformité reste absolument irréductible, malgré toutes les tentatives de redressement, et il faut bien se convaincre qu'une opération radicale seule a quelque chance de ramener le pied à une forme plus normale.

Le 2 mai, je me décide à entreprendre l'extirpation de l'astragale, en suivant les préceptes formulés par M. Eugène Bœckel. A cet effet, je pratique une incision de 10 centimètres, partant de l'interligne péronéo-tibial inférieur et descendant verticalement en bas, presque sur le dos du pied. Cette incision me conduit sur la poulie astragalienne, qui a presque complètement quitté la mortaise et n'est plus en contact avec elle que par son bord postérieur. Avec le bistouri, d'une part, le ciseau, de l'autre, je dénude successivement les diverses faces de cet os et le sépare de ses connexions avec les parties voisines. La pince d'Ollier, implantée dans la tête de l'astragale, me permet de l'attirer petit à petit en dehors, et finalement de l'extraire sans trop de difficultés. A ce moment, je constate que le pied peut être ramené à angle droit sur la jambe, et que l'avant-pied se redresse facilement ; il me paraît inutile d'enlever les malléoles, qui n'opposent aucun obstacle à la réduction.

La plaie désinfectée avec l'acide phénique à 1/20ᵉ, et la bande d'Esmarch enlevée, je passe au pansement qui consiste dans l'application de l'appareil ouaté d'Alphonse Guérin. Le pied est placé bien à angle droit, et la plaie laissée ouverte, sans suture ni drainage.

Température : soir, 37°,4. Le malade a éprouvé dans la journée d'assez vives douleurs, que calme une injection de morphine.

4 mai. — Température : matin, 36°,8 ; soir, 37°,8.

5 mai. — Les douleurs ont reparu dans le pied ; cependant l'état général est satisfaisant et la fièvre modérée.

Température : matin, 37°,8 ; soir, 38°,2.

6 mai. — Un peu d'agitation, mais plus de douleurs.

Température : matin, 38 degrés ; soir, 39 degrés.

Les jours suivants, l'état du malade s'améliore très notablement, bien que la température oscille entre 38 et 39 degrés.

9 mai. — Le thermomètre descend à 37°,6 le matin, et 38°,4 le soir.

14 mai. — Premier pansement. Je constate que l'appareil ne renferme que peu de pus, et que la plaie a bon aspect ; le pied est en bonne position et déjà en voie de se fixer à la jambe. Le pansement de Guérin est renouvelé.

Les jours suivants, la situation est des plus satisfaisants. La température oscille entre 37 et 38 degrés.

8 juin. — Deuxième pansement. Il y a du pus en assez grande abondance, mais il n'a pas d'odeur. La plaie est très rétrécie et réduite à une surface superficielle. Le membre est placé sur une attelle à pédale de E. Bœckel et pansé avec une compresse phéniquée, que l'on renouvelle tous les deux jours.

17 juin. — La plaie est presque cicatrisée ; il n'y a plus qu'une fistule, qui suppure encore, mais peu abondamment. Le pied est mis dans une gouttière plâtrée et pansé tous les jours.

1er juillet. — Le malade commence à marcher avec des béquilles et à poser le pied par terre. La fistule persiste encore ; elle demeure ainsi sans se modifier pendant tout le mois de juillet.

1er août. — J'enlève l'appareil plâtré, pour imprimer au pied quelques mouvements ; je constate une mobilité de l'articulation tibio-calcanéenne. La fistulette s'est fermée sous une croûte. Je prescris au malade de continuer à marcher, afin d'augmenter graduellement l'étendue des mouvements.

L'apparition d'une hydarthrose du genou correspondant retarde sa sortie du service jusqu'au mois de septembre, époque à laquelle il quitte l'hôpital dans l'état suivant :

Le pied est à angle droit sur la jambe ; sa forme est très convenablement restituée. La coudure brusque de l'avant-pied a disparu, et le pied pose à plat sur le sol dans toute son étendue. La base de sustentation du corps se trouve donc très avantageusement modifiée. La saillie dorsale n'existe plus par suite de l'ablation de l'astragale ; à sa place existe une cicatrice déprimée, adhérente et en parfait état. Les fonctions du membre ont reparu dans des proportions véritablement surprenantes ; l'articulation tibio-calcanéenne jouit de mouvements étendus, qui rendent la marche très facile. Celle-ci s'exécute sans *appareil spécial,* avec une simple chaussure que j'ai fait munir d'une semelle de liège pour rehausser le pied. L'abaissement du bassin contre-balance, du reste, suffisamment la diminution de longueur du membre, résultant de la maladie initiale et de l'extraction de l'astragale. Le malade est enchanté de son état, et a pu reprendre ses occupations.

Il a été revu le 1er mars 1885 ; son état est toujours parfaitement satisfaisant et la guérison s'est absolument maintenue.

Dans l'observation précédente, il s'agit non pas d'un pied bot varus congénital, comme dans les cas de M. Bœckel, mais d'un pied bot équin accidentel, où l'ablation de l'astragale a néanmoins donné un bon résultat ; il n'y a pas lieu de s'étonner du succès, si l'on songe que, dans les pieds bots acquis invétérés, la déformation des os, et notamment celle de l'astragale, existe toujours à un moment donné et constitue souvent l'obstacle principal à la réduction de la difformité.

Voici, du reste, très sommairement, et d'après les faits que j'ai pu observer dans les services de MM. Bœckel et Gross, l'opinion que je me suis faite sur la valeur opératoire et thérapeutique de la ténotomie postérieure dans le traitement des pieds bots :

a) Au point de vue opératoire, l'ablation de l'astragale n'est pas une opération grave ; pour ne parler que de l'hôpital de Nancy, elle y a été pratiquée six fois dans les deux dernières années, quatre fois par M. Gross et deux fois par moi, sans aucun accident. La bénignité de l'opération s'explique assez aisément par la simplicité relative du traumatisme opératoire, qui, au lieu d'entamer la plupart des os et des articulations du pied comme lorsqu'il s'agit de la tarsotomie antérieure totale, n'ouvre largement que les articulations de l'arrière-pied et permet un écoulement facile des liquides.

b) Au point de vue thérapeutique, l'ablation de l'astragale donne des résultats très satisfaisants sur un pied normalement constitué ; le raccourcissement en hauteur est peu considérable, beaucoup moindre qu'on pourrait le croire, et le pied conserve sa longueur ; même s'il se produit une ankylose tibio-calcanéenne, la marche s'exécute encore d'une façon très convenable, ainsi que j'ai eu l'occasion de l'observer sur l'un de mes malades, que j'ai opéré pour une luxation irréductible de cet os.

A priori, la tarsotomie postérieure, dans les cas de pieds bots, est donc préférable à la tarsotomie antérieure cunéiforme, qui non seulement est plus dangereuse, mais encore a le grave inconvénient de modifier profondément la forme et les dimensions du pied. En réalité, voici ce qu'on observe : l'ablation de l'astragale permet de ramener le pied à angle droit sur la jambe ; en d'autres termes, elle corrige complètement l'*équinisme*, que celui-ci porte sur la totalité ou sur la partie antérieure du pied. Dans un très grand nombre de cas, le *varus* qui le complique, ou qui même forme la déviation principale, est lui-même entièrement redressé ; mais, souvent aussi, on se trouve forcé d'enlever la malléole externe ou même de réséquer une portion de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, pour corriger complètement cette dernière attitude. La résection calcanéo-cuboïdienne complique sans doute l'opération principale, mais elle est indispensable, si l'on désire ramener le pied dans la rectitude complète ; il suffira, en pareil cas, de faire tomber une incision perpendiculaire sur l'incision principale, et de tailler avec le ciseau un coin aux dépens du calcanéum et du cuboïde, en prenant soin de ne pas dépasser en dedans les limites de l'articulation.

D'après ces données, la tarsotomie postérieure avec ou sans opération complémentaire est indiquée dans les pieds bots *congénitaux* varus, équins, varus équins, où les moyens de traitement habituels ont échoué, ou bien n'ont pas été employés ; elle ne doit donc pas être exécutée pendant les premières années de l'existence, alors qu'on peut toujours espérer un redressement du pied par la ténotomie et l'emploi des appareils.

Dans les pieds bots *acquis*, elle ne peut être mise en question que très tardivement, alors que les déformations osseuses secondaires auront eu le temps de se produire et constitueront l'obstacle à la réduction de la difformité. Il faudra, avant d'y procéder, s'enquérir de l'état du système musculaire, pour ne pas faire une opération qui n'aurait aucune raison d'être dans les cas de paralysie totale des muscles de la jambe. Si quelques muscles étaient encore intacts, l'ablation de l'astragale ne serait légitime que dans les cas où l'on pourrait espérer voir les mouvements du pied s'exercer dans des limites convenables. Peut-être, en pareil cas, serait-il indiqué de favoriser l'ankylose tibio-calcanéenne, afin de prévenir toute déviation secondaire et de fixer définitivement le pied à angle droit sur la jambe.

Le redressement du pied doit toujours être *complet et immédiat* au moment de l'opération ; on ne doit pas compter sur le redressement secondaire à l'aide des appareils ; aussi convient-il, si l'ablation simple de l'astragale ne suffit pas à corriger la difformité, de recourir séance tenante aux opérations complémentaires dont j'ai parlé plus haut.

De tous les pansements antiseptiques, l'appareil ouaté de M. Alphonse Guérin est celui qui me paraît le plus simple et le mieux approprié au but à atteindre ; il assure, en effet, l'asepsie, l'immobilité, le redressement du membre, et il constitue en outre un pansement rare, ce qui n'est pas à dédaigner, surtout chez les enfants. D'après les dernières expériences que j'ai faites à l'hôpital de Nancy, on se trouve bien de l'associer à la gaze iodoformée, qui constitue certainement l'une des meilleures préparations antiseptiques que l'on puisse employer.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 mars 1885. — Présidence de M. d'Arsonval.

COMMUNICATIONS

Salicylate de méthyle. — M. RABUTEAU a étudié un nouvel éther, le salicylate de méthyle. Il est obtenu en traitant l'alcool méthylique par l'acide salicylique et l'acide sulfurique ou bien le salicylate de soude et l'acide sulfurique. Son odeur est très agréable. Il est insoluble dans l'eau. Ce n'est pas un éther complet; c'est le salicylate de méthyle monométhylé. Il est presque acide; il peut, avec des bases, former des sels.

Voici le résultat des expériences que M. Rabuteau a faites sur les animaux : plaçant un cochon d'Inde et une grenouille sous une cloche dans laquelle se trouve une éponge imbibée de cet éther, on constate que la grenouille s'anesthésie très lentement; quant au cochon d'Inde, il n'éprouve rien de particulier. Une injection sous-cutanée de 1 gramme de salicylate de méthyle n'anesthésie pas le cochon d'Inde comme le fait l'éther acétique. Toutefois, si l'on injecte une plus grande quantité et qu'on place ensuite l'animal sous la cloche saturée de vapeurs de cet éther, on finit par obtenir une légère anesthésie.

Cocaïne. — M. BROWN-SÉQUARD a fait une série d'expériences qui semblent montrer que c'est par une action d'irritation sur les nerfs périphériques qu'agit la cocaïne. Il a répété sur le larynx les mêmes expériences avec la cocaïne qu'avec le chloroforme, l'acide carbonique, etc., et il est arrivé aux mêmes résultats. Chez les animaux ayant subi cette irritation, il a trouvé, après la mort, 42 et 44 degrés. On sait d'ailleurs que les convulsions exagèrent de même la température. Chez les animaux ayant été soumis de cette façon à la cocaïne, on constate le phénomène de roulement, de tournoiement, du côté opposé à celui où a été faite la lésion.

Ayant pris un chien du poids de 8 kilogrammes, et ayant injecté sur son larynx 3 centigrammes d'une solution de cocaïne, deux minutes après il était devenu analgésique : de nouvelles plaies faites au cou deviennent insensibles.

M. FRANCK dépose, de la part de M. Charpentier (de Nancy), une nouvelle note sur la cocaïne. Il a reconnu que c'était un poison violent pour les infusoires à chlorophylle.

Triplopie. — M. SCHERNING présente une malade atteinte de strabisme divergent alternant. Elle voit presque toujours des images doubles et ordinairement des images doubles croisées assez distantes en conformité avec la déviation de l'œil strabique.

Mais, dans certaines circonstances, elle a ce qu'on a appelé la projection perverse, c'est-à-dire qu'elle accuse des images doubles directes tout en maintenant la divergence des yeux. Quelquefois elle a les deux sortes de projection en même temps, ce qui produit une triplopie assez singulière.

M. Scherning a voulu seulement montrer ce cas pour que l'on puisse vérifier des faits sur l'explication desquels il se réserve de revenir ultérieurement.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire. — M. FRANCK présente un chien chez lequel on perçoit, à l'auscultation, dans la région correspondant à la base du cœur, une sensation de thrill des plus nettes et un souffle franchement systolique. Ce chien n'a pas été jusqu'ici malade. M. Franck a rencontré trois exemples analogues chez l'homme. Il pense qu'il s'agit, dans ces cas, d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire.

ÉLECTION

M. CHARPENTIER (de Nancy) est élu membre correspondant national.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 mars 1885. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATIONS

Vaccinations. — M. BUCQUOY communique une note de M. le docteur Debout, médecin-major dans un régiment d'artillerie, venant à l'appui de cette opinion, récemment émise par M. Bucquoy, que le vaccin pris sur les adultes revaccinés donne de meilleurs résultats qu'on n'a coutume de le croire. Voici, par exemple, les résultats obtenus par M. Debout, dans ses dernières vaccinations :

Le 28 janvier, avec du vaccin pris sur deux jeunes enfants de six et huit mois, il pratique 117 revaccinations, sur lesquelles il obtient 78 succès et 39 insuccès.

Le 5 février, avec du vaccin pris sur deux enfants de quatre à six mois, il fait 102 revaccinations : 59 succès, 43 insuccès.

Enfin le 6 février, avec du vaccin pris sur 4 adultes revaccinés, 65 revaccinations : 16 succès, 49 insuccès.

M. RICHARD signale un travail de M. le docteur Antony, médecin-major, qui, s'appuyant sur un grand nombre d'observations, a pour but de démontrer que les résultats obtenus avec du vaccin pris sur des adultes non vaccinés et même sur des adultes revaccinés sont très peu inférieurs à ceux que donne le vaccin d'enfant. Ainsi, tandis que ce dernier donne 76 p. 100 de succès, celui d'adultes non vaccinés donne 65 p. 100 et celui d'adultes revaccinés 60 p. 100.

Intoxication saturnine causée par la fabrication d'une braise artificielle. — M. VALLIN, à l'occasion des deux observations présentées dans la dernière séance par MM. Gérin-Roze et Duguet, rappelle qu'en 1876, M. Tanret a publié un travail dans lequel il démontrait qu'il existait dans les cendres de combustion de cette braise une quantité considérable d'acétate de plomb. En présence de faits semblables à ceux observés par MM. Duguet et Gérin-Roze et des résultats qu'avaient déjà donnés les recherches de M. Tanret, il y a lieu de se demander, dit M. Vallin, si la Société médicale des hôpitaux ne devrait pas intervenir auprès des autorités compétentes pour demander l'interdiction de la fabrication et de la vente de cette braise.

M. DUGUET dit que c'est chose faite et que M. Armand Gauthier est chargé par M. le préfet de police de faire une enquête et de lui présenter un rapport sur ce sujet.

Affections cancéreuses de l'œsophage et de l'estomac. — M. LACOMBE communique deux observations : Dans la première, il s'agit d'un homme de cinquante ans, qui vomissait à peu près tous les aliments qu'il prenait, sauf le bouillon et le lait. Pensant qu'il s'agissait d'un obstacle placé dans l'œsophage, M. Lacombe introduisit un cathéter avec une olive d'un centimètre de diamètre environ et trouva un obstacle infranchissable au niveau du bord supérieur du sternum. Prenant alors une olive d'un diamètre beaucoup plus petit, il put franchir l'obstacle, mais en sentant parfaitement un soubresaut aussi bien en introduisant qu'en retirant le cathéter. Après plusieurs jours de cathétérisme, il obtint une notable dilatation et put passer l'olive d'un centimètre de diamètre. Cette dilatation de la partie rétrécie avait été obtenue au grand avantage du malade qui pouvait beaucoup mieux s'alimenter. M. Lacombe pensait avoir affaire à un rétrécissement organique de l'œsophage et probablement à une néoplasie maligne. A la suite d'un cathétérisme, ce malade fut pris d'un grand frisson, d'une fièvre intense et de tous les caractères d'une septicémie aiguë; il accusait en même temps une douleur très vive dans la région sus-ombilicale. M. Lacombe se demanda s'il n'y avait pas eu une perforation par suite d'une fausse manœuvre. Le malade ayant succombé trois ou quatre jours après l'apparition de ces accidents, l'autopsie permit de constater l'intégrité absolue de l'œsophage; il n'y avait pas la moindre érosion. Mais la cavité péritonéale était remplie de pus, et il y avait une vaste ulcération végétante sur la muqueuse de

l'estomac qui, à ce niveau, était singulièrement épaissie. En résumé, ce prétendu cancer de l'œsophage était un vaste cancer de l'estomac, et le malade a succombé à une péritonite.

Un mois plus tard, M. Lacombe avait l'occasion d'observer un autre cas analogue : Il s'agissait d'un homme de quarante et un ans, alcoolique, amaigri, émacié, vomissant tout depuis quatre ou cinq mois. M. Lacombe hésitait entre un cancer de l'estomac et une gastrite, quand il s'aperçut de l'existence d'un ganglion sus-claviculaire. Il porta, dès lors, le diagnostic de cancer. Ayant introduit un cathéter à olive moyenne, il trouva un petit obstacle au niveau du bord supérieur du sternum, cependant assez facile à franchir. Arrivée au niveau du cardia, l'olive ne pouvait pénétrer plus loin. Les olives les plus petites ne pouvaient pénétrer dans l'estomac. Ce malade fut nourri par des lavements nutritifs. Un instant, M. Lacombe pensa à une intervention chirurgicale, à une gastrostomie. Mais le malade mourut avant qu'il put s'entendre avec un chirurgien. L'autopsie montra l'existence d'une production de mauvaise nature dans l'œsophage, au niveau du bord supérieur du sternum. Au niveau du cardia, il n'y avait pas la moindre lésion et l'estomac était parfaitement sain.

M. Lacombe fait suivre ces deux faits de quelques réflexions. Dans ces deux cas, dit-il, il y a eu erreur de diagnostic, non pas sur la nature mais sur le siège de l'affection. Dans le premier cas, j'avais pris pour une stricture organique un simple œsophagisme. Cependant on ne constatait chez ce malade aucun des signes qui pouvaient faire penser à l'œsophagisme, tels que le jeune âge, l'état nerveux, l'apparition des accidents par accès, etc. Quels seraient donc les moyens qui, en pareil cas, pourraient permettre d'arriver à ce diagnostic? M. Lacombe, en présence d'un fait douteux de ce genre, avait recours à l'emploi de l'anesthésie par le chloroforme, au bromure de potassium, mais surtout et avant tout à l'acaloïde de la coca qui pourrait être en même temps un moyen de traitement.

Dans le second cas, il était indiqué, si le diagnostic avait pu être fait, de recourir à l'intervention chirurgicale, à la gastrostomie.

M. DAMASCHINO a appliqué la cocaïne au traitement du spasme œsophagien et en a tiré de très bons résultats.

M. GUYOT est frappé de voir que dans la première observation de M. Lacombe, la fièvre s'est allumée après un cathétérisme. Krishaber avait remarqué qu'en pareil cas c'était là un fait fréquent.

M. LACOMBE ne met pas en doute que la fièvre présentée par son malade était bien due à la péritonite.

Dégénérescence calcaire du cœur. — M. ALBERT ROBIN fait une communication sur ce sujet. Après avoir rappelé ce qu'en disent les auteurs, il communique l'observation suivante : Un homme de quatre-vingt-cinq ans, ayant toujours été bien portant et vigoureux, entre à l'hôpital pour une légère atteinte de diarrhée. Son cœur est examiné et ne présente rien de particulier ; il sort guéri trois jours plus tard. Une semaine environ après cet accident, il est pris d'hémiplégie et meurt en quelques jours. On trouve à l'autopsie un ramollissement de la protubérance.

Le cœur est surchargé de graisse. Sous la paroi ventriculaire gauche se trouve un revêtement ossiforme, les artères conservées sont calcifiées, l'aorte est athéromateuse. Enfin, on trouve tous les caractères d'une myocardite scléreuse hypertrophique. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est cette dégénérescence calcaire, si étendue, évidemment si ancienne déjà et qui n'a donné lieu à aucun symptôme appréciable. Cet homme est mort à quatre-vingt-cinq ans d'une lésion cérébrale tout à fait étrangère à cet état du cœur.

ÉLECTION

MM. Talamon, Braud et Ballet sont élus membres titulaires.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite de la nomination de M. Grancher à la chaire de clinique des Enfants-Assistés, les changements suivants ont eu lieu dans les services médicaux des hôpitaux :

M. Blachez passe de Cochin à Necker ; M. Gouraud, de Saint-Antoine à Cochin ; M. Hutinel, de Lourcine à Saint-Antoine ; M. Roques, du Bureau central à Lourcine.

— Des travaux importants vont être prochainement entrepris à l'hôpital Necker, pour la construction d'une crèche, et à l'hôpital Laennec pour l'installation de nouveaux réservoirs.

— Par décret, en date du 7 mars 1885, ont été nommés dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade d'aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Mercat, Hyvernat, Nercam, Fleurot, Portalier, Ducloux, Muleur, Turbert, Schmitt, Princeteau, Prévost et Denux.

— Par décision ministérielle, en date du 7 mars 1885, M. le pharmacien principal de deuxième classe Mullet est désigné pour l'hôpital Saint-Martin, à Paris.

— Par décision ministérielle, en date du 12 mars 1885, M. le médecin-major de deuxième classe Tixier, du 70e d'infanterie, a été désigné pour le 47e d'infanterie, par permutation avec M. Belhomme.

— MM. les médecins du XXe arrondissement de Paris sont informés que, le mercredi 8 avril 1885, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance. — Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

— M. le docteur Mangin est nommé médecin de l'état civil du XVIIe arrondissement de Paris.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Weill.

— M. le docteur Pierron est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Pont-à-Mousson.

— Nous apprenons la mort de M. le professeur Fr.-Théod. Frerichs, professeur de clinique médicale à l'Université de Berlin.

— L'administration du Muséum vient d'ouvrir, cours de la Baleine, une galerie provisoire de paléontologie, pour rassembler les squelettes des animaux fossiles les plus remarquables par leurs dimensions gigantesques ou les détails de leur conformation.

Cette galerie pourra être visitée entre une heure et quatre heures, du 18 au 31 mars. On trouvera des billets au siège de l'administration du Muséum, 57, rue Cuvier.

— La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse est autorisée à accepter le legs de 20000 francs que lui a fait Mme veuve Gaussail.

Cette somme sera consacrée à l'achat d'une inscription de rentes sur l'État français, qui portera l'origine des fonds et leur destination. Les revenus en seront affectés à la fondation d'un prix annuel sous la dénomination de « Prix de Mme Adrien Gaussail ».

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera le mercredi 18 mars, à quatre heures, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, son cours sur l'affection calculeuse, la lithotritie, et les différents procédés de taille, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17567.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

C'est une question encore bien obscure que celle qui touche aux conséquences physiologiques soit de la section, soit de la suture du nerf médian.

Après la section de ce nerf, alors même qu'il existe un écartement de plusieurs centimètres entre les deux tronçons, on voit parfois une sensibilité plus ou moins obtuse renaître sur toute la région où il se distribuait.

Nous en avons cité nous-même, entre autres exemples, celui d'un malade de M. Richet, chez lequel cette sensibilité de points innervés par un nerf médian divisé dans un traumatisme était manifeste fort peu d'heures après l'accident, et avait paru se développer graduellement, bien qu'il n'y eût aucun contact entre les bouts, séparés, du nerf.

Comment expliquer ce phénomène incontestable? On n'était pas d'accord sur ce point, en ce sens qu'admettant les uns et les autres des anastomoses nombreuses entre le nerf médian et les deux autres nerfs qui se distribuent à la main, les uns croyaient plutôt à un retour direct de la sensibilité par les anastomoses, où le courant nerveux aurait tout simplement suivi la direction normale; d'autres, à une marche rétrograde, pour ainsi dire, de ce courant, qui eût atteint les centres nerveux par des voies inaccoutumées. Cette dernière hypothèse présentait l'avantage de faire mieux comprendre comment toute sensibilité avait paru d'abord, au moment de l'accident, complètement abolie sur des points où, un peu plus tard, on la retrouvait existante.

Quoi qu'il en fût, d'ailleurs, le fait n'en était pas moins digne d'attention.

Une quinzaine d'années plus tard, cette même question entra dans une phase nouvelle.

Cette fois il ne s'agissait plus de malades qui avaient recouvré, sans opération, sans rétablissement possible de la continuité nerveuse, la faculté de sentir sur des points paralysés d'abord.

Ceux qui étaient en question étaient restés paralysés durant un temps plus ou moins long, parfois très long, depuis l'accident. Non seulement ils avaient éprouvé une abolition des sensations, mais même des troubles trophiques. En examinant au microscope un morceau détaché de l'un des deux tronçons de leur nerf médian, on l'avait trouvé profondément dégénéré. Et cependant, après l'avivement des deux tronçons, après une suture, ils avaient presque subitement récupéré la faculté de sentir dans les doigts qui l'avaient perdue antérieurement.

Que s'était-il passé?

Le courant nerveux avait-il soudainement retrouvé sa voie à travers ces nerfs qui semblaient ne plus exister physiologiquement?

Ce fut l'explication de M. Tillaux, quand il observa deux faits de ce genre. C'est celle que reproduit aujourd'hui M. Surmay (de Ham), à propos d'une opération pratiquée par lui et qui fut suivie d'un même succès.

Mais les physiologistes et les histologistes tendent plutôt à croire que les anastomoses sont encore l'explication de ce qui s'est passé en cas pareil. L'opération n'aurait pas rétabli la continuité fonctionnelle du nerf médian; mais elle aurait eu pour résultat de produire une excitation qui aurait sensibilisé davantage ces anastomoses et les aurait rendues actives chez ces malades comme elles l'étaient devenues chez d'autres sans opération d'aucun genre.

Signalons, dans cette séance, une lecture fort intéressante de M. le professeur Laboulbène sur la transmission du choléra par les eaux d'alimentation.

Signalons aussi les résultats excellents que M. Terrillon a obtenus par la gastrotomie chez un jeune homme atteint d'un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.

HOTEL-DIEU. — M. TILLAUX.

Fracture du larynx; adénome de la face supérieure du voile du palais.

Avant de vous présenter l'histoire de la malade qui fera l'objet principal de cette leçon, je désire appeler votre attention sur un homme qui occupe le n° 10 de la salle Saint-Côme. Cet homme, âgé de quarante-trois ans, est atteint d'une affection extrêmement rare, et dont vous ne trouverez que des descriptions très succinctes dans vos livres classiques : *une fracture du larynx*. Vendredi dernier, il tomba de sa voiture, et la roue lui passa en écharpe sur le côté droit de la face et du cou, qui portent les traces évidentes de l'accident.

Le signe dont nous avons tout d'abord été frappé, c'est un

emphysème sous-cutané du creux sus-claviculaire droit et de la région pectorale du même côté. Il était tout naturel de penser à une fracture de côtes compliquée de blessure du poumon, mais un examen attentif de la cage thoracique nous a démontré que celle-ci était intacte. Nous avons alors songé au conduit laryngo-trachéal, et le malade nous a signalé la région du cartilage thyroïde comme étant le siège principal de la douleur.

Le palper de cette région nous a montré que les deux lames du cartilage thyroïde étaient écartées l'une de l'autre, et nous avons même réussi à les mobiliser l'une sur l'autre et à obtenir de la crépitation. Le doute n'était donc pas possible, le cartilage thyroïde était fracturé. La fracture occupe-t-elle la ligne médiane ou les côtés de cette ligne? Je ne pourrais le préciser d'une manière absolue, en raison du gonflement du cou; cependant il m'a semblé qu'elle siégeait un peu à droite, ce qui d'ailleurs est conforme aux recherches de Cavasse et de Rambaud.

Les cordes vocales étant forcément écartées l'une de l'autre, il en résulte une modification de la glotte, qui a déterminé la raucité de la voix d'abord, et ensuite de l'aphonie.

Le malade tousse fréquemment et expulse chaque fois des mucosités teintes de sang. La déglutition s'opère très péniblement, ce qui se conçoit puisque le larynx suit le mouvement ascensionnel du pharynx, et que tout mouvement du larynx est douloureux. Enfin j'ajoute que le malade présente une dyspnée intense; il ne respire qu'assis sur son lit. C'est surtout ce symptôme qui doit nous préoccuper, car il se pourrait qu'on fût obligé de recourir à la trachéotomie dans un bref délai. Notre malade est donc atteint d'une fracture du cartilage thyroïde, produite par pression latérale, ce qui d'ailleurs est le mécanisme habituel. Je vous tiendrai au courant de ce cas intéressant, et que j'observe pour la première fois.

La malade que nous opérerons est une femme âgée de quarante-neuf ans, qui a toujours joui d'une bonne santé. En 1870, elle fut affectée d'une tumeur lacrymale du côté droit, qui pendant onze ans resta à l'état chronique, puis s'enflamma, suppura, et se termina par une fistule qui persista deux mois et guérit sans traitement spécial. Depuis cette époque, la malade conserve néanmoins du larmoiement du côté droit. Si je signale ce fait, c'est qu'il est difficile de ne voir qu'une simple coïncidence entre cette affection des voies lacrymales et l'existence d'une tumeur de la fosse nasale occupant précisément le même côté; et cependant je ne saurais établir la relation précise qui existe entre ces deux maladies, puisque la région du canal nasal est libre.

Le premier signe de la maladie actuelle apparut il y a dix-huit mois. Ce fut un saignement de nez. Sans être abondantes, les épistaxis se renouvelèrent presque chaque jour et ont persisté jusqu'à aujourd'hui. Environ trois mois après, la malade s'aperçut qu'elle respirait difficilement par la narine droite, et enfin quatre mois plus tard, c'est-à-dire il y a environ un an, elle constata avec sa langue que le côté droit du voile du palais bombait légèrement vers la bouche. La saillie n'aurait pas sensiblement augmenté depuis cette époque.

Voici l'état actuel : Il n'existe rien d'appréciable à l'extérieur; les narines et le nez n'ont subi aucune déformation. L'examen au rhinoscope fournit peu de renseignements; tout au plus voit-on dans la profondeur des narines une surface grisâtre. Une sonde de femme introduite dans la narine droite pénètre jusqu'à la profondeur de 4 centimètres environ; elle est arrêtée en ce point et son contact détermine un écoulement de sang assez notable. La cloison n'est pas déviée.

Les principaux signes sont fournis par l'examen de la voûte palatine. La portion osseuse est normale, mais la portion molle, c'est-à-dire le voile du palais, est notablement déprimée du côté droit. Il existe là une tumeur lisse et régulière; au toucher, cette tumeur sentie à travers le voile est ferme, rénitente et immobile; remarquez qu'elle siège au niveau du bord adhérent du voile. En introduisant le doigt par derrière au-dessus de cet organe, on sent nettement que la tumeur fait corps avec lui et se continue avec une autre tumeur qui se dirige vers la voûte de la fosse nasale correspondante; le tout est immobile et ne paraît nullement pédiculé. La paroi postérieure du pharynx au niveau de l'apophyse basilaire est libre. Cette exploration assez pénible détermine un léger écoulement de sang.

La malade souffre peu dans la narine; elle y ressent seulement quelques élancements de temps en temps. Elle est tourmentée par de fréquents maux de tête qui occupent exclusivement le côté droit.

La narine droite étant complètement obstruée, la malade ne peut respirer de ce côté, et c'est ce dont elle se plaint le plus.

La sécrétion nasale paraît plutôt diminuée de ce côté; il n'existe aucun écoulement purulent par la narine.

La perception des odeurs a disparu du côté droit.

L'ouïe est absolument intacte à droite comme à gauche. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire. La santé générale n'est pas altérée.

Nous sommes donc en présence d'une tumeur occupant la moitié antérieure du voile du palais et le tiers postérieur environ de la narine droite, ce dont vous pouvez prendre une idée exacte sur la coupe des fosses nasales que je représente sur le tableau. Quelle est sa nature? La question n'est pas facile à résoudre, car il s'agit évidemment d'une tumeur insolite.

Je ne discuterai même pas l'hypothèse d'un polype naso-pharyngien, puisque le point de départ habituel de ces polypes, l'apophyse basilaire, est libre; d'ailleurs nous avons affaire à une femme de quarante-neuf ans, et ces tumeurs ne se développent que chez les jeunes garçons. Je laisse également de côté les polypes muqueux ou glandulaires des fosses nasales qui sont toujours pédiculés et souvent flottants dans la cavité.

S'agit-il de cette variété de polypes signalée par plusieurs chirurgiens, et en particulier par M. Panas, sous le nom de fibro-myxomes, polypes qui ont précisément pour siège l'orifice postérieur des fosses nasales? J'accepterais volontiers cette opinion si la tumeur ne faisait pas corps avec le voile du palais, mais les signes fournis par le toucher ne nous autorisent pas à l'admettre.

D'autre part, cette tumeur ne paraît pas avoir augmenté sensiblement de volume depuis un an; elle est presque indolente, occasionne plutôt de la gêne, n'a pas atteint le système ganglionnaire ni altéré la santé. J'en conclus qu'elle appartient à la classe des tumeurs bénignes, ce qui nous permet d'éliminer le cancer et même le sarcome. A quoi avons-nous donc affaire?

Nous avons dit que la tumeur fait corps avec le voile du

palais, c'est donc qu'elle a pris son point de départ dans l'épaisseur de cet organe. Or les tumeurs bénignes primitivement développées dans le voile du palais sont généralement des adénomes. Le raisonnement nous conduit donc à formuler le diagnostic suivant : adénome du voile du palais. Mais pourquoi cette tumeur, au lieu d'évoluer du côté de la cavité buccale, comme c'est l'usage, s'est-elle accrue du côté de la fosse nasale droite, au point d'en oblitérer complètement l'orifice postérieur? L'objection est à coup sûr sérieuse ; je crois cependant que l'anatomie nous permet d'en fournir l'explication.

Remarquez d'abord que la portion du voile atteinte est celle qui confine à la portion osseuse. Or cette portion contient dans son épaisseur l'aponévrose palatine, sur laquelle j'ai appelé spécialement l'attention. Cette aponévrose est si fortement tendue d'une apophyse ptérygoïde à l'autre, et si résistante, qu'elle paraît au toucher continuer la portion osseuse de la voûte.

Or rappelez-vous que, dans le voile du palais, il existe deux couches de glandes, l'une qui est au-dessus, l'autre qui est au-dessous de l'aponévrose palatine. Que la tumeur ait pris son point de départ dans la couche glandulaire supérieure, et l'on conçoit alors que, bridée en bas par l'aponévrose palatine, elle se soit développée en haut du côté des fosses nasales, où elle n'a rencontré aucune résistance. Je m'arrête donc au diagnostic suivant : adénome du voile du palais ayant pour point de départ la couche glandulaire supérieure.

En raison de ce diagnostic, le pronostic est favorable.

Nous pratiquerons l'opération suivante : le voile du palais sera fendu dans toute sa hauteur. Saisissant ensuite la tumeur avec une pince de Museux, nous tenterons de l'énucléer avec une rugine tranchante ou une curette. Peut-être serait-il nécessaire de modifier en route ce plan opératoire.

La malade a été opérée sans chloroforme, après insensibilisation du voile du palais avec la cocaïne. L'incision du voile n'a causé aucune douleur. Le doigt introduit dans la boutonnière palatine a pu tout de suite énucléer et amener au dehors la tumeur qui présentait bien les caractères d'un adénome.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Rhumatisme infectieux.

Nous avons perdu une de nos malades, celle qui était couchée au n° 16 de la salle des femmes. Elle a succombé au onzième jour de sa maladie, c'est-à-dire neuf jours après son arrivée à l'hôpital.

Quarante-huit heures avant son entrée, elle avait fait une fausse couche à sept mois, et au même moment elle avait été prise de douleurs dans les membres, dans les articulations. La perte de sang résultant de l'avortement avait été peu considérable.

Le lendemain, les douleurs persistaient; elles étaient localisées aux deux genoux et s'accompagnaient d'un certain gonflement. A son arrivée nous constations, en effet, une tuméfaction de ces deux articulations, et principalement du genou droit. Les rotules étaient soulevées par une certaine quantité de liquide épanché. Les pieds commençaient aussi à devenir douloureux, mais jusqu'alors les membres supérieurs étaient intacts.

Quant à la température, elle était, le soir de l'entrée de la malade, de 38°,4 ; mais il ne faut jamais se fier à la température du premier soir, que diverses circonstances ont pu modifier, et qui, en cette saison surtout, se trouve généralement abaissée de quelques dixièmes de degré, voire même davantage, par suite du déplacement et du transport des malades à l'hôpital. En effet, le lendemain matin, sans que l'état de cette femme se fût encore aggravé, nous trouvions 39°,8, et le soir 40°,6 ; enfin le troisième jour, le thermomètre marquait 40°,4, et le quatrième, sous l'influence de la médication, 39°,3.

Déjà l'arthrite avait gagné le cou-de-pied, et commençait à envahir le poignet droit et l'épaule gauche, tendant ainsi à se généraliser. Cependant l'état général de la malade n'était pas celui des rhumatisants aigus. Mais il est vrai que nous avions affaire à une Bretonne, et nous devons connaître ce principe très important que les gens réagissent selon leur nationalité. Ainsi, tandis que les Italiens, par exemple, ont une réaction prodigieuse, poussant des cris, s'agitant, se démenant, donnant à croire qu'ils sont sous l'influence d'accidents ataxiques, les Bretons, au contraire, présentent des phénomènes semblant tenir bien plutôt de l'adynamie, ils sont comme prostrés, résignés, et dans une sorte d'abattement beaucoup plus apparent, il est vrai, que réel, quoique sous ces apparences il se cache quelque réalité, le Breton étant vraiment plus facile à se déprimer.

Quoi qu'il en soit, l'arthrite prit bientôt un caractère spécial, notamment au poignet droit, où elle revêtit l'aspect d'une synovite avec cette rougeur violacée qui la caractérise, notamment lorsqu'elle vient à se compliquer d'infection purulente.

Or, chez notre malade, les lochies étaient devenues extrêmement fétides : ce que sachant, nous prescrivîmes immédiatement des lavages et des lotions phéniqués. Sous leur influence, elles reprirent leur aspect normal. D'ailleurs l'utérus ne présentait rien de particulier ; le ventre n'était ni tuméfié ni douloureux.

En résumé, à quelle affection avions-nous affaire? Un rhumatisme simple? Un rhumatisme infectieux? Nous ne trouvions rien d'une suppuration généralisée, point de variations brusques dans la température. Les urines contenaient un peu d'albumine ; elles étaient un peu noires, mais cette coloration était due aux lotions phéniquées, et non pas à la présence de quelque embolie rénale.

Nous avons examiné le cœur. Il n'existait aucun souffle, les bruits étaient normaux, un peu moins nets seulement, un peu assourdis à partir du sixième jour, et jusqu'à la fin de la maladie.

Dès les premiers jours, nous avons prescrit le salicylate à doses progressives, en commençant par 6 grammes et allant jusqu'à 8 grammes. La malade n'en a pour ainsi dire éprouvé aucun bénéfice, et la température continuant à s'élever, nous avons donné le sulfate de quinine à haute dose, également sans aucun succès ; le onzième jour elle atteignait 41°,2, et la malade succombait.

L'autopsie était importante ; elle a été faite, et nous a montré tout d'abord qu'il ne s'agissait nullement de suppuration généralisée. En effet, dans aucune des articulations malades, nous n'avons trouvé la moindre trace de pus, mais seulement de la sérosité. Nous n'avons trouvé, non plus, aucun infarctus.

Du côté du cœur, nous n'avons constaté qu'un peu d'endocardite commençante des valvules mitrale et aortique, c'est-à-dire un bourrelet rosé longeant le bord de la valvule et présentant une série de petites saillies très fines comme une rangée de petites dents de souris. L'altération était peu considérable encore, elle suffisait cependant pour expliquer l'assourdissement des bruits normaux du cœur.

Quant aux autres viscères, ils présentaient les lésions suivantes : Les deux poumons étaient fortement congestionnés surtout à la base, et remplis d'un liquide rougeâtre spumeux. Les reins étaient volumineux, un peu mous, fortement congestionnés aussi; la couche corticale était très épaissie, tuméfiée, rouge, et le siège d'une dégénérescence graisseuse, diffuse. La rate était également grosse, congestionnée, un peu ramollie. Le foie était volumineux, un peu congestionné, et présentait une dégénérescence graisseuse localisée à la périphérie des lobules.

D'autre part, la cavité utérine, largement ouverte, contenait un magma grisâtre putréfié; mais ses parois n'étaient le siège d'aucun abcès, d'aucune infiltration purulente.

En somme, nous trouvions une arthrite polyarticulaire simple avec endocardite commençante des valvules, congestion viscérale et commencement de dégénérescence graisseuse.

S'agissait-il d'un rhumatisme simple ou d'un rhumatisme spécial, infectieux, analogue à celui que M. Quinquaud a décrit il y a une douzaine d'années, et résultant de la pénétration dans l'économie de produits infectieux puisés dans un utérus malade ?

Chez notre malade, les phénomènes morbides présentaient quelques-uns des caractères généraux d'une maladie infectieuse, et cependant à ce diagnostic on pouvait faire deux objections : la première, c'est que l'endocardite valvulaire était à peine commençante ; la seconde, c'est que le rhumatisme n'avait pas été consécutif à la fausse couche, mais avait absolument coïncidé avec elle. Or le rhumatisme infectieux débute généralement au troisième jour de l'accouchement. Il n'était pas non plus infectieux au début, puisqu'à ce moment-là la cavité utérine n'était pas encore en contact avec l'air extérieur.

Mais nous savons qu'il y a une forme d'arthrite que l'accouchement peut provoquer, que le rhumatisme peut être déterminé par un ébranlement profond du système nerveux, par un traumatisme quelconque. Eh bien, en résumé, c'est ce qui nous paraît avoir eu lieu ici : le traumatisme a été la fausse couche. Cette femme a eu, du fait de sa fausse couche, un rhumatisme simple qui, par suite de certaines altérations utérines, — la fétidité des lochies, — a revêtu un caractère infectieux, caractère qui a persisté jusqu'à la fin et s'est terminé par la mort.

THÉRAPEUTIQUE

De la médication salicylée.

Par M. le Dr R. Desgranges.

Dans ces dernières années, l'attention du public médical a été appelée sur le salicylate de soude. On a constaté que ce médicament possédait une grande efficacité contre le rhumatisme articulaire aigu ou chronique, les nodosités d'Aberdeen et certaines affections goutteuses.

L'excellent travail du docteur Blachez, médecin des hôpitaux de Paris, auquel nous empruntons ces documents, est venu confirmer les résultats déjà énoncés (1).

« Persuadés, dit le docteur Blachez, en ce qui nous concerne, d'après des expériences déjà fort nombreuses, qu'aucune médication n'a eu jusqu'ici une prise aussi puissante sur les principaux symptômes du rhumatisme articulaire aigu, nous avons publié, dans un travail spécial, dix cas observés par nous et dans lesquels l'action du salicylate de soude s'est manifestée avec une telle netteté qu'il nous paraît impossible de la mettre en doute.

« Dans nos observations, l'action du salicylate a été suivie avec soin. On s'est assuré, par l'examen des urines pratiqué chaque jour, que les malades absorbaient régulièrement le médicament.

« Comme tous les autres médecins, nous avons rencontré quelques cas rebelles qui nous ont été expliqués par des conditions particulières; mais dans les cas francs de rhumatisme aigu ou subaigu, nous ne nous souvenons pas d'avoir constaté un insuccès complet de la médication.

« Les observations que nous avons recueillies suffisent à montrer l'action puissante du salicylate de soude dans le rhumatisme aigu. Il est impossible de ne pas reconnaître à ce médicament une influence que nul autre ne possède au même degré dans cette maladie. La rapidité avec laquelle, dans certains cas, les douleurs disparaissent et la fièvre tombe, a quelque chose qui surprend d'abord le médecin aussi bien que le malade. Les premières observations laissent quelque incertitude; on se croit en présence de faits exceptionnellement favorables. Mais ces faits se multiplient et la conviction s'établit et se fortifie chaque jour. Nous avons vu que les douleurs cessent quelquefois au bout de trente-six à quarante-huit heures; mais il est rare que l'amélioration se fasse attendre au delà du quatrième jour. Dès que l'on éprouve du soulagement, il faut bien se garder de cesser brusquement le salicylate; la médication doit être continuée pendant quelques jours encore et à doses décroissantes. »

Pour obtenir du salicylate de soude les bons résultats dont il vient d'être question, il importe de tâter la susceptibilité du malade et de commencer par administrer le salicylate de soude à doses relativement faibles : de 2 à 4 grammes chaque jour, par exemple, et, s'il est nécessaire, augmenter la dose progressivement.

La tolérance des malades est variable. Les uns n'ont pas l'air de s'apercevoir de l'action du médicament. Chez d'autres il provoque quelquefois des douleurs de tête et des bourdonnements. Comme dans toute médication, il y a, sous ce rapport, des différences tout individuelles.

Quelles que soient les circonstances dans lesquelles on se propose de prescrire le salicylate de soude, il importe d'avoir présentes à l'esprit les règles posées par M. le professeur Germain Sée pour son administration. (Académie de médecine, séance du 21 août 1877.) Pour employer le salicylate de soude, le meilleur moyen, c'est la solution; ce sel, non dissous, produit de l'irritation sur la membrane muqueuse de l'œsophage et de l'estomac; cette irritation peut être sûrement évitée si le médicament arrive dans les voies digestives à l'état de solution. Une autre condition indispensable, c'est la pureté du salicylate qui contient trop souvent une quantité d'acide phénique; c'est là un grand inconvénient qui se traduit par des nausées et un dégoût insurmontable.

En résumé, le salicylate de soude possède une efficacité incontestable et a donné d'excellents résultats toutes les fois qu'il a été possible d'administrer ce produit absolument pur.

La Solution Clin réunit les conditions voulues pour l'emploi de ce médicament : chaque cuillerée à bouche contient 2 grammes de salicylate de soude pur, chaque cuillerée à café en contient 50 centigrammes.

Cette Solution toujours incolore, *par conséquent exempte d'acide phénique*, et très exactement dosée, permet d'administrer *sûrement le salicylate de soude pur* et de varier les doses selon les indications qui se présentent.

(1) *Contribution à l'étude thérapeutique du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu*, par M. le docteur Blachez.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mars 1885.— Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La corespondance comprend :

1° Une lettre de M. Hallopeau qui se porte candidat pour la place vacante dans la section de thérapeutique,

2° Une lettre de M. Valin qui se porte candidat pour la place vacante dans la section d'hygiène.

LECTURE

Résection et suture du nerf médian, réunion immédiate et rétablissement des fonctions du nerf à l'exception de la sensibilité à la douleur et à la température. — M. Surmay (de Ham). A la suite d'une plaie transversale du poignet, la sensibilité sous toutes ses formes est complètement abolie dans la deuxième phalange du pouce, les deux dernières phalanges de l'index et du médius. Il existe une limitation appréciable des mouvements de flexion et d'extension des deux dernières phalanges de l'index et du médius. Six mois après l'accident, l'électricité n'ayant amené aucun résultat, le nerf est réséqué sur une longueur de 2 centimètres et il est trouvé augmenté de volume et de consistance en raison d'une hypertrophie du tissu du névrilème entre les faisceaux primitifs nerveux (hypertrophie que démontra l'examen histologique pratiqué par M. Robin). La suture des deux bouts du nerf fut faite avec le catgut phéniqué à fil perdu et la réunion immédiate s'ensuivit.

Vingt-quatre heures après, on constata le retour de la sensibilité générale et de la sensibilité tactile dans les parties qui les avaient perdues.

La sensibilité à la douleur et à la température reste abolie, sauf sur la moitié supérieure de la deuxième phalange de l'index et du médius. L'électricité employée de nouveau ne change rien aux résultats obtenus. La motilité de l'index et du médius a actuellement recouvré son intégrité à peu près complète, à l'exception de la dernière phalange de l'index qui reste en demi-flexion.

L'énergie contractile de la main est normale. L'opéré a repris son travail d'imprimeur et le fait aussi bien que ses camarades.

De tout ce qui précède il résulte donc :

1° Que la simple hypertrophie du tissu du névrilème entre les faisceaux primitifs nerveux, d'origine traumatique, peut déterminer l'abolition des fonctions d'un nerf;

2° Que, résection faite de la partie malade, la suture des deux bouts du nerf peut être suivie de réunion immédiate ;

3° Que cette réunion immédiate peut s'accompagner du rétablissement immédiat des fonctions du nerf;

4° Que, dans cette restauration des fonctions du nerf, la sensibilité générale, la sensibilité tactile, la sensibilité à la douleur et à la température, peuvent ne pas marcher de front, le retour de la sensibilité tactile, puis de la sensibilité générale et enfin de la sensibilité à la douleur, pouvant devancer celui de la sensibilité à la température.

ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre associé national. La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Desgranges (de Lyon).
En deuxième ligne, M. Durand-Fardel.
En troisième ligne, M. Denucé (de Bordeaux).

Le nombre des votants étant de 64, majorité 33,

M. Durand-Fardel obtient. . . . . . . 29 voix.
M. Desgranges. . . . . 24 —
M. Denucé. . . . . 11 —

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un second tour de scrutin.

Le nombre des votants étant de 62, majorité 32,

M. Durand-Fardel obtient. . . . . . . 34 voix.
M. Desgranges. . . . . 27 —
M. Denucé. . . . . 1 —

En conséquence, M. Durand-Fardel, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre associé national.

COMMUNICATION

Note sur l'importation et la propagation du choléra, en 1884, dans le canton d'Aspet (Haute-Garonne). — M. Laboulbène rappelle que, suivant une phrase de M. Marey, la souillure des eaux livrées à l'alimentation publique est la cause la plus intense de propagation du choléra. L'histoire de l'épidémie du canton d'Aspet, telle que l'ont tracée simultanément MM. les docteurs Sauné et Cazes, prouve la justesse de cette opinion.

L'épidémie cholérique a débuté brusquement à Milhas, commune du canton d'Aspet, le 4 juillet 1884. Elle frappa d'abord une femme dont le mari et les enfants étaient revenus de Marseille, après avoir été en contact avec des cholériques. Le mari avait été atteint de diarrhée. Des vêtements et des effets lui appartenant ou provenant de cholériques, avaient été lavés par cette femme et par une de ses filles dans un ruisseau qui traversait Milhas. Toutes deux moururent : la mère à Milhas même, la fille dans un village où elle était allée voir des parents.

La maison où cette famille habite à Milhas se trouve située tout contre un ruisseau qui se jette dans le Ger, qui traverse ensuite deux hameaux formant les faubourgs d'Aspet : Sarradère et Fontagnères, puis un autre hameau nommé Balayou.

Or tous les cas de choléra qu'on observa dans ce canton se déclarèrent le long de ce ruisseau ou de cette rivière, en aval par rapport à la maison de la première personne atteinte.

Du 21 juillet au 31 août, il y eut à Milhas 22 cas de choléra, 16 décès. De Milhas, le choléra atteignit Sarradère et y fit 3 victimes ; de là, Fontagnères, où il y eut 19 décès, sur une population de 300 habitants. Enfin le choléra se propagea encore en suivant le bord de l'eau jusqu'à la commune de Soueich, qui est située à 4 kilomètres en aval d'Aspet, c'est-à-dire à 8 kilomètres en aval de Milhas. Ce fut là qu'il s'éteignit vers la fin du mois d'août, après avoir encore frappé 22 personnes dont 11 moururent.

Les docteurs Sauné et Cazes sont d'accord pour faire remarquer que le choléra se propagea exclusivement le long de la rivière, respectant toutes les communes qui se servaient d'eau de source, ou qui étaient situées en amont de Milhas.

COMMISSIONS

M. le Président annonce que le conseil a désigné pour faire partie de la commission chargée d'étudier la question de la prophylaxie de la syphilis : MM. Léon Colin, Le Fort, Leroy de Méricourt, Bergeron, Ricord, Fournier ;

Et pour faire partie de la commission chargée d'étudier le mouvement de la population : MM. Blot, Roussel, Roger, Guéniot, Rochard, Lunier, Lagneau.

PRÉSENTATION D'OPÉRÉ

M. Terrillon présente un jeune malade sur lequel il a pratiqué la gastrotomie le 17 janvier dernier. Ce jeune homme, âgé de seize ans, avait avalé par mégarde une solution de potasse caustique le 10 mars 1882. Atteint depuis lors d'un rétrécissement de l'œsophage, qui devenait de plus en plus étroit, il en était venu à ne pouvoir plus même absorber de liquides. Depuis quatre jours, quand on l'opéra, il était complètement à jeun. Excessivement affaibli, il ne présentait plus qu'une température de 35 degrés. Le cathétérisme de l'œsophage, longtemps pratiqué avec succès antérieurement, était devenu impossible. On endormit le malade, et la gastrotomie fut pratiquée à un travers de doigt en dedans du bord du cartilage costal, près de l'extrémité de la dixième côte. Pour rechercher l'estomac, il fallut soulever le bord libre du foie. Deux gros fils métalliques servirent à fixer les parois de l'estomac aux angles de la paroi abdominale. Puis, l'estomac une fois ou-

vert, les bords de l'incision furent fixés de nouveau à la plaie abdominale pour consolider la réunion.

Une sonde en gomme rouge de moyen calibre, introduite dans la cavité de l'estomac, fut fixée à l'ouverture. Le soir même, l'alimentation se faisait dans d'excellentes conditions. Actuellement, le malade engraisse rapidement, puisqu'il a augmenté de 12 livres dans les quinze derniers jours.

M. Terrillon désire spécialement appeler l'attention sur les particularités suivantes :

1° Le bord inférieur du foie a été le meilleur guide pour traverser l'estomac fortement rétracté sous sa face antérieure ;

2° La difficulté a été très grande pour atteindre et attirer l'estomac au niveau de l'ouverture abdominale ;

3° Enfin on peut avoir l'espoir de rétablir complètement la perméabilité de l'œsophage (M. Terrillon est parvenu très récemment à y introduire une baleine), ce qui permettrait, en conservant la fistule stomacale, de nourrir plus complètement et plus normalement ce jeune malade.

(Renvoyé à une commission composée de MM. Alphonse Guérin, Verneuil et Perrin.)

RAPPORT

M. DEVILLIERS lit un rapport sur les mémoires adressés en 1883 à la commission d'hygiène de l'enfance.

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES

M. LE DENTU met sous les yeux de l'Académie un rein qu'il a enlevé samedi dernier pour mettre fin à des coliques néphrétiques horriblement douloureuses.

L'opéré était âgé de trente-neuf ans.

La résection de 4 centimètres de la douzième côte a été jugée nécessaire.

La portion excisée du rein a 16 centimètres de long; elle pèse 200 grammes; le tissu en est friable.

Les calices sont largement et irrégulièrement dilatés. Dans une loge de l'extrémité supérieure existent plusieurs grains d'un noir foncé. De la portion du rein laissée en place pour soutenir le pédicule, M. Le Dentu a extrait un petit calcul noir très adhérent. Jusqu'ici le malade va bien. Tout permet d'espérer la guérison.

LECTURE

M. COMBES lit un travail sur les altérations dentaires chez les morphiomanes.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le registre d'inscription des candidats du concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux de Paris est clos. Les candidats, au nombre de 50, sont :

MM. les docteurs Barié, Barthélemy, Béclère, Béringier, Bourcy, Brocq, Bruchet, Buzot, Capitan, Chantemesse, Chouppe, Comby, De Brun, Decaisne, De Gennes, Delpeuch, Dreyfous, Duplaix, Galliard, Gauchas, Gaucher, Giraudeau, Havage, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Jean, Josias, Juhel-Rénoy, Ledoux-Lebard, Leduc, Legendre, Leroux (Charles), Leroux (Marie), Liandier, Lorey, Lucas-Championnière, Luce, Marie, Martin, Martinet, Mathieu, Netter, Petit, Renault, Robert, Robin, Siredey, Stackler, Variot et Veil.

Le jury, sauf modifications, se composera de MM. Gombault, Tennesson, Desnos, Hanot, Audhoui, Hervieux, Millard, d'Heilly et Duplay.

— Le jury du concours qui s'ouvrira le lundi 23 mars 1885 pour la nomination à une place de prosecteur, se composera de MM. Béclard, président; Sappey, Guyon, Lannelongue et Duplay, uges titulaires, et de MM. Robin et Panas, juges suppléants.

— Par décret, en date du 14 mars 1885, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe : — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Vernet, Virlogeux, Bétugon, Rouvet, Reeb, Cadet, Bardel, Vivien, Tajasque, Bringer, Reymann et Apard.

— Par décrets, en date du 16 mars 1885, M. Boyer, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Montpellier, et M. Dumas, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants à ladite Faculté, sont nommés professeurs honoraires.

— Par décrets, en date du 16 mars 1885, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, de la Faculté de médecine de Montpellier, prend le titre de chaire de clinique obstétricale et de gynécologie.

M. Dumas (Léon), agrégé, est nommé professeur de clinique médicale et de gynécologie à la Faculté de médecine de Montpellier (chaire nouvelle).

— Par décret, en date du 16 mars 1885, M. Hautefeuille, docteur ès sciences, maître de conférences à l'École normale supérieure, est nommé professeur de minéralogie à la Faculté des sciences de Paris.

— Par décision ministérielle, M. Jannot, élève du service de santé militaire, a été nommé à l'emploi de médecin stagiaire au Val-de-Grâce, pour prendre rang du 11 mars 1885.

— *Hôpitaux de Paris.* — L'hôpital des Tournelles prend le nom d'hôpital Andral, et l'hôpital des Mariniers celui d'hôpital Broussais.

— L'Académie des sciences vient d'élire M. Hannover (de Copenhague) comme membre correspondant étranger dans la section de médecine et de chirurgie, par 41 voix contre 5 accordées à M. Lister (de Londres) et 3 à M. Panum (de Copenhague).

— M. le docteur Lugledic vient d'être élu député de l'arrondissement de La Flèche (Sarthe).

— La Société médico-pratique de Paris décernera en janvier 1886 un prix de 600 francs à l'auteur (docteur ou élève en médecine) du meilleur mémoire sur une question pratique médicale, chirurgicale ou obstétricale.

Pour être admis au concours, les mémoires devront être inédits, écrits en français, et être sans nom d'auteur ; ils porteront une épigraphe qui sera reproduite dans un pli cacheté contenant le nom et le domicile de l'auteur.

Sont seuls exclus du concours les membres titulaires de la Société.

Les manuscrits seront adressés *franco* au secrétaire général, 21, rue Cambacérès, à Paris, avant le 1er novembre 1885.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Raphaël Blanchard, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire d'histoire naturelle, le jeudi 19 mars 1885, à une heure de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

M. le docteur Peyrot, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe, le vendredi 20 mars 1885, à quatre heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

M. le professeur Damaschino commencera le cours de pathologie interne, le samedi 21 mars 1885, à trois heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

M. le professeur Regnaud commencera le cours de pharmacologie le samedi 21 mars 1885, à midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

M. le docteur Rendu, professeur agrégé, commencera le cours

auxiliaire de pathologie interne, le samedi 21 mars 1885, à cinq heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le lundi 23 mars 1885, à quatre heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

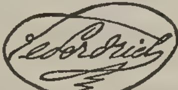
M. le professeur Hayem commencera le cours de thérapeutique et matière médicale, le lundi 23 mars, à cinq heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Apostoli commencera son cours d'électrothérapie et gynécologie, à l'École pratique, le mercredi 25 mars, à trois heures, pour le continuer les mercredis suivants à la même heure.

— Les conférences cliniques de M. Ernest Besnier, à l'hôpital Saint-Louis, sont interrompues jusqu'après les vacances de Pâques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17576.



Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, 20 mars 1885.

ICONOGRAPHIE PATHOLOGIQUE DE L'ŒUF HUMAIN FÉCONDÉ

Par M. le docteur MARTIN-SAINT-ANGE.

C'est toujours un réconfortant spectacle de voir des hommes que la Providence a favorisés de longs jours, arrivés à l'âge qui est pour le commun des autres hommes l'heure du repos et de la retraite, se remettre de plus belle au travail, soit pour compléter, soit pour reviser ou perfectionner l'œuvre de toute leur vie.

Il y a quelques années, nous faisions déjà cette remarque au sujet de la publication des *Œuvres de M. Jules Guérin;* l'année dernière, c'était M. Bouchardat qui publiait, avec des faits nouveaux et des vues plus larges, un gros volume sur le diabète, objet de ses recherches et de ses études presque constantes; c'était encore l'éminent doyen de la médecine militaire, M. Maillot, qui rentrait en lice pour dégager des derniers doutes et des dernières critiques sa réforme de la thérapeutique algérienne, qui a été à la fois un grand acte et un grand service; hier, c'était M. de Robert-Latour, dont nous voyions annoncer une nouvelle publication sur la chaleur animale dans laquelle il a condensé et résumé ses persévérantes études théoriques et pratiques sur ce sujet; — tous octogénaires ou à très peu près.

Aujourd'hui, c'est encore un octogénaire, M. le docteur Martin-Saint-Ange, qui, après un long, honorable et fructueux exercice de la médecine, ne trouve rien de mieux, pour se reposer des fatigues de la clientèle, que de reprendre et de parachever les études commencées au début de sa carrière, c'est-à-dire il y a une soixantaine d'années environ. C'est de 1826, et même, croyons-nous, d'un peu plus loin, que datent ses premières recherches d'histoire naturelle, de tératologie, d'embryologie et de gynécologie. On n'appelait pas encore la chose ainsi à cette époque, — on trouve sur la liste de ses travaux : pour l'année 1826, une notice sur une variété de l'organe utérin chez la femme, une note sur le déplacement d'un rein chez un enfant né avant terme, des recherches anatomiques sur les canaux péritonéaux de la tortue, faites en commun avec Isidore Geoffroy Saint-Hilaire; pour l'année 1830, une note sur quelques circonstances de la naissance, de la vie et de la mort de la fille bicéphale Ritta-Cristina; en 1831, un mémoire sur les organes transitoires et la métamorphose des batraciens, des recherches anatomiques concernant l'ordre dans lequel s'opère le développement des vaisseaux, qui lui ont valu le grand prix des sciences physiques de l'Institut; en 1832, un tableau synoptique de la circulation du sang chez le fœtus humain et dans les cinq classes d'animaux vertébrés, etc. Mais bientôt la clientèle vient enserrer M. Martin-Saint-Ange dans ses entraves et l'enlever à ces travaux scientifiques qui semblaient lui assigner dès lors, dans l'avenir, une haute situation scientifique. Toutefois les exigences toujours croissantes de la pratique ne lui ont pas fait entièrement perdre de vue l'objet de ses études de prédilection, et c'était dans sa pratique même qu'il devait en puiser désormais de nouveaux éléments. C'est ainsi qu'en 1847 il faisait, en collaboration avec M. Baudrimont, un mémoire sur le développement du fœtus, qui lui valut à nouveau le grand prix des sciences physiques; en 1854, une étude de l'appareil reproducteur dans les cinq classes d'animaux vertébrés, également couronnée par l'Institut; et qu'il publiait en 1868 des remarques concernant la mole hydatiforme et en 1870 un travail sur la caduque utérine et sur une nouvelle fonction attribuée à cette membrane, travaux qui relient pour la plupart ceux de ses débuts à celui qu'il nous faut maintenant faire connaître, et qui montrent chez notre savant et vénérable confrère, au temps même où sa vie était le mieux remplie, cette préoccupation constante qui est le secret des grandes œuvres : y penser toujours.

I

La première partie du nouvel ouvrage de M. Martin-Saint-Ange est consacrée à l'exposition à la fois graphique et iconologique de l'évolution normale de l'œuf fécondé. C'était un préliminaire obligé pour l'intelligence de son évolution pathologique. Il y avait à cela, en outre, un avantage : c'était de remettre sous nos yeux toute cette série de faits évolutifs si intéressants de l'embryon humain, depuis la constitution de l'ovule jusqu'à la délivrance du fœtus, dont la connaissance nous a été successivement révélée par une légion d'observateurs qui commence aux Malpighi, aux Réaumur, aux Moreau, aux Philippe Béclard, se continue avec les Velpeau, les Baer, les Delpech, les Coste, les Valentin, les Bischoff, les Courty, les Müller, les Remak, les Ch. Robin, les Dareste, les De Sinety, les Dastre, légion dont M. Martin-Saint-Ange

lui-même fait partie, et dont il n'a pas été un des moins vaillants.

Dans cette première partie, l'auteur nous fait assister à toutes les phases de l'évolution physiologique de l'œuf humain dans l'ovaire jusqu'à sa déhiscence. Il nous montre l'œuf invariablement constitué de deux sphères concentriques et de la tache germinative, d'abord tenu captif dans la vésicule de De Graaf par la membrane celluleuse, se complétant par la formation de son vitellus; puis, quand il est arrivé à maturité et qu'il a gagné la périphérie de l'ovaire, s'élevant graduellement dans cette vésicule par suite de l'accumulation progressive d'un liquide albumineux, ou par du sang extravasé sous sa membrane épithéliale. Une fois arrivé au point culminant de cette loge, nous le suivons s'échappant, avec son disque proligère, à travers la rupture spontanée des parois graduellement amincies de la vésicule, pour aller de là, s'il n'est point fécondé, soit tomber dans la cavité péritonéale, soit parvenir dans la trompe utérine et jusque dans l'utérus, pour y périr sans laisser aucune trace, ou, s'il est fécondé, pour aller atteindre l'oviducte, à l'aide soit des cellules à cils vibratiles placés sur les ovaires, soit d'une gouttière formée par le ligament large, soit enfin du pavillon de la trompe qui le happe en quelque sorte au passage, et de là cheminer à l'aide de contractions musculaires dans ce conduit où il rencontre les spermatozoïdes dont il doit recevoir l'imprégnation. De là proviendra ensuite le mouvement moléculaire des globules vitellins, commençant par la production du globe polaire, au centre duquel apparaît le nucléole brillant, qui devient le point de départ de la segmentation vitelline : segmentation qui divisera de plus en plus le vitellus en une multitude de petites cellules, qui se souderont ensuite entre elles pour constituer la membrane blastodermique, élément fondamental du germe. Cette membrane fournira bientôt après sa constitution, un feuillet externe ou séreux servant à la formation de l'amnios et du deuxième chorion, et un feuillet interne ou muqueux qui servira à la formation du tube intestinal, de l'allantoïde et de la vésicule ombilicale. Il nous montre ensuite, après un séjour d'une semaine environ dans la trompe utérine et au milieu de couches albumineuses qui favorisent son développement, l'œuf, à peine pourvu de villosités choriales, parvenant dans l'utérus où il trouve une muqueuse turgescente, prête à le recevoir dans un de ses plis, à l'entourer et à le renfermer dans une loge, dite chambre incubatrice, dont les parois à double feuillet constituent la caduque réfléchie.

Poursuivant cette évolution, nous allons voir, vers la sixième semaine de la gestation, l'œuf se développant et faisant de plus en plus saillie dans la cavité utérine qui n'était jusque-là que l'antichambre de la loge incubatrice, aller s'accoler par les racines choriales qui ont poussé uniformément sur toute sa surface, à la caduque pariétale, de manière à remplir désormais complètement cette cavité. Ces racines, restées creuses et invasculaires jusqu'au vingtième jour environ, constituent dès ce moment un placenta diffus, qui restera encore quelque temps tel, mais qui, devenant vasculaire, sert déjà avec la circulation vitelline à l'entretien du germe. Une nouvelle métamorphose va se produire. Pendant que d'une part les vaisseaux de la caduque réfléchie vont s'atrophiant, en même temps que les villosités choriales qui y correspondent, les villosités choriales vasculaires qui plongent dans la sérotine, se constituent définitivement en placenta limité, nettement circonscrit et sa circulation suffisant seule désormais va remplacer celle de la vésicule ombilicale. C'est alors aussi que le liquide amniotique, destiné à protéger le fœtus, fait son apparition dans l'amnios. Ajoutons l'accolement qui s'opère vers la sixième semaine entre la membrane de l'amnios et la paroi interne de l'allantoïde, renfermant entre leurs feuillets respectifs la vésicule ombilicale, l'atrophie régressive des vaisseaux omphalo-mésentériques, devenus inutiles par la constitution définitive du placenta ; enfin, la métamorphose régressive graduelle de la caduque pariétale se continuant jusqu'au terme normal de la grossesse, on aura l'ensemble des évolutions par lesquelles passe successivement l'œuf humain depuis sa fécondation, par l'imprégnation de l'ovule, par les spermatozoïdes, jusqu'à la délivrance. Merveilleux tableau, comme tous ceux qu'offre la nature au regard pénétrant du savant, soit qu'il contemple l'évolution des mondes au fond de son télescope, ou celle des premiers rudiments de l'être organique sur l'objectif du microscope, et qui est bien fait pour exciter et passionner même sa légitime et fructueuse curiosité !

II

Nous arrivons à la pathologie de l'œuf humain et à l'avortement. Que l'on me permette d'évoquer ici un souvenir déjà bien lointain, — car mes souvenirs commencent à remonter loin aussi.

On était en plein règne de Louis-Philippe. Une Société médicale s'était constituée sous le patronage de la bienfaisante reine Amélie, pour assister les femmes en couches de la classe pauvre et leur répartir les dons en nature ou en argent dus à sa générosité. Chargé, au nom de cette Société, de faire un rapport sur ses exercices, je signalais comme une regrettable lacune l'ignorance où nous étions alors, pour la plupart, sur les causes les plus communes des avortements si fréquents, et sur les maladies de l'œuf ou de ses annexes qui pouvaient les produire. En effet, à part les traumatismes et les influences morbides ou toxiques des parents, telles que la syphilis, l'alcoolisme, l'intoxication saturnine, les poisons morbides des fièvres éruptives ou typhoïdiques, un groupe nombreux d'avortements dans lesquels aucune de ces influences ne pouvait être invoquée, restaient inexpliqués. Sans doute le molimen hémorrhagique ou l'état congestif de la caduque, de l'utérus ou du placenta, avaient été entrevus et signalés par les accoucheurs comme les causes probables de ces avortements. Mais des observations précises, la détermination exacte du siège et de l'évolution de ces processus morbides, manquaient encore. C'est la lacune que M. Martin-Saint-Ange s'est proposé de combler par les nombreuses études d'embryons avortés qu'il a été à même de faire soit dans sa propre pratique, soit avec le concours des confrères et des savants qui lui ont communiqué leurs observations.

La connaissance préalable de l'influence de la caduque à l'état normal sur l'évolution physiologique de l'œuf devait naturellement le conduire à la recherche de l'action qu'elle peut exercer à l'état pathologique. État pathologique de la caduque, altération consécutive des villosités choriales, mort du germe, son expulsion de la cavité utérine à une époque indéterminée, tels sont les termes dans lesquels se résume, pour lui, toute la pathologie de l'avortement.

Mais avant d'aborder ce point de vue de la question, qui

est le point de vue médical et pratique de l'œuvre, il faut nous arrêter un instant sur un point de gynécologie qui s'y rattache par des liens étroits, nous voulons parler de la dysménorrhée pseudo-membraneuse, affection de la muqueuse utérine encore mal connue, qui donne lieu à un produit semblable à certains égards à la caduque ovaro-utérine, exfoliée au moment de la déhiscence de l'œuf fécondé, avec laquelle on pourrait la confondre, et qu'il importe d'autant plus d'en distinguer qu'on l'observe sur des vierges ou sur des femmes non fécondées. Ce produit, qui est le plus ordinairement expulsé de l'utérus aux époques menstruelles, en bloc ou par débris, se distingue de la caduque ovaro-utérine par les caractères suivants, qui rendent toute méprise impossible : absence de vaisseaux sanguins utéro-placentaires, ainsi que de filaments blancs de villosités choriales, absence d'œuf dans la cavité ou dans l'épaisseur de ses parois ; cavité simple, à parois minces, dépourvue de caduque réfléchie.

On peut voir, dans les cinq figures de la planche III, cinq beaux spécimens de ces produits dysménorrhagiques, dont deux appartiennent à des jeunes filles et trois à des femmes mal menstruées, et qui résument tous les faits du même ordre que M. Martin-Saint-Ange a eu l'occasion d'observer.

En dehors de tout traumatisme et de toute intoxication, venons-nous de dire, l'avortement est dû à l'altération de la caduque. Toujours la caduque est altérée dans les produits avortés. Telle est la proposition dont la démonstration fait l'objet du troisième chapitre, la partie principale de ce travail.

Cette altération de la caduque peut présenter des nuances de couleur différentes indiquant des degrés divers d'une même maladie. C'est là une première donnée anatomo-pathologique qui ressort des observations, donnée d'une très grande valeur, en effet, comme le fait remarquer M. Martin-Saint-Ange, en ce qu'elle nous montre dans ses divers états le point de départ des évolutions normales de l'œuf et de son produit, en même temps que la cause la plus commune de l'avortement.

Voici, d'une manière très sommaire, les pièces justificatives de cette proposition, observations et dessins :

La planche IV (les planches I et II sont relatives à l'évolution physiologique de l'œuf fécondé, depuis sa sortie de l'ovaire jusqu'au moment de la ponte utérine, et la planche III à l'histoire des caduques utérines dysménorrhéiques) nous montre un œuf de quatre mois, avec inflammation aiguë de la caduque, nécrose du chorion et dénudation partielle. Cet œuf, dont l'âge était certain, et qui ne représentait pas par son volume un fœtus de quatre mois, avait subi, par suite de l'altération de la caduque, un arrêt dans son développement et un état congestif, de date récente, qui avait provoqué son expulsion de l'utérus. Tout porte à croire, d'après les renseignements recueillis sur la mère, que les épanchements sanguins survenus dans le parenchyme de la caduque, résultat d'une rupture des vaisseaux sanguins de cette muqueuse, avaient eu lieu sous l'influence de stations debout trop prolongées, de promenades trop longues, renouvelées chaque jour.

La planche V montre un œuf de six semaines, congestion apoplectique de la caduque ayant entraîné la mort de l'embryon et l'avortement spontané et en bloc. Tout indique dans les figures de cette planche qu'il s'agit bien, là aussi, d'un produit avorté par suite d'une congestion aiguë violente de la membrane caduque, ayant déterminé l'atrophie de toutes les villosités choriales et, par suite, la nécrose de l'œuf, l'arrêt de développement et la mort de l'embryon, qui a séjourné quinze jours encore environ dans la cavité utérine avant d'en être expulsé.

La pièce pathologique représentée dans la planche VI comprend la caduque pariétale, la caduque réfléchie, l'œuf et le fœtus dégagé de ses enveloppes propres, mais y attenant encore à l'aide du cordon ombilical. C'est le produit d'un avortement qui s'est effectué au quatrième mois révolu de la grossesse, sans cause déterminante appréciable.

La planche VII représente : 1° (fig. 1 et 2) un œuf de cinq semaines avec des altérations de la caduque à des degrés divers ; expulsion du produit en bloc, entraîné au milieu de volumineux caillots de sang, le septième jour d'une hémorrhagie utérine. On y voit entre la sphère amniotique et le chorion un espace qui a reçu le nom de sac amnio-chorial, dont quelques auteurs ont contesté l'existence. Les diverses altérations subies par la caduque et l'œuf pendant la durée de la gestation ont pu être attribuées ici à des excès de coït avoués ; 2° (fig. 3) un œuf de trois mois, avec destruction presque complète de la caduque, arrêt de développement de l'allantoïde et de l'embryon, villosités choriales, hydatiformes et existence du sac amnio-chorial, comme dans le cas précédent.

Des deux pièces pathologiques représentées, l'une dans la figure 1, l'autre dans la figure 2 de la planche VIII, la première est un exemple remarquable d'une régression hâtive de la caduque et d'atrophie consécutive du placenta, avec arrêt de développement de l'œuf, expulsé en bloc le quatrième mois, sans hémorrhagie ni douleurs vives. La deuxième reproduit le fœtus dégagé de ses enveloppes et présentant des déformations des membres d'origine convulsive, se rattachant probablement à la gêne de la circulation placentaire. La mort du fœtus aurait été le résultat de la cessation de la circulation dans les villosités choriales placentaires, par suite de leur dégénérescence fibreuse, produite elle-même par la régression anticipée de toute la caduque.

Les planches IX, X, XI, XII représentent des œufs de six semaines à trois et quatre mois, ayant séjourné plus ou moins longtemps dans l'utérus après la mort de l'embryon, avec des altérations diverses de la caduque, ramollissement, dégénérescence graisseuse, envahissement par des caillots sanguins, etc.

La planche XIII représente un œuf de sept mois de gestation dont le développement a été arrêté au quatrième mois, par suite de mortification (gangrène humide) de la caduque. Ce fait est remarquable par les phénomènes morbides sérieux qu'a éprouvés la mère au quatrième mois de sa grossesse, correspondant à l'époque de la mort du fœtus sous l'influence de la grave altération survenue dans la caduque, et qui ont persisté jusqu'à la délivrance, et par l'absence complète d'odeur et de tout signe de putréfaction du fœtus au moment de l'avortement.

Cette observation est suivie de la relation d'un second fait analogue, également observé par M. Martin-Saint-Ange dans sa clientèle, d'une grossesse de quatre mois et demi, avec écoulement à cette époque de la totalité des eaux de l'amnios, rétention du fœtus pendant vingt et un jours et expulsion au bout de ce terme sans trace aucune de putréfaction. Ici la cause qui a produit la mort du fœtus était l'état de congestion progressive de la caduque par suite

probable de l'usage d'emménagogues au début de la grossesse, fait à l'insu du médecin.

Dans les dernières planches, de XIV à XIX et les observations auxquelles elles se rapportent, et dont quelques-unes sont étrangères au point spécial de pathologie qui nous occupe, nous signalerons encore : un œuf de quatre mois de gestation, renfermant deux jumeaux, dont l'évolution normale s'est arrêtée à deux mois, par suite de dégénérescence graisseuse de la caduque et de réduction à l'état fibreux des villosités choriales ; et un autre cas de grossesse gémellaire : deux œufs de huit mois et demi, accolés l'un à l'autre et contenant deux jumeaux d'âge différents, l'un mort, l'autre vivant ; le premier, mort à trois mois, a séjourné dans l'utérus pendant cinq mois et demi ; son arrêt de développement avait été déterminé par une altération de la caduque, la destruction presque complète de toutes les villosités placentaires, l'oblitération des vaisseaux et la régression très avancée d'une portion de la sérotine. Le séjour prolongé de ce fœtus mort, côte à côte de son jumeau, n'a déterminé aucun accident ni pour l'enfant vivant ni pour la mère.

La cause et le mécanisme de l'avortement étant connus, que faut-il faire pour y obvier? C'est là la conclusion importante et pratique de ce travail. Il faut, dit M. Martin-Saint-Ange, s'appliquer à conserver l'intégrité absolue de la caduque utérine, d'où dépendent la conservation de l'œuf et son évolution normale. Dans ce but, le concours de la femme est indispensable. Il faut qu'indépendamment d'une bonne hygiène générale, elle évite l'étranglement du torse par les corsets ; il est indispensable, surtout, qu'elle s'astreigne, à chaque époque menstruelle, au repos absolu de corps et d'esprit, l'infraction à cette règle générale pouvant produire la congestion et la stase du sang dans tout l'appareil génital. Ce serait de là, en effet, que proviendraient en grande partie, suivant notre auteur, les affections organiques si diverses et si répandues des organes reproducteurs, affections que précède et décèle le plus souvent l'existence de flueurs blanches, si généralement négligées et tolérées avec une déplorable insouciance.

Cette mercuriale ne s'adresse pas seulement aux femmes, que M. Martin-Saint-Ange accuse de mettre trop souvent en péril leur propre existence et celle du fœtus par les fautes qu'elles commettent. Elle ne s'adresse pas moins aux hommes qui, moins soucieux encore que les femmes de leur santé, compromettent bien plus qu'elles la faculté procréatrice. La syphilis, l'alcoolisme, les excès de toute sorte ne sont pas les seuls ennemis justement incriminés. Ce paragraphe se termine par un procès en règle au tabac, la nicotine engourdissant les spermatozoïdes, si elle ne les tue. Nous renvoyons cette observation à MM. les membres des sociétés contre l'abus du tabac.

Cette esquisse peut donner en raccourci une idée du savant et du praticien chez M. Martin-Saint-Ange. Mais elle ne serait pas complète si nous n'y ajoutions qu'il y a aussi en lui un artiste. Les dix-neuf planches de son *Iconographie*, toutes dessinées et coloriées par lui, d'après nature sur des pièces fraîches, véritables tableaux anatomo-pathologiques en quelque sorte vivants, sont dignes de figurer à côté des plus belles planches de nos meilleurs dessinateurs naturalistes ou anatomo-pathologistes, les Werner, les Léveillé et les Lakerbauër.

Dr B.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

I. Hyperesthésie vulvaire, vaginisme, dilatation forcée du vagin. — II. Épithélioma pituitaire.

I. J'ai fait samedi dernier une opération qui est loin d'être commune, surtout dans les hôpitaux : je veux parler de la dilatation forcée du vagin.

La malade est une jeune femme que j'ai soignée autrefois ici, — elle était alors jeune fille, — pour une coxalgie. Mariée depuis peu, elle n'a pas encore pu accomplir une seule fois l'acte génital. Elle est venue tout d'abord me consulter pour des phénomènes douloureux dans le bas-ventre, avec flueurs blanches, etc. Extrêmement névropathe, elle ne pouvait supporter le toucher sans gémir ou pleurer. C'est alors que je l'ai fait entrer dans nos salles, et j'ai constaté chez elle l'existence à la fois de l'élément inflammatoire et de l'élément spasmodique, c'est-à-dire un vaginisme et une vaginite granuleuse intense, avec écoulement purulent très prononcé et hyperesthésie développée à tel point que tout coït lui était impossible.

En pareil cas, à quel mode de traitement doit-on avoir recours? On a recommandé certaines pommades, la poudre de ratanhia, mais ce sont là des moyens insuffisants, dans la grande majorité des cas.

On a proposé la dilatation temporaire et la dilatation progressive : ce sont des moyens insupportables pour les malades et qu'au bout de très peu de temps elles repoussent absolument.

Les cautérisations ont donné quelques résultats avantageux, mais ceux-ci sont généralement peu durables.

Un chirurgien américain, Marion Sims, a préconisé la résection de l'hymen, pensant que les phénomènes irritatifs partaient de là. Je l'ai vu faire une fois ou deux, mais d'abord cela donne lieu à des hémorrhagies considérables, ensuite à une cicatrisation très longue, et la cicatrice elle-même est quelquefois aussi hyperesthésique que le vagin.

Cependant il m'est arrivé de tenter l'opération suivante avec M. Tarnier. Voici dans quelles circonstances :

Une jeune fille du monde, âgée de vingt-deux ou vingt-trois ans, très grande et très belle personne, avait, depuis plusieurs années, une fissure anale des plus horriblement douloureuses, et n'avait jamais voulu se laisser opérer. Appelé par ses parents auprès d'elle, je pratiquai la dilatation anale et bientôt tout phénomène douloureux disparaissait comme par enchantement. Depuis lors, je l'avais perdue de vue, lorsque quelques années plus tard, — elle avait alors vingt-six ou vingt-sept ans, — sa mère vint me trouver et me confia que, mariée depuis peu, elle n'avait jamais pu encore accomplir les fonctions génitales. Le cas était d'autant plus grave qu'elle avait épousé un vieillard, — l'obstacle au coït ne lui incombait pas ; — mais elle était pauvre, son mari très riche et d'un très grand nom dans la colonie étrangère. De part et d'autre on tenait vivement à la naissance d'un héritier : le mari, afin de perpétuer son nom dans une descendance directe ; la jeune femme, quelque peu pour la fortune qui, à défaut d'enfant, passerait à des collatéraux plus ou moins éloignés du mari.

Bref, on venait me demander de la guérir. On avait consulté M. Tarnier qui, sachant que je l'avais déjà traitée une première fois pour une fissure de l'anus, l'avait engagée à me consulter de nouveau.

Je constatai une hyperesthésie vulvaire extrême, ainsi que

l'existence de deux ou trois petits points de la muqueuse d'un rouge intense et horriblement douloureux. Je pensai, avec M. Tarnier, que la résection de l'hymen pouvait être utile ; je détruisis les points douloureux avec le thermocautère sans obtenir aucun soulagement, bien plus les petites plaies produites par l'instrument devinrent tellement hyperesthésiques à leur tour que le toucher était aussi douloureux. Je me demandai alors s'il ne fallait pas procéder à l'extirpation *complète* de l'hymen. Cependant un mois plus tard, sans toucher à l'hymen, j'introduisais le spéculum et procédais à la dilatation du vagin avec le plus grand succès.

Mais je reviens à l'opération de samedi dernier. Notre malade avait une vulvite intense avec écoulement marqué, la muqueuse rouge foncé et d'une vascularité extrême. Le siège de la contracture était le muscle transverse du périnée, comme toujours en pareil cas : d'où la nécessité, dans l'opération de la dilatation, de faire porter sur lui tout l'effort opératoire. Après avoir chloroformé la malade, je pratiquai donc d'abord le toucher, et mon doigt était couvert de sang. J'introduisis ensuite le spéculum de Ricord, le spéculum ordinaire, puis le spéculum américain, en appuyant fortement en arrière, sur le muscle transverse du périnée. Un écoulement sanguin assez vif se produisit. Je ne m'y attendais pas, sans quoi j'aurais, préalablement à toute opération, procédé au lavage antiseptique du vagin, d'autant plus que celui-ci était le siège d'une suppuration assez prononcée. Bref, j'ai placé deux tampons et fait le lavage antiseptique de la cavité vaginale. Une nouvelle hémorrhagie est survenue dans la journée, mais elle n'a pas eu de conséquences sérieuses. Cependant, le lendemain matin, la température s'était élevée à 39 degrés, par suite de l'auto-inoculation vaginale directe, car une aussi petite opération que la dilatation vaginale n'aurait pas dû donner lieu au moindre accident consécutif, ni à aucune hémorrhagie.

C'est, du reste, la seconde fois que je vois la dilatation vaginale déterminer un écoulement sanguin aussi considérable, sans que l'on puisse invoquer l'existence de varices du vagin, surtout chez une femme que l'on peut considérer comme à peu près vierge.

Ce matin notre opérée va bien, sa température est descendue à 38 degrés, et je pense que d'ici à deux ou trois jours tout sera fini.

II. L'opération que je vais avoir à pratiquer dans quelques instants est assez rare ; il s'agit d'un épithélioma de la muqueuse pituitaire. Mais je fais cette réserve, ne pouvant émettre un diagnostic plus précis, qu'il s'agit ou d'un épithélioma de la muqueuse proprement dite, ou d'un épithélioma glandulaire.

Les épithéliomas qui occupent le premier centimètre inférieur de la narine sont des épithéliomas ordinaires, tandis qu'en général les épithéliomas qui siègent un peu au-dessus sont des épithéliomas glandulaires. De là, pour l'aile du nez, deux pathologies, si l'on peut s'exprimer ainsi : la pathologie inférieure ou cutanée et la pathologie supérieure ou glandulaire.

Quoi qu'il en soit, le cas est mauvais, car tous les épithéliomas sont graves, la récidive facile. Aussi ne faut-il pas hésiter à faire, comme opération, de larges sacrifices. Je vais donc détacher largement l'aile du nez pour pénétrer dans la fosse nasale malade et procéder à une vaste extirpation. Je n'ai trouvé aucun ganglion envahi. Le grave inconvénient de ces opérations est l'hémorrhagie toujours considérable quand on touche aux ailes du nez et à la pituitaire. Cet inconvénient est double, d'abord par la perte de sang, ensuite par la pénétration possible du sang dans l'estomac et les voies aériennes, si l'on ne fait pas le tamponnement postérieur de la narine sur laquelle on opère.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 mars 1885. — Présidence de M. Duplay.

COMMUNICATIONS

Corps étrangers de la vessie. — M. MONOD fait un rapport sur un travail de M. Henriet, relatif à la position des corps étrangers allongés dans la vessie. M. Henriet a appliqué les données fournies par l'étude de ces corps étrangers à leur extraction. Ce travail peut se résumer dans les conclusions suivantes : 1° le redressement des corps étrangers allongés est nécessaire ; 2° on pourrait chercher à distendre la vessie, assez pour que le corps étranger puisse évoluer ; il vaut mieux le redresser ; 3° il faut contrôler le redressement par le toucher rectal (Guyon).

M. Henriet a donné la consécration scientifique de faits empiriquement connus.

M. TERRILLON, en 1876, a été appelé auprès d'un homme de trente-huit ans qui s'était introduit dans l'urèthre, huit jours auparavant, un crayon de 8 centimètres de longueur. Il introduisit un instrument à crochet redresseur ; il sentit très bien le crayon au delà du col. Il fut difficile à redresser, se cassa, et l'on ne put en extraire que la moitié. L'autre moitié fut enlevée immédiatement après. Le soir même, le malade fut pris d'un frisson violent et, le troisième jour, il succombait à une septicémie aiguë.

A l'autopsie, on trouva l'empreinte du crayon, la pointe ayant traversé la vessie. Il y avait un phlegmon diffus de la paroi latérale du bassin à gauche. La position du corps étranger était bien transversale.

M. GILLETTE fait observer qu'il y a des cas où la position des corps étrangers n'est pas dans le sens transversal. Il cite l'exemple d'un homme de soixante-dix ans qui s'introduisait dans la vessie des nervures de feuilles pour uriner. Plusieurs se sont cassées et sont devenues le point de départ de calculs. M. Gillette essaya de les broyer ; il y eut des accidents. Il fit alors la taille hypogastrique et retira un calcul gros comme une petite mandarine. Il y avait des nervures de 5 à 6 centimètres de longueur, toutes dans le sens antéro-postérieur et incrustées de sels calcaires.

Incisions exploratrices dans les cas de tumeurs abdominales. — M. TERRILLON fait une communication sur ce sujet. Il a eu recours trois fois à l'incision exploratrice.

Premier cas : tumeur liquide, ponction, pas de sang dans le liquide, très petite quantité de paralbumine. S'agit-il d'un cancer ? On ne peut que se poser la question. Le 29 juillet, M. Terrillon fait l'incision exploratrice ; il trouve des noyaux multiples, un liquide à peine coloré qui est complètement évacué. Il fait une suture et enlève les fils le huitième jour.

Deuxième cas : femme de quarante-trois ans dont les règles sont supprimées, qui porte une tumeur abdominale et présente des vomissements continuels. Une ponction donne issue à 3 litres de liquide analogue à de la bière ; injection iodée, récidive. Le liquide semble enkysté, il n'y a pas de parties solides appréciables. L'incision exploratrice permet de constater l'existence de brides fibreuses, partant de l'épiploon. L'utérus est bosselé et doit contenir quelques fibromes. Après l'incision, disparition de l'ascite, guérison. La malade, revue un an après, est restée guérie.

Troisième cas : malade portant une tumeur abdominale, ayant des vomissements et de la diarrhée depuis six mois ; elle a subi un grand nombre de ponctions donnant de 3 à 8 litres de liquide jaunâtre, citrin ; la tumeur est profonde. Quand M. Terrillon voit cette malade pour la première fois, elle est très amaigrie ; l'utérus

est peu mobile; on sent une masse fluctuante dans le cul-de-sac postérieur. Ponction, 12 litres de liquide; la tumeur fluctuante paraît en connexion avec l'utérus.

Le 29 octobre 1884, incision exploratrice; l'ascite déjà produite est évacuée. On se trouve en présence d'un kyste volumineux; 200 à 300 grammes seulement peuvent être évacués. Adhérences à tout l'utérus, à l'intestin et des deux côtés; la décortication est impossible; la tumeur est donc inopérable. M. Terrillon referme le ventre. La malade se remet de l'opération; mais l'ascite se reproduit rapidement et elle meurt d'affaiblissement le douzième jour. L'opération n'a pu qu'augmenter l'épuisement.

On voit que, dans certains cas, l'incision exploratrice seule permet d'arriver au diagnostic. M. Terrillon a rassemblé les faits publiés et en a fait une statistique : sur 179 cas, il a compté 140 guérisons et 39 morts; soit 79 p. 100 de guérison. Les causes de mort sont : le choc opératoire, l'épuisement, la péritonite. Les tumeurs qui ont été trouvées après l'incision exploratrice sont : des kystes ovariques (9), des tumeurs péritonéales (3), des tumeurs du rein (3), des tumeurs utérines (14), de l'ascite et enfin des grossesses. La mortalité a été d'autant plus grande que l'affection primitive était plus grave. Dans cette communication, M. Terrillon ne parle que des tumeurs du petit bassin chez la femme; mais l'incision exploratrice peut aussi trouver ses indications dans les cas d'étranglements internes, d'affections de la vésicule biliaire, etc.

L'incision exploratrice a pris un grand essor à l'étranger. Elle doit être faite seulement pour éclairer un diagnostic permettant une opération. C'est en somme le premier temps de l'opération, si celle-ci est possible. Sa gravité est nulle pour quelques auteurs; cependant, d'après les statistiques, elle donne encore 21 p. 100 de mortalité. Il est vrai qu'elle n'a été faite jusqu'ici que dans des cas graves. Ses résultats seraient meilleurs si elle était plus précoce. C'est une opération rationnelle, si l'on n'en abuse pas. On a dit qu'elle était plus inoffensive que la ponction; c'est singulièrement exagéré; mais la ponction donne des résultats bien moins précis.

M. MONOD cite un fait qui lui est personnel. Il s'agit d'une femme de trente-sept ans qui lui avait été adressée pour un kyste de l'ovaire. Il repousse l'idée de grossesse après y avoir pensé; il diagnostique un kyste, avec deux chirurgiens des hôpitaux. Les renseignements sur le début de la tumeur sont vagues et sans valeur : la malade disait que ses règles avaient cessé depuis deux mois seulement. La tumeur paraissant dépasser l'ombilic, elle aurait donc été enceinte depuis six à sept mois, s'il s'agissait d'une grossesse. Il n'y avait rien à l'auscultation. Le toucher vaginal, avec le palper abdominal, paraît faire constater nettement l'indépendance de l'utérus. Après une longue hésitation, M. Monod se décide à opérer. L'énorme paroi abdominale à peine dépassée, il tombe sur un corps régulier qui ne peut être que l'utérus gravide. Il referme le ventre; la malade sort le quinzième jour, guérie. Elle n'est pas encore accouchée. Quelles sont les causes de cette erreur de diagnostic? Les faux renseignements sur la cessation des règles; l'énorme épaisseur des parois du ventre, les résultats négatifs de l'auscultation, l'indépendance apparente de l'utérus.

M. TERRIER dit qu'il n'est indiqué de recourir à l'incision exploratrice que lorsque le chirurgien ne sait pas du tout ce qu'il y a dans le ventre. M. Terrier n'en a fait qu'une seule sur 110 ovariotomies. Il jugeait la malade inopérable et n'a fait l'incision qu'en dernier ressort. La malade est morte après trois ou quatre jours. On peut aussi la faire pour savoir si les adhérences permettent ou non l'opération. Mais il est important de savoir quand il faut s'arrêter. L'incision seule n'a pas habituellement de gravité; mais il faut se défier. Le plus souvent, quand le ventre est ouvert, on commence à détacher quelques adhérences et on ne s'aperçoit que plus tard que la tumeur est inopérable. Le pronostic est d'autant plus grave qu'on a été plus loin. On obtient, dans ces cas, des résultats déplorables; on a facilement de la septicémie. Donc, une fois l'incision faite, il faut se décider à opérer ou à ne pas entamer la tumeur.

M. Terrier a pris dernièrement une tumeur fibreuse pour un kyste de l'ovaire. Une fois l'incision faite, cela ressemblait beaucoup à l'utérus gravide. Aussi, dans le cas dont il a parlé, M. Monod aurait-il pu aller plus loin, croyant avoir affaire à un fibrome.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que la mortalité est bien difficile à déterminer, parce que quand, après l'incision exploratrice, on a pu opérer, ces cas ne comptent plus dans la statistique; et ce sont ceux qui, bien entendu, plaident le plus en faveur de cette incision. D'autre part, les tentatives opératoires dont parle M. Terrier ne rentrent pas dans l'incision exploratrice. Elles sont presque toujours fatales. Quant au cas de M. Monod, s'agit-il d'une grossesse simple ou d'une grossesse compliquée de quelque chose, d'un corps fibreux ou autre? Dans un cas de ce genre, des corps fibreux rendaient le diagnostic de grossesse normale bien difficile. L'auscultation est bien délicate dans ces cas. La suite de l'observation de M. Monod sera intéressante à connaître.

M. POLAILLON n'admet l'incision exploratrice que quand tous les autres moyens de diagnostic, plus innocents, ont été épuisés, notamment le cathétérisme de l'utérus. En cas de grossesse, on risque de déterminer un avortement; mais c'est toujours moins grave que l'incision.

M. MONOD revient sur un point de son observation : quand la tumeur abdominale a été mise à nu, il y a eu hésitation; il a fermé le ventre pour attendre six mois, mais sans être certain qu'il s'agissait d'une grossesse. Le cathétérisme utérin a été fait à la Salpêtrière; on n'a pu dépasser le col. Aujourd'hui on sait qu'il s'agit d'une grossesse parce que les bruits du cœur ont été entendus.

M. MARC SÉE dit que les incisions dites exploratrices ne le sont devenues qu'*à posteriori*. En effet, la plupart des chirurgiens qui l'ont pratiquée, en ouvrant le ventre, avaient l'intention d'aller jusqu'au bout. Ils sont très rares, les cas où l'incision exploratrice a été voulue primitivement.

M. TRÉLAT signale deux écueils également graves à éviter, soit que, prenant le mot exploratrice dans son sens strict, on pratique ces incisions à tout propos, soit que le chirurgien, trop craintif, ayant commencé une opération, s'arrête et n'aille pas jusqu'au bout. Les incisions vraiment exploratrices devraient être réservées en cas d'accidents pressants venant compliquer une tumeur abdominale et devraient, par ce fait, être assimilées aux ponctions exploratrices.

M. TERRIER répond à M. Marc Sée que, dans le cas dont il a parlé, il a bien voulu faire une incision exploratrice. Il était convaincu que la tumeur était inopérable et c'était pour le prouver qu'il a fait cette incision.

M. TERRILLON fait observer que, dans son travail, il n'a relevé que les incisions exploratrices pures, sans intervention opératoire quelconque.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 18 mars 1885, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'École de médecine de Dijon s'ouvrira, le 5 novembre 1885, devant la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lyon.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 mars 1885, un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques à l'École de médecine de Dijon s'ouvrira, à ladite école, le 21 septembre 1885.

— Par arrêté préfectoral, en date du 10 mars 1885, M. le docteur Brusque a été nommé médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Vaucluse, en remplacement de M. le docteur Boudrie, appelé à d'autres fonctions.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rességuier, à Carcassonne.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Ball reprendra son cours de clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 22 mars, à dix heures, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

M. le docteur Brun, prosecteur, fera, avec le concours de six aides d'anatomie, et sous la direction de M. le docteur Farabeuf, chef des travaux anatomiques, sa première démonstration d'exercices opératoires lundi 23 mars 1885, à une heure précise, dans le pavillon de l'École pratique.

M. le docteur Ribemont-Dessaignes, agrégé, commencera le cours d'accouchements spécial aux élèves sages-femmes, le mardi 24 mars 1885, à midi, à l'amphithéâtre Laennec, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Seront admises : 1° les élèves sages-femmes en cours d'études depuis le mois de novembre 1884; 2° les élèves sages-femmes qui auront subi avec succès, à la session de mars 1885, l'examen d'admission à la clinique. — Une carte spéciale sera délivrée à chacune des élèves sages-femmes ci-dessus désignées, le jour de l'ouverture du cours, à onze heures trois quarts.

M. le docteur Gariel, agrégé, commencera le cours auxiliaire de physique, le mardi 24 mars 1885, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. le professeur Baillon commencera le cours d'histoire naturelle médicale, le mercredi 25 mars 1885, à onze heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. le docteur Dareste, directeur du laboratoire de tératologie, commencera des conférences pratiques d'embryogénie normale et tératologique, dans son laboratoire (bâtiment du musée Dupuytren), le mardi 4 avril 1885, à quatre heures de l'après-midi et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

— *Muséum.* — M. le professeur Des Cloizeaux commencera son cours de minéralogie le mercredi 25 mars 1885, à quatre heures trois quarts de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17580.

N° 35. — MARDI 24 MARS 1885. 58e ANNÉE. MARDI 24 MARS 1885. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

L'état mental des spermatorrhéiques (1).

III

Chez tous les spermatorrhéiques, le *caractère* et les *sentiments affectifs* se modifient, quelquefois profondément. Les malades, très préoccupés de leur état, analysant sans cesse avec un soin jaloux les moindres symptômes dont ils souffrent, deviennent indifférents aux personnes et aux choses qui les entourent. Chez eux, le souci de la personnalité absorbe bientôt toutes les préoccupations. Ils s'isolent dans leur égoïsme maladif et ils laissent se relâcher les relations jusque-là les plus chères. La froideur et les sentiments personnels se substituent aux amitiés anciennes. D'ailleurs, l'apathie voulue, l'isolement systématique que recherche et dans lesquels paraît se complaire le malade, a quelquefois une autre cause que les préoccupations hypochondriaques elles-mêmes. Elle tient à un sentiment de honte qui s'empare du spermatorrhéique et qui lui inspire une sorte de dégoût de lui-même et de l'affection dont il souffre, surtout si chez lui la spermatorrhée s'est développée à la suite d'abus genésiques ou de la masturbation. Il arrive alors, suivant la remarque de Lallemand, que les malades sont dominés par le sentiment de leur humiliation ; ils s'imaginent que tout le monde devine leur état et ils se méfient de tous ceux qui les entourent et les regardent. « Ils prennent le moindre mot, le moindre geste, pour une allusion offensante, pour une amère plaisanterie, et demanderaient raison de ces insultes imaginaires si leur courage égalait leur susceptibilité. Mais s'ils ne peuvent se venger immédiatement de tous ces torts involontaires, ils en gardent profondément le souvenir. Ils les rapprochent, les interprètent à leur manière, et nourrissent ainsi de vieilles rancunes, des haines profondes, dont personne au monde ne pourrait soupçonner la cause première. » Aussi conçoit-on que des individus autrefois gais et vifs deviennent sombres, colères, impatients ; qu'ils s'irritent pour un rien et exhalent des plaintes à propos d'un détail futile. Envahis par une profonde langueur, par un sentiment général de découragement et de lassitude, ils sont à charge à ceux qui les entourent et à eux-mêmes.

La *volonté,* on le comprend aisément, perd dès lors toute son énergie. Si, à certaines heures, les spermatorrhéiques en retrouvent assez pour manifester leur irascibilité, pour braver toutes les convenances par une espèce d'indépendance insolite ou sauvage, ils sont plus communément indifférents et apathiques, incapables de spontanéité et de décision. En butte à une perpétuelle incertitude, ils ne se fixent à rien, sont inaptes à prendre une résolution virile, consultent dix médecins, commencent dix traitements, sans en pouvoir continuer et suivre régulièrement un seul. — Le *courage* est chez eux au niveau de la volonté et en suit, dans une certaine mesure, les fluctuations. Si le *tædium vitæ* est assez marqué pour inspirer aux malades le désir de la mort et l'idée vague du suicide, ceux-ci manquent en général de l'énergie nécessaire pour passer à l'action. Lallemand a mis heureusement en relief cette pusillanimité habituelle aux spermatorrhéiques. Certains tabescents « sont jetés, dit-il, par les pertes séminales, dans une incroyable pusillanimité. Les ténèbres augmentent encore leurs appréhensions ; quelques-uns en éprouvent alors de si violentes qu'ils ne peuvent rester seuls pendant la nuit. C'est surtout en face des souffrances que se manifeste chez eux la lâcheté dont parle Arétée. On n'a pas idée de la frayeur que leur inspire la plus simple opération, celle du cathétérisme, par exemple. Quelques-uns de mes malades avaient reculé, pendant plusieurs mois, devant l'idée de me consulter, dans la crainte d'être sondés. Un autre, poussé pendant un an par son médecin, fit deux cents lieues sans s'arrêter pour venir me trouver ; et, ne me rencontrant pas en arrivant, il remonta de suite en voiture, enchanté d'en être quitte pour la peur. Dernièrement encore, un autre, venu du fond de la Belgique, est reparti, après six mois d'angoisse, sans avoir pu se décider à permettre l'exploration de l'urèthre. »

Certains spermatorrhéiques, un peu moins pusillanimes que ceux dont la relation précède, désirent la mort; mais, n'ayant pas le courage de se la donner eux-mêmes, ils se précipitent dans les voyages périlleux, recherchent les dangers de toutes sortes, se font provoquer en duel, espérant qu'un hasard, qu'ils appellent de tous leurs vœux comme un hasard heureux, mettra fin à leurs tourments et à leur pénible existence.

En même temps que se modifient et s'altèrent les facultés

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 mars 1885.

morales et les sentiments affectifs, l'*intelligence* s'affaiblit et se pervertit.

L'affaiblissement intellectuel se traduit constamment et en premier lieu par une diminution de la *mémoire* qui devient indécise et infidèle. Les altérations de cette faculté se succèdent ici dans l'ordre qui préside habituellement à leur évolution. Les malades ont quelque peine à se rappeler les faits récents; ils oublient les noms propres, les dates. Ils perdent le souvenir des promesses qu'ils ont faites, du rendez-vous qu'ils ont pris. Ils ressemblent, à quelques égards, à certains déments au début. Il faut noter toutefois que l'affaiblissement de la mémoire, en particulier pour ce qui concerne les choses de la vie courante, tient en partie au défaut d'attention. Préoccupés avant tout, comme vous le savez, de leur état maladif, les spermatorrhéiques n'attachent qu'une importance médiocre à tout ce qui ne s'y rapporte pas directement. S'ils retiennent mal ou comprennent difficilement ce qu'on leur dit, s'ils oublient ce qu'ils ont projeté de faire, c'est que tout cela les intéresse à peine. — En même temps que la mémoire perd de sa fidélité et de sa vivacité, il est ordinaire de voir les autres fonctions intellectuelles s'amoindrir à leur tour. Il y a moins de clarté dans les idées, qui s'enchaînent plus difficilement et plus mal. Le raisonnement perd par suite de sa netteté et de sa vigueur. Le jugement est moins sûr, l'imagination moins brillante et moins vive. Ces divers troubles, vous le concevez, s'accusent plus ou moins, non toujours au même degré chez les différents individus. Chez quelques-uns d'entre eux, bien doués, occupant des situations sociales élevées et affectés accidentellement de pertes séminales involontaires à la suite d'excès ou de simples abus de travail, ces divers troubles sont assez peu marqués pour passer inaperçus des personnes qui ne vivent pas dans l'intimité des malades, mais assez prononcés néanmoins pour entraver certaines carrières. Lallemand, qui, à la vérité, a peut-être exagéré la fréquence de ces cas, en a rapporté plusieurs très instructifs. C'est un avocat de trente ans qui est pris de pollutions, nocturnes d'abord, puis diurnes, pendant la préparation à un concours pour une chaire de droit, et chez qui les facultés s'affaiblissent au point que le malade est obligé de renoncer au concours et même à toute occupation. C'est un magistrat distingué qui, sous les mêmes influences, s'aperçoit que son travail de rédaction n'est plus aussi facile et qu'à l'audience il n'a plus la même lucidité de raisonnement, la même propriété de l'expression. Ce sont des médecins auxquels la carrière des concours a été fermée par l'explosion ou l'exaspération de pertes séminales accablantes.

Vous concevez sans peine que si de semblables effets se réalisent chez des individus d'ailleurs bien doués, sous l'influence d'une spermatorrhée souvent accidentelle, il en sera pis encore chez ces spermatorrhéiques d'état, névropathes par destination, exposés par conséquent plus que tous autres à la déchéance cérébrale. Chez ces derniers, en effet, les troubles peuvent s'accuser au point que l'affaiblissement intellectuel devient voisin de la démence.

J'ai connu deux étudiants en médecine, amaigris et affaiblis à vingt-cinq ou vingt-six ans, qui, à la suite de pertes séminales, se sont retirés en province, ont renoncé à tout avenir et se sont faits cultivateurs. L'un, amnésique et très diminué intellectuellement, a fini par se marier et n'a point eu d'enfants; l'autre, devenu profondément mélancolique, s'est étiolé, anémié, et est mort à la suite d'une phthisie rapide.

Un commissaire-priseur, à peine âgé de quarante ans, commettant sans cesse des erreurs et *très oublieux*, a dû abandonner son office. On a pensé au début d'une paralysie générale et l'on s'était déjà demandé si l'internement dans une maison de santé ne s'imposerait pas un jour ou l'autre. J'ai cru à un état spécial déterminé par la spermatorrhée, et les événements m'ont donné raison.

J'ai maintes fois refusé de séquestrer, depuis plus de dix ans, un névropathe de trente à quarante ans, jadis intelligent, bizarre, mélancolique à son heure, nourrissant des idées de suicide, formant des projets étranges d'expatriation, ayant à l'occasion de l'émotivité larmoyante, pusillanime, presque honteux, fuyant le monde, noctambule, passé presque à l'état de *non-valeur*, incapable de s'occuper utilement à quoi que ce soit et tombé à la charge de ses deux frères. Il était spermatorrhéique et il est grandement amélioré aujourd'hui; mais son niveau intellectuel a fléchi.

Toutes les fois que l'on a devant soi un homme jeune ou encore jeune qui paraît amoindri, insouciant, triste, n'accomplissant plus ses occupations ordinaires que machinalement, en quelque sorte, se plaignant de manquer de mémoire et n'écrivant plus avec le même entrain, n'omettez pas la possibilité de pertes séminales et ne vous arrêtez à aucun parti thérapeutique sans avoir dirigé votre examen de ce côté. On n'y pense généralement pas. On se laisse absorber par des préoccupations d'un tout autre ordre : phénomènes congestifs, menaces de paralysie générale ou de démence précoce, soupçons de syphilis cérébrale ou d'épilepsie larvée, etc. En agissant ainsi, on est très souvent dans le vrai; mais parfois aussi une spermatorrhée vient donner la clef de tous les phénomènes psychiques observés. Que l'adulte soit célibataire, marié, père de famille ou veuf, il importe peu; ne laissez point une inconnue dans le problème et sachez nettement à quoi vous en tenir sur le point qui nous occupe en ce moment.

Il me reste à vous dire quelques mots des *perversions* de l'intelligence qui marchent parallèlement ou font suite à l'amoindrissement de cette faculté. Au premier rang de ces perversions, il convient de placer les idées *hypochondriaques* auxquelles j'ai déjà eu l'occasion de faire allusion plus haut. Ces idées maladives constituent pour ainsi dire le fond du tableau morbide et les autres s'en déduisent d'ordinaire par un enchaînement plus ou moins logique. Je vous ai dit à quel point les spermatorrhéiques étaient préoccupés de leur état, surtout de leurs pertes séminales. Mais la sphère de leurs tourments, qui n'ont tout d'abord d'autre objet que ces pertes et l'impuissance dont elles sont souvent accompagnées, ne tarde pas à s'élargir. Alors mille symptômes imaginaires sont tour à tour ressentis et accusés et viennent accroître l'anxiété et les angoisses des malheureux malades. Je ne vous referai pas ici la description de l'hypochondrie; je vous l'ai tracée naguère.

Il peut arriver que cette hypochondrie, presque toujours tenace, s'accentue à un tel degré que les malades franchissent les frontières de la folie en deçà desquelles ils étaient restés jusqu'alors, pour pénétrer de plain-pied dans l'aliénation mentale. Pinel et Esquirol avaient noté l'influence que la masturbation et les excès vénériens ont sur le développement de la *lypémanie*. Chez les spermatorrhéiques, en effet, les idées hypochondriaques peuvent aboutir à la véritable *mélancolie*. La tristesse habituelle, chez ces malheureux, dégénère en un profond désespoir, en une sauvage misanthropie; les préoccupations maladives se transforment en

des craintes sinistres, en des appréhensions folles, en une conviction intime de ruine prochaine et de catastrophe imminente. Quelquefois la peur de l'avenir ne tient pas seulement aux soucis qu'occasionnent les souffrances, mais à des craintes relatives à la vie matérielle et à la fortune. Ceux qui sont dans les affaires se voient ruinés ou sur le point de l'être; et les calculs les plus clairs, les démonstrations les plus rigoureuses, ne les rassurent pas. Des rentiers, des propriétaires dont les revenus considérables ne peuvent courir aucune chance, n'en sont pas moins poursuivis par la crainte de mourir de faim, dans toute la rigueur de l'expression. Pareilles idées délirantes se rencontrent, vous le savez, chez les diabétiques, mais ici le diagnostic est facile à faire. En quelques instants, le doute est levé.

CROUP, TRACHÉOTOMIE

MÉTHODE DU DOCTEUR RENOU. — GUÉRISON RAPIDE

Par M. le docteur Bontemps (de Saumur).

Georges M... (de Saumur), âgé de trente-quatre mois, toussait légèrement depuis quelques jours. Le jeudi matin, 26 février 1885, il se plaint vaguement de la gorge. On avait attaché peu d'importance à ce *rhume*, quand, dans la soirée, la voix s'enroua au point d'effrayer les parents, qui me firent appeler.

26 *février*. Je me rends près de l'enfant, à huit heures du soir; il dormait très paisiblement, et j'attendis avant de l'éveiller qu'une secousse de toux m'ait donné quelque idée de son malaise. Pas de fièvre appréciable; Georges a joué avec son entrain habituel et a copieusement dîné. La toux attendue se produisit, caractéristique, et accompagnée d'un signe de gêne à la déglutition. Deux plaques de diphthérie couvraient l'amygdale droite. Pour cette nuit, je me contentai de faire déménager de la maison le frère (cinq ans) et la sœur (sept ans), d'administrer un vomitif qui, pour un temps très court, ramena la pureté de la voix, et de prescrire le traitement accoutumé : badigeonnage au jus de citron, eau de chaux, chlorate de potasse.

27 *février*. La nuit a été peu agitée, malgré la répugnance de l'enfant pour mes prescriptions. Il n'y a pas d'aggravation dans les symptômes.

Dès sept heures du matin, j'avais installé l'enfant dans une alcôve antiseptique à 22 degrés de chaleur, suivant la méthode de mon excellent confrère et ami le docteur Renou : fourneau à pétrole vaporisant le mélange :

℞ Acide phénique.	280 grammes.
— salicylique.	50 —
— benzoïque.	110 —
Alcool rect.	Q. s. pour 1 litre.

D. S. A.

Cuillerée à bouche, toutes les heures, dans une casserolle contenant 2 à 3 litres d'eau de sureau bouillante.

A dix heures du soir, il y a accentuation des symptômes, sifflement laryngien, toux et voix presque éteintes, adénite sous-maxillaire très légère, appétit presque nul, peu de tirage.

28 *février*. La nuit a été très agitée. Fièvre, dépression épigastrique profonde, tirage laryngien bruyant. L'enfant refuse toute nourriture. Plaques couvrant les deux amygdales.

Je demande qu'on m'adjoigne MM. les docteurs Besnard et Renou. Rendez-vous est pris pour la trachéotomie, acceptée avec confiance par les parents, dès qu'elle me paraîtra urgente.

A trois heures de l'après-midi, M. Besnard, sur notre invitation, pratique l'opération. Rejet abondant de fausses membranes par la canule. L'enfant est replacé dans son lit et livré aux seules influences des vapeurs antiseptiques.

1er *mars*. Nuit bonne; l'enfant a dormi un peu. Expulsion abondante de fausses membranes. Malheureusement on n'obtient que très difficilement de Georges qu'il avale quelques cuillerées de bouillon ou de chocolat.

L'irritation ressentie par l'absorption des vapeurs d'acide salicylique le fait supprimer du mélange.

2 *mars*. État parfait. Même difficulté de l'enfant pour accepter toute nourriture. Rejet d'une fausse membrane de 5 centimètres de largeur environ.

3 *mars*. Pendant vingt minutes, et sans le moindre malaise pour le petit malade, la canule est enlevée. Par prudence, on la replace. La plaie est aussi belle que possible, sans bourrelet œdémateux trop considérable. Plus de plaques dans la gorge. Fatigué de nos obsessions, Georges ne se décide à avaler qu'une bouteille entière de vin blanc de Saumur 1870, dans les vingt-quatre heures. Il paraît n'en aller que mieux, d'ailleurs.

4 *mars*. La canule est définitivement enlevée. La plaie est laissée, garantie par une cravate de tarlatane, à la seule action des vapeurs.

5 *mars* au 18 *mars*. La plaie bourgeonne sans incident; l'appétit est revenu en entier; la voix est bonne. Pas de paralysies.

20 *mars*. L'enfant complètement guéri est conduit à la campagne.

Angine diphthéritique, envahissement du larynx, période asphyxique d'allure rapide, trachéotomie impérieusement indiquée et pratiquée selon les règles, tout cela est pour ainsi dire classique dans la première étape du croup que nous relatons ici. Ce qui l'est moins, c'est la marche franche de la seconde étape : le 28 février à quatre heures du soir, la première fausse membrane trachéale est rejetée par la canule; le 3 mars, il n'y a plus de plaques diphthéritiques dans le pharynx, et cela sans le moindre traitement local; ce même jour, il est évident que la canule, enlevée impunément pendant vingt minutes, pouvait être supprimée : elle l'est le lendemain matin; alors la plaie bourgeonne rapidement et se cicatrise sans autre pansement qu'une cravate de tarlatane. Cette déroute de la diphthérie, je n'hésite pas à l'attribuer à la lutte par cette atmosphère énergiquement antiseptique que nous avons adoptée, à Saumur, à la suite des beaux résultats que nous avons vus réservés à la judicieuse méthode de notre ami le docteur Renou.

« L'opération... sans doute... mais cela ne réussit pas! » dit-on encore souvent.

Comment croire pourtant que cela ne réussisse qu'à Saumur, et que, depuis bientôt plus de trois ans, notre ville ait le privilège d'une série tout bonnement heureuse?

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 mars 1885. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

De l'excitabilité des nerfs. — **M. BROWN-SÉQUARD** rappelle avoir démontré, en 1849, que des nerfs moteurs dont la circulation est interrompue sur une grande partie de leur longueur peuvent cependant agir sur le muscle. Il est, depuis ce temps, bien souvent revenu à l'étude de cette question, il a fait sur ce sujet un grand nombre d'expériences. Il a constaté également la persistance de l'excitabilité des nerfs après la mort. Il a reconnu que la durée de cette excitabilité des nerfs après la mort est très variable selon l'état de contracture des muscles. Cette contracture des muscles existe presque toujours après la mort et apparait avant la rigidité cadavérique.

M. LABORDE a constaté l'existence de cette contracture. Il a

même vu le diaphragme, par exemple, présenter des contractions parfaitement rythmiques pendant un certain temps après la mort.

M. BROWN-SÉQUARD fait observer que non seulement le diaphragme, mais tous les muscles, tous les tissus contractiles sont capables de ces mouvements rythmiques. Ceux-ci s'observent surtout quand les animaux ont été refroidis.

PRÉSENTATIONS D'APPAREILS

Courants électriques. — M. D'ARSONVAL présente un appareil destiné à mesurer la quantité d'électricité qui traverse un muscle ou un nerf.

Appareil à projection. — M. D'ARSONVAL présente également un appareil à projection appelé à rendre de grands services. L'éclairage, dans cet appareil, est fourni par une lampe à pétrole à trois mèches plates dont l'une, centrale, est chauffée par les deux autres. Outre son prix relativement peu élevé, cet appareil présente de grands avantages.

M. MALASSEZ fait observer, à cette occasion, que l'éclairage à la naphthaline offre de grands avantages, surtout à cause de la blancheur et de la constance de la lumière, deux qualités bien précieuses pour les examens microscopiques.

M. HÉNOCQUE ajoute que l'appareil de M. d'Arsonval est très avantageux pour les démonstrations spectroscopiques.

Composition chimique des dents. — M. GALIPPE expose le résultat de ses recherches sur ce sujet. Nous les résumons ci-après : Les dents d'adultes à l'état normal renferment 25 p. 100 de matières organiques, et 74 p. 100 de matières minérales. Les dents de lait ont une composition notablement différente ; c'est ainsi que la proportion de matières organiques s'élève à plus de 30 p. 100, tandis que les matières minérales n'atteignent que 69 p. 100. De plus, les dents de lait contiennent plus de carbonate de chaux et de magnésie, ce qui contribue à leur donner encore une vulnérabilité plus grande que celle des dents permanentes.

M. Galippe s'est occupé également de la présence du fer dans les dents normales. D'après lui, bien que l'on trouve plus de fer dans les dents de lait que dans les dents permanentes, néanmoins la proportion de ce métal est toujours faible et proportionnelle à la quantité de sang renfermé dans les vaisseaux de la pulpe.

Après avoir résumé nos connaissances actuelles sur le rôle de la silice dans l'économie, M. Galippe établit que toutes les dents renferment de la silice, mais qu'elles n'en renferment pas toutes en égale quantité. C'est ainsi que les grosses molaires renferment plus de silice que les canines, et celles-ci davantage que les incisives ; de telle sorte que la silice paraît être d'autant plus abondante que la résistance de la dent doit être plus grande, sans qu'il soit possible d'établir cependant dans quelle proportion la silice contribue à cette résistance, étant donné qu'elle ne figure jamais pour plus de 0,50 p. 100.

Après plusieurs essais infructueux, M. Galippe a réussi à mettre en lumière la présence du fluor dans les dents fraîches. C'est par la décomposition du fluorure de silicium par l'eau en silice et en acide hydrofluosilicique qu'il est parvenu à faire cette démonstration. Ajoutons toutefois que le fluor est en proportion très faible, très inférieure à ce que l'on croit généralement. Il n'en est pas de même pour les dents fossiles qui peuvent en renfermer des quantités considérables.

M. Galippe termine ces considérations à la fois chimiques et physiologiques par l'analyse des dents supplémentaires, dont la composition, variable d'individu à individu, subit, comme celle des dents normales, les oscillations de la nutrition et n'en diffère pas essentiellement.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

XXXIX

Le 8 août 1811, j'obtins un congé pour aller revoir ma famille et je pus profiter d'une forte escorte qui protégeait le maréchal se rendant en France par la ligne directe de Zuera, Jaca, Urdos ; j'étais heureux de traverser une partie de l'Aragon qui était nouvelle pour moi. On pénètre du versant espagnol dans le versant français par la crête que l'itinéraire d'Antonin désigne sous le nom de *Summum pyrenæum* et que l'on appelle *Somoport* dans le pays. Le 14, j'arrivai à Pau et le 15, jour de la fête de l'empereur, j'allai admirer au village de Jurançon, célèbre par ses vins, la fraîcheur des Béarnaises qui contraste avec le teint hâve des Espagnoles, et le costume blanc éclatant des premières si différent des sombres vêtements d'au delà des monts. Le 17, j'étais à Saint-Sever ; je n'y passais que dix jours et j'étais loin de penser alors que je voyais pour la dernière fois mon vénéré père.

Le 8 septembre, je partis de Bayonne avec un convoi de 100 chariots d'artillerie escorté par 4000 hommes pour me rendre à Saragosse en passant par Saint-Jean de Luz, Irun, Ernani, Tolosa, Lecombery, Pampelune, Tafalla, Caparosa, Tudela, Mallens et Alagon. Le 23 septembre, lorsque j'arrivai à Saragosse, le quartier général était parti pour Valence dont on avait décidé de faire le siège.

Le 1er octobre, après avoir vainement attendu pendant huit jours une escorte, je profitai du départ du général du génie Rogniat, qui se rendait aussi au quartier général, et nous prîmes ensemble la route de Tortose par Pina, Bujalaros, Caspè, Batea, Pinel. Après Amposta et San Carlos ou la Rapita, tout près de la mer, nous passons sur un pont la Cenia, qui sépare la Catalogne du royaume de Valence. Nous faisons halte à Vinaros, petite ville dont la campagne est très bien cultivée. A l'église paroissiale, nous visitâmes le tombeau du duc de Vendôme, petit-fils du bâtard d'Henri IV, qui mourut à Vinaros en 1712, en achevant la soumission de l'Espagne sous Philippe V. Les vins de Vinaros et de Beni-Carlo sont d'un noir foncé, très recherchés pour faire des coupages. A une lieue de Beni-Carlo, j'accompagnai le général Rogniat dans une reconnaissance du fort de Peniscola occupé par l'ennemi et situé sur un rocher immergé ; au temps des Templiers, c'était déjà une place forte. Le 10, à Torreblanca, nous apprenons la reddition du fort d'Oropesa avec sa garnison de 200 hommes ; une batterie de quatre pièces de 24 a suffi pour battre en brèche et terminer le siège. Les plantations de caroubiers et de vignes sont les principales productions du pays. Le 12, après avoir traversé la riche plaine de Castillon de la Plana, qui est fertilisée par le Millarès et s'étend entre la mer et les montagnes, nous arrivons au quartier général, qui, depuis trois semaines, est fixé près d'Almenara.

Après la rude campagne de Tarragone, le maréchal Suchet avait reçu de l'empereur l'ordre de se porter sans retard sur Valence pour en faire le siège. Les troupes s'étaient mises en marche dès la mi-septembre, les unes se dirigeant par la route de Tortose, les autres par celle de Ternel ; on arriva jusqu'à Murviedro sans rencontrer aucun obstacle. On n'avait que des renseignements fort vagues sur le fort de Sagonte qui couvre cette ville, *Muri veteres* des Romains ; on croyait ce fort à peine armé de canons. L'escalade fut tentée dans la soirée du 2 octobre ; nos soldats furent repoussés avec une perte assez considérable. On dut se décider à préparer le siège en commençant par le fort d'Oropesa dont la possession devenait indispensable pour le transport de notre artillerie de Tortose. Comme je l'ai dit plus haut, ce fort fut attaqué et pris le 10 octobre ; on s'occupe maintenant du siège de Sagonte.

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 mars 1884.

Le 17, du haut d'une butte voisine de Murviedro, je fus témoin de l'attaque par une batterie de trois pièces de 24 et cinq mortiers qui lancent des bombes. Les assiégés se défendent vigoureusement dans la forteresse dont le rocher qui lui sert de base me paraissait inaccessible. Le 18, à la pointe du jour, on bat en brèche avec une pièce de 24 supplémentaire; vers cinq heures du soir, nos canons cessent le feu; une colonne de 400 hommes d'élite, commandée par le colonel Matis, s'élance à l'assaut par la brèche, qui était longue et escarpée; les autres colonnes, mal dirigées, ne soutinrent pas à temps l'élan de la première qui, seule en butte aux coups pressés de l'ennemi, réitéra ses efforts pour se maintenir sur la brèche, mais se vit enfin forcée de se replier. Au premier moment de l'assaut, les assiégés paraissaient inquiets, hésitants; mais en observant l'insuffisance de l'appui fourni à notre première colonne, ils affluèrent sur la muraille et firent pleuvoir sur les assaillants une quantité considérable de balles, grenades en verre et pierres qui firent beaucoup de ravages parmi les plus hardis de nos soldats. Leur audace s'accrut tellement après le mouvement de notre retraite qu'ils se présentèrent à découvert sur la crête de la brèche, gesticulant d'une manière insultante. Quelques coups de notre artillerie furent si bien ajustés qu'on vit plusieurs de ces téméraires lancés en l'air par nos boulets pendant que nos soldats étaient encore au bas de la brèche.

En voyant avec douleur ce double échec de l'escalade et de l'assaut, nous évoquions le souvenir multiséculaire des habitants de Sagonte qui se brûlèrent plutôt que de se rendre au général carthaginois Annibal (219 av. J.-C.).

Le maréchal fit venir de Tortose un renfort de batteries.

Le 25, cédant à mes goûts aventureux, je me hasardai à pénétrer dans les chemins couverts pratiqués sur le rocher de la citadelle avec des sacs de terre; j'arrivai à la batterie de brèche commandée par d'Esclaibes. Neuf pièces de 24, autant de mortiers et d'obusiers attaquent le fort sur trois points différents. J'avais à peine mis le pied dans l'enceinte de la batterie que je vis tomber près de moi un soldat italien qui s'était imprudemment mis à découvert en dehors de l'épaulement; il était atteint d'une balle en pleine poitrine. Il eut encore la force de se traîner dans la batterie et expira sans pousser une plainte. Cet événement me fit une vive impression; après avoir assisté au pointage de quelques coups de canon dont un, habilement dirigé par mon ami, fit sauter en l'air un audacieux qui, pour nous narguer, dansait sur la crête de la brèche, je regagnai, tête baissée, le large des retranchements et mon véritable poste professionnel. A cette époque toute guerrière et meurtrière, le médecin militaire ne devait pas rester étranger, au moins théoriquement, à cette science atroce de donner ou de recevoir la mort.

Ce même jour, pendant que nos projectiles portaient la ruine et la destruction sur les murs de la redoutable forteresse, toute notre armée, c'est-à-dire 15000 hommes, fit un mouvement pour aller à la rencontre de l'armée valencienne qui, commandée par le général Blake, au nombre de 30000 hommes, s'avançai pour faire lever le siège de Sagonte. La victoire resta longtempt indécise; l'armée espagnole fut coupée en deux par les habiles manœuvres de notre cavalerie qui poursuivit l'ennemi jusqu'aux portes de Valence. On ramena 3500 prisonniers et 15 pièces d'artillerie. Le maréchal fut légèrement blessé à l'épaule. Le gain de la bataille de Sagonte décida du succès de la campagne.

26. Nous nous rendons à Murviedro, croyant qu'on livrerait l'assaut; mais nous constatons avec surprise un profond silence de part et d'autre. La journée se passe en négociations; enfin, à huit heures du soir, les 2500 hommes qui formaient la garnison du fort défilent par la brèche au bas de laquelle ils déposent leurs armes et demeurent nos prisonniers. Cette victoire est aussi importante que celle d'hier; elle en est le résultat.

27. Je visite le fort de Sagonte; c'est une position réellement inexpugnable. En sacrifiant beaucoup d'hommes nous aurions peut-être réussi à monter sur la brèche du corps de la place; mais il eût été extrêmement difficile de s'y maintenir parce qu'on se trouvait immédiatement sous le feu d'une batterie de quatre pièces en batterie sur un tertre (cavalier). D'ailleurs la disposition stratégique est telle qu'il eût fallu faire trois sièges successifs pour s'emparer de toutes les fortifications.

UN MOT SUR ALMENARA.

Almenara, qui était autrefois, du temps des Maures, une place importante (Mariana), est une ville de quatre ou cinq cents familles, entourée d'une muraille percée de quatre portes, au pied d'une montagne escarpée dont le sommet est couronné par un fort très endommagé, à une petite distance de la mer. Les caroubes, l'huile, le vin, peu de froment, le riz, forment les productions du pays; la culture du riz, qui a été interdite pendant cinquante ans, a été reprise l'année dernière. En ce temps de révolution, l'appât du gain l'emporte chez le paysan sur les considérations d'hygiène publique. Les monticules des environs d'Almenara sont hérissés de *figuiers de Barbarie (cactus opuntia)*. La chaîne des monts Espadan commence à Almenara.

30 octobre. — Le quartier général se fixe à Murviedro.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

Suite des questions mises à l'ordre du jour du Congrès.

I. *Étiologie et pathogénie des infections chirurgicales.*

M. le docteur Abadie, à Paris. — Microbes et diathèses.

M. le docteur Chappelin, à Marseille. — Discussion.

II. *Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale.*

M. le professeur Verneuil, à Paris. — Des urines à dépôt rose comme indice d'une affection hépatique.

III. *Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne.*

M. le docteur Bousquet, à Paris. — Pansements antiseptiques dans la chirurgie d'armée.

M. le docteur Alphonse Guérin, à Paris. — Du pansement ouaté dans la chirurgie d'armée.

M. le docteur H. Arragon, à Alençon. — Du pansement à l'alcool dans la chirurgie d'armée.

IV. *Cure des abcès froids.*

M. le professeur Jules Bœckel, à Strasbourg. — Discussion.

M. le docteur Bouilly, à Paris. — Des résultats primitifs et éloignés du traitement des abcès froids, d'après des observations personnelles.

M. le docteur Chappelain, à Marseille. — Discussion.

M. le professeur Ollier, à Lyon. — Traitement des diverses formes d'abcès froids.

V. *Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.*

M. le docteur Chavasse, à Paris. — Discussion. — Traumatisme de l'intestin sans lésion des parois abdominales.

M. le docteur Vaslin, à Angers. — Biscayen ayant pénétré dans l'abdomen, resté inclus dans la fosse iliaque interne, indications opératoires. — Discussion.

QUESTIONS DIVERSES.

M. le docteur H. Arragon, à Alençon. — Présentation d'un instrument pour la section des métacarpiens.

M. le professeur Badal, à Bordeaux. — Sur les sutures scléroticales.

M. le professeur Jules Bœckel, à Strasbourg. — De la trépanation du crâne dans le traitement des traumatismes. — Trois cas de cholécystotomie, avec présentation d'un malade.

M. le professeur Eugène Bœckel, à Strasbourg.— De la résection de la hanche dans la coxalgie ; ses indications et ses résultats ultérieurs.

M. le docteur Cauvy, à Béziers. — Des indications de la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques.

M. le docteur Cazin, à Berck. — Sur la coxalgie.

M. le docteur Dehenne, à Paris. — De l'avancement musculaire dans la paralysie oculaire. — Observation de rappel de diathèse (impaludisme) à la suite d'un traumatisme de l'œil.

M. le docteur Dransart, à Saumain.— Du traitement de la myopie progressive par l'iridectomie et la sclérotomie.

M. le docteur Drouineau, à La Rochelle. — La ponction vésiculaire aspiratrice.

M. le docteur Fontan, à Brest. — Indications de l'anus lombaire et de l'anus iliaque dans le cas de cancer du rectum.

M. le docteur Galezowski, à Paris. — De l'opération de la cataracte.

M. le professeur Ollier, à Lyon.— Origine et nature de la coxalgie.

M. le professeur Jacques Reverdin. — Procédé d'extirpation de l'astragale et de résection tibio-tarsienne. — De l'ostéotomie sous-trochantérienne anéiforme ou linéaire.

M. le docteur Rouge, à Lausanne. — Sur la perforation des sinus sphénoïdaux dans le traitement de l'ozène.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

75. M. Fortineau. Des impulsions au cours de la paralysie générale. — 76. M. Voituriez. Considérations sur la durée de la grossesse dans ses rapports avec l'ovulation et la menstruation. — 77. M. Année. Thrombose de la veine porte dans la cirrhose. — 78. M. Sciaky. De la cocaïne envisagée particulièrement en ophthalmologie. — 79. M. Laroche. Contribution à l'étude de la métrorrhagie symptomatique. — 80. M. Darrigarde. Du ptérygion et de son traitement. Méthode dite par enroulement. — 81. M. Cohen. De la gastrotomie dans les rétrécissements non cancéreux de l'œsophage. — 82. M. Duroselle. Du xanthélasma. — 83. M. Vazeille. Complications pulmonaires de la fièvre typhoïde simulant la tuberculose. — 84. M. Pérochaud. Recherches sur les tumeurs des glandes salivaires. — 85. M. Darier. De la broncho-pneumonie dans la diphthérie. — 86. M. Gallois. Abcès miliaires des reins dans la fièvre typhoïde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 mars 1885, M. Noguès, aide-médecin de la marine démissionnaire, a été nommé aide-médecin dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle, en date du 18 mars 1885, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Chevassu, pour le 5e bataillon de chasseurs à pied ; Gazin, pour le 26e dragons ; Lemarchand, pour le 1er zouaves.

MM. les médecins aides-majors de première classe Fribourg, pour le 3e chasseurs d'Afrique ; Gaillard, pour le 22e d'artillerie ; Bimler, pour le 44e d'infanterie ; Comte, pour le 36e d'artillerie ; Cahier, pour le 4e tirailleurs algériens.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Gleize, pour le 1er pontonniers ; Péradon, pour le 2e spahis ; Nicolas, pour le 1er du génie ; Knoll, pour le 31e d'artillerie.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Péré, pour l'hôpital de Bayonne.

— A l'occasion des congés de Pâques, la Faculté de médecine de Paris sera fermée, du lundi 30 mars 1885 au samedi 11 avril inclusivement. Pendant ce temps, il n'y aura ni cours ni examens.

Le secrétariat sera fermé, du vendredi 3 au mercredi 7 avril inclusivement, les inscriptions seront délivrées les 1er et 2 avril, et les consignations seront reçues les 30 et 31 mars 1885.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Loye, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du cours de médecine légale, en remplacement de M. Josias, démissionnaire.

— Les candidats inscrits pour le concours du prosectorat, au nombre de quinze, sont : MM. Assaki, Beurnier, Boiffin, Broca, Chaput, Clado, Damalix, Festal, Hache, Hallé, Hamonic, Hartmann, Metaxas, Phocas, Vallin.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Boinet est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes.

— M. Renault, aide-naturaliste de la chaire de botanique (organographie) au Muséum, est attaché, en la même qualité, à la chaire de botanique (classifications et familles naturelles).

— M. le docteur Deschamps a été élu hier dimanche conseiller municipal de Paris pour le quartier de la Sorbonne.

— M. le docteur Hahn, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre de la commission centrale des bibliothèques universitaires, en remplacement de M. Chéreau, décédé.

— M. Borelli (Jules) est chargé d'une mission au Choa, à l'effet d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'État.

M. Balansa, naturaliste, est chagé d'une mission au Tonkin, à l'effet d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'État.

— M. le docteur Auché est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Poitiers.

M. le docteur Courbet est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Toulouse.

— Dans sa séance du 25 février, la Société de biologie a décerné le prix Godard à M. le docteur Leblond, pour son étude physiologique et thérapeutique sur la caféine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Georges Camuset, dont les lecteurs de la *Gazette* ont pu apprécier dans ces dernières années le gracieux talent poétique.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Bouchard commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales, le mardi 24 mars 1885, à cinq heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. le docteur Straus, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'anatomie pathologique, le mercredi 25 mars 1885, à trois heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. le professeur Guyon commencera le cours de pathologie chirurgicale, le 25 mars 1885, à trois heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Doléris, chef de clinique d'accouchements de la Faculté, commencera son cours le jeudi 26 mars, à quatre heures. Le cours est complet en deux mois ; on s'inscrit à la Clinique, 89, rue d'Assas.

— *Muséum.* — M. le professeur Georges Ville commencera son cours de physique végétale le vendredi 27 mars, à trois heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Dans la première partie du cours, le professeur traitera des conditions qui déterminent, favorisent et règlent la production des végétaux. Pendant les mois de mai et de juin 1885, le professeur fera six conférences pratiques au laboratoire de physique végétale, 43 bis, rue de Buffon.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Hautefeuille ouvrira le cours de minéralogie le jeudi 26 mars 1885, à deux

heures trois quarts, et le continuera les lundis et jeudis suivants à la même heure. — Il étudiera les caractères généraux des minéraux.

— Le mardi 24 mars 1885, à trois heures et demie, M. Jules Gay soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : De l'absorption du bioxyde d'azote par les sels de protoxyde de fer.

— Le samedi 28 mars 1885, à trois heures et demie, M. Fousseau soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour sujet : Recherches expérimentales sur la résistance électrique des substances isolantes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17590.

N° 36. — JEUDI 26 MARS 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 26 MARS 1885. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Que l'érysipèle soit au nombre des complications possibles des plaies dont les méthodes antiseptiques ont diminué les résultats funestes, cela ne fait doute aujourd'hui à peu près pour personne.

La discussion porte sur le point de savoir dans quelle proportion cette influence, incontestablement heureuse, de l'antisepsie, a pu ou peut se faire sentir.

M. Alphonse Guérin est convaincu qu'il est facile d'arriver à une suppression complète, absolue, de l'érysipèle traumatique, du moment où le chirurgien, faisant les pansements par lui-même, appliquera rigoureusement les principes de ces méthodes. Il préconise particulièrement les pansements ouatés, dont il est l'inventeur.

M. Polaillon recommande une solution assez forte d'acide phénique.

M. Panas, qui s'est spécialement occupé de l'asepsie à obtenir pour les opérations pratiquées sur les yeux, préfère les sels mercuriaux en solutions extrêmement étendues. Ce sont, suivant lui, les moins irritants, en même temps que les plus efficaces des antiseptiques.

Quel que soit, du reste, l'agent employé, le résultat semble toujours être une diminution considérable de la mortalité due à l'érysipèle, ainsi que de la mortalité due à toutes les autres complications.

Le fait est que la chirurgie est entrée dans des voies absolument nouvelles, par suite de la sécurité que procure l'antisepsie; et bien que le principal mérite en revienne à M. Pasteur, au point de vue de la théorie, ceux qui, comme M. Guérin, comme M. Lister, ont fait entrer dans la pratique les applications de cette théorie, ont rendu un service immense à la science médicale comme à l'humanité.

Lundi dernier, l'Académie des sciences avait au nombre des candidats qui se présentaient à ses suffrages, au titre étranger, M. Lister; et ce n'est pas lui qu'elle a nommé. C'est regrettable.

HOTEL-DIEU. — M. TILLAUX.

Fracture du larynx; tumeur blanche du genou gauche; amputation de cuisse à lambeau externe.

Les événements se sont produits comme je l'avais prévu pour le malade atteint de fracture du larynx dont je vous ai parlé dans la dernière leçon (1). La dyspnée a augmenté le jour même de plus en plus et avec une telle rapidité que lorsque M. Marciguey, l'interne du service, a pratiqué la trachéotomie, le malade était en état de mort apparente et qu'il a fallu recourir à la respiration artificielle. Depuis ce moment, le malade va très bien, et tout fait espérer une marche régulière vers la guérison. Je pense que, dans un cas semblable, il ne faudrait pas attendre pour pratiquer la trachéotomie aussi longtemps que nous l'avons fait ici. Je serais disposé à intervenir préventivement aussitôt que les premiers symptômes de dyspnée se présenteraient.

Combien de temps laisserons-nous la canule en place? Je n'ai pas d'expérience en ce qui concerne les fractures du larynx, mais il me paraît rationnel de la laisser longtemps, une vingtaine de jours au moins, jusqu'à ce que la consolidation ait commencé de s'opérer entre les deux lames du cartilage thyroïde, et que la glotte soit reconstituée.

Nous avons à pratiquer dans le service trois amputations de cuisse, toutes les trois sur des femmes et pour des cas pathologiques. Je ferai aujourd'hui celle qui me paraît la plus urgente.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, atteinte d'une tumeur blanche du genou gauche. Cette malheureuse est entrée dans le service, le 3 février, à bout de forces et de douleurs, réclamant instamment l'amputation de la cuisse. Ayant toujours joui d'une bonne santé jusqu'alors, bien réglée, mère de trois enfants, cette femme ressentit les premières atteintes de sa maladie il y a quatre ans environ. Elle lutta aussi longtemps qu'elle put, et ne se fit soigner que lorsqu'elle fut vaincue par la douleur. Survinrent alors des abcès, des fistules, la flexion de la jambe sur la cuisse, un état fébrile continu, la déperdition des forces, l'amaigrissement, sans diarrhée toutefois ni crachements de sang.

Voici rapidement l'état dans lequel nous la trouvons aujourd'hui : Flexion complète de la jambe sur la cuisse, incomplète de la cuisse sur le bassin ; genou gauche beau-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 251.

coup plus volumineux que le droit ; empâtement de toutes les parties qui avoisinent la rotule, sensation de fongosités ; fistules multiples dans le creux du jarret ; vaste abcès occupant les faces antérieure et interne de la cuisse dans l'étendue de son tiers inférieur. Douleurs intenses et continues ; la malade est émaciée. Toux sans expectoration ; craquements humides au sommet gauche.

L'état général de cette malade ne contre-indique pas absolument une intervention. D'autre part l'amputation de la cuisse s'impose tellement, en raison de la gravité de l'état local, que je ne crois pas nécessaire de la justifier devant vous.

Quel genre d'amputation allons-nous pratiquer ? C'est là le côté clinique intéressant sur lequel je désire appeler votre attention.

L'amputation circulaire est en quelque sorte la méthode classique pour la cuisse. Est-elle applicable à ce cas particulier ? Je ne le crois pas. En effet, remarquez que l'abcès remontant très haut sur les faces antérieure et interne de la cuisse, la section circulaire de la peau devrait être pratiquée au-dessus de l'abcès, et la section de l'os par conséquent reportée très haut vers la racine du membre. Or une règle générale de pratique chirurgicale est de garder la plus grande longueur de membre possible. J'ajouterai que si l'on se décidait à l'amputation circulaire, il faudrait renoncer au bénéfice de la bande et du tube d'Esmarch qui, une fois en place, ne permettraient pas une rétraction suffisante de la manchette. Cette objection est d'ailleurs applicable à l'amputation circulaire, même au tiers inférieur de la cuisse, ce qui m'a engagé à y renoncer depuis un certain nombre d'années.

L'amputation à deux lambeaux est-elle possible ? Non, puisque les faces antérieure et interne ne peuvent fournir de lambeau. Nous pratiquerons donc l'amputation à un seul lambeau. C'est d'ailleurs, à mon avis, la méthode de choix pour la cuisse ; mais, dans le cas particulier, il n'y a pas d'hésitation possible, puisque c'est la seule applicable.

Le lambeau antérieur est celui que je préfère en général, mais comme il n'y a ici de chairs à peu près saines qu'à la face externe de la cuisse, nous ferons une amputation à lambeau externe.

Comment convient-il de tailler le lambeau ? Il en faut d'abord établir la longueur. Pour cela, prenez avec un compas d'épaisseur le diamètre du membre, dans le point où doit porter la section de l'os, et partant de ce point, donnez à votre lambeau la longueur d'un diamètre et demi ; tracez-en au besoin le contour avec un crayon dermographique. Pratiquez ensuite deux incisions verticales situées aux diamètres opposés du membre, reliées en bas par une incision horizontale. Faites un lambeau carré à angles arrondis, sinon il deviendra pointu après la taille. Les trois incisions pourront être faites dans un même temps ; elles comprendront la peau, la couche graisseuse sous-cutanée, et l'aponévrose d'enveloppe sans intéresser les muscles. Disséquez ces trois couches sur la hauteur de trois travers de doigt environ. Pratiquez alors de nouveau votre grande incision curviligne, mais cette fois à travers toute l'épaisseur de la couche musculaire. Faites cette section de dehors en dedans, non par transfixion, et détachez les muscles de l'os jusqu'à la base du lambeau que vous relevez ensuite et confiez à un aide.

Faites alors la section de la peau sur la face du membre opposé à celle qui a fourni le lambeau. Coupez les trois couches enveloppantes, dans un premier temps, à deux travers de doigt environ au-dessous de la base de votre lambeau ; faites rétracter ces couches et tranchez ensuite d'un seul coup les muscles juste au niveau de la base du lambeau. En opérant ainsi, la peau déborde de tous côtés la masse musculaire que vous auriez peine à contenir sans cette précaution, et vous recouvrirez néanmoins très complètement l'extrémité de l'os avec les muscles. Détachant ensuite avec un bistouri les quelques fibres adhérentes au fémur ainsi que le périoste, vous placez la compresse fendue à deux chefs et sciez l'os avec la scie à arbre ordinaire.

La nécrose d'une rondelle de fémur est un accident assez fréquent à la suite des amputations de la cuisse, et on l'attribue en général à ce que le périoste a été décollé à une certaine distance au-dessus du point où a porté la scie. Cette petite faute peut sans doute y contribuer et on doit l'éviter ; mais ce n'est pas, à mon avis, la cause principale de la nécrose. Après la section de l'os, il s'écoule assez souvent une certaine quantité de sang par le canal médullaire ; pour l'arrêter on applique le doigt, un morceau d'amadou, même une boulette de charpie ou de coton. Par cette dernière pratique surtout, on refoule la moelle dans le canal médullaire et on la décolle jusqu'à une certaine distance. Je ne doute pas que ce soit à cette manœuvre qu'il faille attribuer la nécrose totale de l'extrémité de l'os. Depuis que j'ai fait cette observation, j'attends patiemment que le sang cesse de couler par le canal médullaire, avant de faire les sutures, et je n'ai plus eu de nécrose.

La malade a été opérée par le procédé indiqué plus haut. L'amputation a présenté quelques difficultés en raison de l'attitude du membre, que l'on n'a pu corriger sous le chloroforme. L'artère fémorale a été tordue. Malgré l'infiltration et l'induration du lambeau, la suture a été faite aussi exactement que possible, avec des fils métalliques ; drainage, pansement de Lister.

Ce premier pansement a été enlevé le cinquième jour, ainsi que les sutures. Le lambeau était réuni par toute sa circonférence. La malade n'a plus eu ni fièvre ni douleurs depuis son opération, et nous pouvons la considérer comme guérie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy.

De quelques manifestations du diabète.

Au n° 2 de la salle Saint-Charles est entré, il y a cinq semaines, un homme atteint de diabète.

Ce malade, âgé de vingt-quatre ans, est maigre, étique, à ce point qu'il semble, pour ainsi dire, n'avoir plus de muscles, et l'on ne croirait jamais qu'il ait pu exercer jusque dans ces derniers temps un métier exigeant une certaine vigueur. Après avoir travaillé aux champs jusqu'à l'âge de dix-huit ans, il était venu à Paris et s'était fait maçon.

Ses antécédents personnels sont des meilleurs aussi bien que ses antécédents héréditaires.

Il est entré, en somme, dans nos salles, pour un état des plus prononcés de déchéance physique. En effet, tout en mangeant d'une façon formidable depuis le mois de mai dernier, époque à laquelle son appétit s'est considérable-

ment accru, tout en buvant aussi beaucoup, il a vu ses forces diminuer rapidement, son corps maigrir, en même temps qu'il éprouvait une véritable frigidité génitale. Par l'ensemble des faits que nous avons pu constater, le diagnostic était facile. Il s'agissait d'un diabète. L'examen des urines l'a d'ailleurs confirmé. Celles-ci, rendues à la dose de 5 à 6 litres par jour, étaient d'une densité de 1030 et renfermaient 120 à 125 grammes de sucre par litre, de sorte qu'en réalité le malade rendait de 500 à 600 grammes de sucre par jour.

Je veux profiter de la présence de ce malade dans nos salles pour appeler l'attention sur quelques-unes des manifestations du diabète qui doivent toujours éveiller l'esprit des médecins sur cette affection, alors que rien ne vient les expliquer.

Beaucoup d'accidents diabétiques passent inaperçus du médecin, du malade lui-même bien souvent, faute de se manifester avec grand fracas, et la maladie court le risque d'être plus ou moins longtemps méconnue, jusqu'au jour où apparaissent les phénomènes incontestables du diabète.

Ainsi la faiblesse générale qu'éprouvent les malades sans cause apparente, sans qu'ils puissent s'en expliquer la raison, alors qu'ils jouissent, en apparence, d'une parfaite santé et qu'ils ont conservé leur embonpoint ordinaire, est souvent l'un des meilleurs signes de cette maladie.

Un jour, un homme très fort en apparence, parfaitement développé, d'une belle musculature, vient me consulter pour un état de faiblesse, qui, dit-il, augmente de jour en jour. Il n'existe chez lui ni polyphagie, ni polydipsie, ni polyurie, et cependant la densité de l'urine est de 1031, et nous trouvons par l'analyse 54 grammes de sucre par litre d'urine. La sécrétion urinaire n'a pas augmenté, — un litre par jour, — il n'y a ni frigidité, ni narcolepsie, phénomènes souvent révélateurs à eux seuls du diabète.

Autre fait :

Je donnais, depuis plusieurs années, des soins à une jeune femme de trente ans, mariée depuis onze ans, mère de quatre enfants, et dont le mari, âgé de quarante et un ans, était un négociant très fort, très vigoureux, qui dirigeait ses affaires avec beaucoup d'intelligence. Consulté, certain jour, par cette femme pour quelques troubles qui pouvaient faire présumer quelque nouvelle grossesse, je lui demandai si elle n'était pas enceinte. Elle me répondit négativement, m'avouant, en rougissant, que son mari était devenu d'un paternel désolant. Cependant il n'était point malade ; il mangeait et buvait comme d'habitude ; mais à chaque instant il s'endormait, voire même en travaillant ou en dînant. Cette narcolepsie et cette frigidité génitale éveillèrent mon attention sur la possibilité d'un état diabétique. J'appris que cet homme urinait la valeur de deux litres par jour, et je constatai que ces urines contenaient 45 grammes de sucre par litre, soit 90 grammes par vingt-quatre heures. Un traitement approprié eut bientôt raison du diabète qui venait de nous être révélé, et aujourd'hui la quantité de sucre rendu dans les vingt-quatre heures ne dépasse pas la dose de 5 à 7 grammes.

Ce fait n'est pas tout à fait récent, et je le racontais ici même, il y a deux ans, dans une de mes leçons cliniques, et j'insistais sur le phénomène de narcolepsie, qui ne saurait être vu avec indifférence, car il cache souvent derrière lui un état maladif. Un de mes externes, assistant à la leçon, en avait été vivement frappé ; il s'en allait le lendemain passer quelques jours auprès de sa famille. Mais quelle ne fut pas sa surprise de voir son père, âgé de soixante et un ans, mais toujours très vigoureux et très intelligent, s'endormir à table soir et matin à chaque repas! Quelques jours plus tard, cet élève revenait à Paris avec un flacon d'urine, dans laquelle nous trouvions 59 grammes de sucre par litre, soit 177 grammes de sucre pour trois litres environ d'urine. Grâce à un traitement hygiénique, aux eaux de Vichy et à l'entraînement, cet homme ne fait plus aujourd'hui que de 3 à 7 grammes de sucre par jour ; sa santé est revenue, et il ne dort plus à tout moment comme par le passé.

La narcolepsie est donc un fait très important, capable de mettre sur la piste d'un diabète resté jusque-là absolument méconnu.

Il est une autre manifestation morbide qui peut également, dans certains cas, aider au diagnostic du diabète. Je veux parler des douleurs cutanées, des dermalgies que l'on observe chez certaines femmes. Ces dermalgies sont assez communes dans le diabète ; elles sont souvent aussi horriblement douloureuses et se manifestent par plaques en tel ou tel point du corps ou des membres.

Ces manifestations dermalgiques du diabète sont généralement l'apanage du vieillard ; il en est pour elles comme pour le zona, qui, généralement supportable chez l'adulte, est extrêmement douloureux chez le vieillard. Je vous citerai, comme exemple, celui d'un homme de soixante-quatre ans, négociant, vigoureux, jouissant ordinairement d'une bonne santé, si ce n'est qu'il était quelque peu arthritique. Un jour, forcé de monter sur l'impériale d'un tramway, il éprouve un refroidissement et rentre chez lui. Le lendemain matin, il se réveille avec une douleur dans la région du cubital gauche, douleur qui va en augmentant et devient telle que le malade est forcé de prendre le lit, et que le moindre déplacement du membre supérieur gauche lui arrache des cris. Je suis appelé auprès de lui. Au premier moment, le diagnostic était assez difficile. Nous n'avions affaire ni à un ancien syphilitique, ni à un paludéen. Bref, par exclusion, j'en arrivai à me demander s'il ne s'agissait pas d'un diabétique. Cependant cet homme n'avait ni polyurie, ni polyphagie, ni polydipsie. Mais lorsque, par acquit de conscience, j'eus examiné les urines, la lumière fut faite. Mon malade rendait 125 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures. J'instituais immédiatement un traitement antidiabétique, et trois semaines plus tard, je ne trouvais plus que 6 grammes de sucre. Aujourd'hui cet homme va très bien.

Ces névralgies ou ces névrites ne sont pas les manifestations les plus communes du diabète. Les accidents les plus fréquents sont ce que l'on a appelé les phénomènes acétonomiques : abattement, stertor, coma, etc., qui conduisent souvent de vie à trépas, en quelques heures, un malade dont le diabète était resté jusque-là inaperçu. Il n'est pas d'années où nous n'enregistrions de pareils faits.

Je pourrai vous citer à ce propos l'histoire d'un malade de M. Charcot, publiée, il y a quelques années, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, l'histoire d'un diabétique sans le savoir, âgé de cinquante et un ans, qui vient passer vingt-quatre heures à Paris, fait, par une journée des plus chaudes de l'année, des courses nombreuses et fatigantes, rentre à l'hôtel épuisé, abattu, tombe dans le coma et meurt pendant la nuit. Et combien de faits plus ou moins semblables je pourrais vous raconter! Aussi j'appelle vivement votre attention sur de pareils accidents, survenant à la suite de grandes fatigues capables de déterminer des

transpirations abondantes, c'est-à-dire une perte d'eau plus ou moins considérable, nullement en rapport avec la faible dose de sucre évacuée par la sueur. C'est ainsi que le sucre, au lieu d'être expulsé par les sécrétions urinaires en quantité suffisante, se trouve accumulé dans l'organisme, et donne lieu à des phénomènes acétonomiques promptement mortels.

Aussi les diabétiques sont-ils des colis fragiles qu'il ne faut faire voyager qu'avec les plus grandes précautions, en les entourant d'eau, pour ainsi dire, de sorte que, buvant suffisamment, ils évitent les accumulations si dangereuses du sucre dans l'économie, et les accidents qui en résultent fatalement.

Il faut, — permettez-moi l'expression, — empêcher les diabétiques de se siruper, en leur donnant l'eau dont ils ont besoin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mars 1885.— Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Blachez qui se porte candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique ;

2° Une lettre de M. Ollivier qui se porte candidat à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

3° Une lettre de M. Nougady (de Beyrouth) sur l'action du tartre stibié (à propos du choléra).

RAPPORTS

M. VILLEMIN lit un rapport sur le prix de l'Académie pour l'année 1884.

M. POTAIN lit un rapport sur le concours du prix Godard pour l'année 1884.

DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE L'ÉRYSIPÈLE PAR LES ANTISEPTIQUES

— **M. ALPHONSE GUÉRIN.** Au point de vue de la doctrine, il ne peut pas y avoir de différence entre la prophylaxie de l'érysipèle et celle de la pyohémie, si l'érysipèle, comme la pyohémie, provient de germes atmosphériques. Il ne faut donc pas dire, comme M. Verneuil, que la « méthode antiseptique, si puissante contre la pyohémie, est beaucoup moins efficace contre l'érysipèle ». Quand elle est appliquée régulièrement, elle met également à l'abri de l'un comme de l'autre.

Mais, comme il suffit d'un instant pour que les germes atmosphériques arrivant sur les plaies puissent pénétrer dans l'organisme, il est évident qu'on n'a aucune sécurité quand on confie l'exécution d'un pansement antiseptique à un infirmier négligent et ignorant. Or c'est ce qui arrive forcément quand les pansements sont fréquents. M. Guérin est du nombre de ceux qui n'ont plus vu d'érysipèles dans leur service à partir du jour où ils ont eu recours au pansement ouaté. Consultant les registres des décès de l'Hôtel-Dieu, où les causes de mort sont indiquées, pour être plus sûr que ses souvenirs et les notes de ses élèves ne le trompaient pas, il y a trouvé qu'en sept ans, de 1872 à 1878, il n'aurait perdu par l'érysipèle qu'un seul opéré, mort le 22 mai 1873, à la suite d'une amputation de cuisse. Un autre cas est indiqué dans une note d'un de ses internes. Voici cette note : « fracture de jambe, compliquée de plaie, avec chevauchement des fragments, causée par une roue d'omnibus, mortification des tissus dite *érysipèle bronzé*. Mort au bout de quatre jours. »

Même en mettant cette mort sur le compte exclusif de l'érysipèle, cela ne ferait que deux cas en sept ans; et, dans au moins un de ces deux cas, il était impossible d'exercer avec le pansement ouaté la compression sans laquelle la méthode du filtrage de l'air devient illusoire. M. A. Guérin se croit donc autorisé à dire de nouveau que sa méthode met sûrement à l'abri de l'érysipèle et de l'infection purulente. Non seulement elle le prévient; mais elle en empêche l'extension quand il s'est produit. M. Védrennes en a publié un exemple. A la suite d'un pansement de plaie de tête fait en l'absence de M. A. Guérin, un érysipèle s'était déclaré. Après lavage antiseptique de la plaie et de toute la tête, M. Guérin appliqua son bandage, et, quinze jours plus tard, la cicatrisation était terminée, la guérison complète.

Pour que le pansement ouaté produise ce résultat, il est essentiel qu'il soit appliqué avec grand soin et qu'on ne ménage pas les tours de bandes. Il ne faut serrer fortement qu'après avoir appliqué sur la ouate trois ou quatre bandes très lâches. Habituellement, M. Guérin superpose ainsi de dix à douze bandes. C'est là une précaution indispensable, que négligent souvent des praticiens du plus haut mérite et dont M. Gosselin lui-même semblait en ignorer l'importance lorsqu'en 1875 il entretint l'Académie des sciences de la méthode de M. Alphonse Guérin. Celui-ci a la conviction que la compression contribue à l'antisepsie en s'opposant à la pénétration des vibrions dans l'organisme. Il rappelle que M. Sappey, qui n'avait pu voir les derniers réseaux lymphatiques de la peau sur des cadavres encore frais, découvrit que ces réseaux deviennent visibles quand l'épiderme s'est détaché par un commencement de putréfaction. Ils sont alors gorgés des microbes de l'air, qui y cheminent de la périphérie au centre ; et c'est ainsi que les choses se passent en cas de plaie. La compression, qui retarde l'absorption du venin de la vipère, peut tout aussi bien retarder la pénétration des germes de l'érysipèle dans les lymphatiques.

« J'ai tant insisté sur la nécessité de surveiller les blessés, ajoute M. Guérin, qu'il est à craindre qu'on me reproche de ne pas avoir assez de confiance dans les aides à qui on confie une grande part dans la préservation antiseptique. Ceci est une affaire de tempérament. Quand j'eus l'honneur d'être appelé à donner des soins au pape Pie IX, il me dit un mot que je n'ai jamais oublié : je lui avais prescrit un pansement qu'il craignait de ne pas pouvoir faire lui-même (je n'en dirai pas davantage, ne voulant pas m'exposer aux foudres du parquet). Je lui parlai des camériers qui l'entouraient ; il m'interrompit en me disant : « Nous avons en Italie un « adage qui dit que quand on fait par soi-même, on fait comme « trois. » Moi, je pense qu'un chirurgien, qui fait tout lui-même, fait comme quatre. »

M. POLAILLON, le second service chirurgical de la Pitié ayant été mis en cause dans la discussion sur l'érysipèle, vient exposer à l'Académie ce qu'il a observé.

Il ne procède pas absolument comme M. Verneuil, ne préférant pas comme lui, dans beaucoup de cas, les pansements antiseptiques ouverts, recherchant au contraire la réunion immédiate toutes les fois qu'elle lui semble possible. Mais il arrive en définitive au même but, l'asepsie des plaies, et en ce qui touche l'érysipèle, les résultats sont très concordants. La statistique qu'il fournit porte sur l'ensemble ininterrompu de six années ; elle commence en 1879 pour se terminer à la fin de 1884 :

En 1879, il y a eu 9 cas d'érysipèle dont 1 mort.
En 1880, 12 cas dont 4 morts.
En 1881, 11 cas dont 1 mort.
En 1882, 12 cas, aucun décès.
En 1883, 9 cas, 2 décès.
En 1884, 9 cas, 1 décès.

Total pour les six ans : 62 érysipèles, 9 morts, pour un mouvement de 5 837 malades traités.

En comparant ces chiffres à ceux qui ont été fournis par MM. Gosselin et Verneuil, on ne trouve aucune diminution dans le nombre général des érysipèles, mais on constate que la mortalité a été notablement moindre.

En effet, la moyenne annuelle accusée par M. Gosselin, de 1874 au 31 août 1882, est de 10,75 érysipèles, avec une mortalité de 26,74 p. 100. M. Verneuil, pour les trois années 1879, 1878, 1880. a

trouvé une moyenne annuelle de 10 érysipèles, avec une mortalité de 23,33 p. 100. M. Polaillon, lui, a eu comme moyenne annuelle 10,23 érysipèles, avec une mortalité de 14,32 p. 100.

D'où il résulte que le nombre des érysipèles dans les trois services a été sensiblement le même, tandis que la mortalité a été de près de moitié plus faible chez M. Polaillon que chez M. Gosselin et chez M. Verneuil.

M. Polaillon attribue ce bénéfice uniquement à l'emploi invariable dans ses pansements d'une solution phéniquée forte à 5 p. 100, solution légèrement caustique, et par suite plus germinicide que les solutions faibles.

Pour se faire une juste idée de l'influence de la méthode antiseptique sur cette affection, il importe de classer les cas en deux catégories : les *cas extérieurs*, qui apportent la contagion dans les salles et grèvent la statistique hospitalière, et les *cas intérieurs*, qui se développent dans l'hôpital même. Ces derniers se divisent à leur tour en deux groupes : les uns apparaissent à la suite d'une opération ; les autres prennent naissance, sans intervention chirurgicale, soit autour d'une solution de continuité, soit à distance.

A ce point de vue, dit M. Polaillon, ma statistique donne les résultats suivants :

19 érysipèles extérieurs.		9 hommes,	1 décès.
		10 femmes,	3 —
43 érysipèles intérieurs.	30 dits spontanés	17 hommes,	3 —
		13 femmes,	2 —
	13 post-opératoires	4 hommes,	0 —
		9 femmes,	0 —

Il est évident que les 19 érysipèles, qui sont venus du dehors, et dont 4 ont été mortels, ne doivent pas être comptés à ma charge. Je ne suis responsable que des 43 érysipèles qui se sont développés dans l'intérieur de mes salles, et parmi ces derniers, j'ai surtout à déplorer 13 érysipèles post-opératoires.

Mais si je considère la gravité de ces différentes catégories d'érysipèles, j'ai quelque sujet de me consoler.

Les érysipèles extérieurs, sur lesquels j'ai eu peu de prise, parce que les malades sont souvent arrivés à une période avancée de la maladie, se sont montrés plus graves que les autres. Un de mes malades est mort le lendemain de son entrée à l'hôpital ; un autre est mort au bout de six jours ; un troisième au bout de huit jours. Quatre fois la peau était déjà sphacélée lors de l'admission. Une fois la malade est arrivée dans un état adynamique des plus alarmants. Bref, la mortalité de mes cas extérieurs est représentée par le chiffre de 20,05 p. 100.

Au contraire, les cas intérieurs, ceux que j'ai eu le loisir de soumettre à des pansements antiseptiques, ont été bénins, en général. Les érysipèles intérieurs développés spontanément, c'est-à-dire sans intervention chirurgicale, ont donné une mortalité de 16,66 p. 100, et presque toujours la mort a été causée par un affaiblissement sénile ou par une complication, telle qu'une albuminurie, une congestion pulmonaire, une tuberculose, plutôt que par l'érysipèle lui-même. Quant aux érysipèles que j'appelle post-opératoires, ils n'ont revêtu un caractère sérieux que dans deux cas, et n'ont produit aucun décès. La bénignité relative de ces cas d'érysipèles intérieurs dépend donc, à mon avis, de l'asepsie que je m'efforce d'obtenir pour toutes les plaies de mon service.

Les blessures et les opérations qui se compliquaient fréquemment d'érysipèle avec les anciens pansements, n'en présentent plus qu'un petit nombre avec les pansements antiseptiques. Qu'il me soit permis d'en donner quelques exemples dans la période sexennale dont je m'occupe. Sur 187 plaies contuses de la tête (paupières, face, cuir chevelu), il n'y a eu que 5 érysipèles. Sur 37 hygromas inflammés de la bourse olécrânienne et sur 46 hygromas inflammés de la bourse prérotulienne, traités le plus souvent par l'incision et le grattage, un seul malade a été atteint d'érysipèle, érysipèle de la face, et il a succombé à une pneumonie intercurrente. Sur 51 abcès de la mamelle, 2 érysipèles seulement. J'ai pratiqué 19 opérations pour des cancroïdes de la face, je n'ai observé qu'un cas d'érysipèle. Beaucoup d'autres opérations, telles que des amputations, des résections, des kélotomies, des ovariotomies, etc., en ont été totalement exemptes. Les ablations de tumeurs cancéreuses du sein font seules tache dans ce tableau : sur 30 opérations de cette nature, j'ai observé 6 érysipèles consécutifs. Deux seulement ont été sérieux. Les 4 autres ont été au contraire très bénins.

En somme, les pansements phéniqués atténuent certainement la virulence de l'érysipèle et rendent son pronostic bénin.

Nous avons une confiance si grande dans la bénignité actuelle de nos érysipèles, que la crainte de cette complication ne nous arrête plus quand il faut intervenir par une opération. Nous n'hésitons plus à opérer même dans le cours des petites épidémies locales, et dans la préférence des moyens d'exérèse, bistouri ou cautère, nous ne nous guidons plus que sur le procédé qui doit donner les meilleurs résultats opératoires.

M. **PANAS** se propose de traiter la question de l'autopsie à un point de vue spécial : les opérations pratiquées sur l'œil. On doit, bien entendu, choisir des procédés qui ne puissent pas irriter cet organe si sensible. Le *spray* ne convient pas. Les vapeurs phéniquées ne pourraient pénétrer dans les culs-de-sac conjonctivaux, et c'est là que les microbes se multiplient à profusion, grâce à l'humidité et à la chaleur qu'ils y trouvent dans le mucus et dans le pus. Il faut laver ces culs-de-sac avec un liquide antiseptique injecté à l'aide d'un appareil approprié. Il faut, au besoin, traiter avant tout les affections de la conjonctive, surtout quand il s'agit de pratiquer l'opération de la cataracte. Il importe même de ne pas négliger dans les lavages préparatoires, les points lacrymaux et les fosses nasales.

Tous les objets qui peuvent servir à l'opération doivent être plongés dans un liquide antiseptique, qui ne doit pas être irritant. A ce point de vue il faut écarter absolument l'acide phénique. L'acide borique, l'acide salicylique, sont peu solubles et peu antiseptiques. M. Panas a eu recours aux sels mercuriaux. Après avoir fait des expériences sur des yeux d'animaux, et avoir constaté que le bichlorure de mercure au vingtième, le biiodure au vingt-cinq millième, étaient puissamment antiseptiques, il a donné la préférence au biiodure qui se dissoud dans cette proportion dans l'eau distillée froide. On peut préparer cette solution de deux façons, soit en laissant macérer longtemps dans l'eau un certain excès de ce sel et en agitant, soit en dissolvant dans de l'eau chauffée à 50° un gramme de biiodure dans 25 litres d'eau.

On peut d'ailleurs employer aussi une solution de 10 centigrammes de bichlorure de mercure dans un litre d'eau additionné de 3 à 4 grammes de glycérine neutre ou de 10 centigrammes de chlorhydrate d'ammoniaque.

Une fois l'opération terminée, on procède au pansement, qui se fait avec une bandelette de linge fin trempée dans la solution aqueuse hydrargyrique ou enduite de vaseline mercurialisée dans les mêmes proportions. Il ne faut pas ouvrir les paupières sans nécessité avant la cicatrisation de toute plaie cornéenne. En cas de suppuration abondante, il faudrait renouveler le pansement deux fois par jour pour procéder à une visite minutieuse des paupières. Comme la gaze phéniquée de Lister est trop irritante, M. Panas préfère employer le coton hydrophile simple, boriqué ou phéniqué. Ce pansement rentre dans le système de M. A. Guérin.

Comme moyen de déligation, on se sert de bandes souples de coton ou de bandes de gaze lavée et non phéniquée, que l'on peut tremper dans la solution antiseptique.

Les résultats ont été excellents. L'érysipèle a complètement disparu des salles, quelle que soit la gravité des opérations pratiquées, et cela en toute saison, et malgré la présence des érysipèles dans les services de médecine voisins.

En outre, les complications habituelles des opérations sur les yeux, et notamment les complications méningitiques à la suite des énucléations, ne se sont plus jamais montrées. L'opération de la cataracte est devenue une des plus simples et des plus satisfaisantes de la chirurgie oculaire.

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES

Sarcome fasciculé du larynx; trachéotomie préalable; extirpation totale du larynx. — **M. LABBÉ** met sous les yeux de l'Académie le larynx et l'épiglotte d'un malade qu'il a opéré dans les circonstances suivantes. Cet homme, âgé de cinquante-neuf ans, présentait des troubles laryngés depuis plusieurs années.

Ces troubles avaient nécessité, en 1882, l'intervention de M. Krishaber, qui avait pratiqué des cautérisations à l'aide du galvanocautère.

En 1883 et 1884 ces troubles s'aggravaient, et le 19 décembre 1884, M. le docteur Cadier constata l'existence d'une tumeur ayant pris naissance sur la corde vocale supérieure gauche.

La respiration fut tellement empêchée au bout de quelques jours, que la trachéotomie dut être pratiquée le 20 janvier 1885 par M. Cadier. La tumeur augmenta rapidement, sortit du larynx, envahit le pharynx et s'opposa bientôt à toute déglutition. C'est dans ces conditions que MM. Cadier et Léon Labbé décidèrent qu'il y avait lieu de pratiquer *l'extirpation totale du larynx*.

Cette opération fut exécutée par M. Léon Labbé le 12 mars. On introduisit dans la trachée la canule de Trendelenburg pour s'opposer au passage du sang dans les voies aériennes. Le malade fut anesthésié. L'opération consista dans les trois temps classiques :

1° Découverte du larynx faite au bistouri par une incision en T;

2° Isolement du larynx;

3° Extirpation du larynx.

Pendant ces deux derniers temps, on employa le galvanocautère.

Le larynx fut enlevé de bas en haut. La plaie fut suturée en haut pour en diminuer l'étendue. Une sonde œsophagienne, introduite par la plaie, fut placée dans l'œsophage.

Aucun incident ne s'est produit depuis l'opération. Aujourd'hui, quatorzième jour, la température et le pouls sont normaux. Les douleurs violentes qui existaient ont disparu, la plaie est déjà fort rétrécie, l'alimentation se fait parfaitement.

Cette opération, proposée par Kœberlé, exécutée pour la première fois par Billroth, puis assez souvent à l'étranger, n'avait pas encore été pratiquée en France.

A cinq heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central, qui doit s'ouvrir lundi prochain 30 mars 1885, est *définitivement* constitué. Il se compose de MM. les docteurs Gombault, Tenneson, Desnos, Hanot, Hervieux, Millard, d'Heilly, Moutard-Martin et A. Guérin. Ces deux derniers remplacent MM. les docteurs Audhoui et Duplay qui n'ont pas accepté.

— Par décision ministérielle, en date du 14 mars 1885, ont été décernées les récompenses suivantes pour services rendus en temps d'épidémie :

Médailles d'or. — M. le docteur Ballivet, médecin à Pouilly-Saint-Genis (Ain).

Mme Martinière (Marie), en religion sœur Saint-Paul, religieuse à l'Hôtel-Dieu de Montbrison.

Médailles de vermeil. — M. le docteur Blanc (de Gap).

M. l'abbé Ravoux, curé de Remollon (Hautes-Alpes).

Médailles d'argent. — M. Achard, maire de Remollon.

M. Moulager (Joannès), infirmier civil à l'Hôtel-Dieu de Montbrison.

Médailles de bronze. — Mme Mouren (Marie), en religion sœur Marie-Félicie, du couvent de Saint-Joseph (de Gap).

Mme Manduech (Adèle), en religion sœur Marie-Camille, de la même congrégation.

Mme Motte (Angèle), en religion sœur Marie-du-Sauveur, directrice de l'école maternelle publique de Remollon.

— Par décision ministérielle, en date du 23 mars 1885, M. Masse, médecin de première classe de la marine, médecin-major des troupes d'infanterie de marine, a été inscrit d'office au tableau d'avancement pour le grade de médecin principal, en récompense de ses services exceptionnels au Tonkin.

— Par arrêtés ministériels, en date du 23 mars 1885 :

1° La chaire d'anatomie pathologique et de pathologie générale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est déclarée vacante.

2° Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine d'Amiens s'ouvrira, le 5 novembre 1885, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

3° Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine d'Amiens s'ouvrira, le 12 novembre 1885, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le docteur Rouxeau est nommé professeur suppléant d'anatomie et de physiologie.

— L'Académie des sciences de Paris a, dans sa séance d'avant-hier lundi, élu sir James Paget (de Londres) membre correspondant dans la section de médecine et chirurgie, par 38 voix contre 2 accordées à M. Lister (de Londres), et 1 à M. Leudet (de Rouen), sur 41 votants.

— MM. les médecins du XVIIe arrondissement de Paris sont informés que, le vendredi 10 avril 1885, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance.

— MM. les médecins du XIIe arrondissement de Paris sont informés que, le dimanche 12 avril 1885, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fropo, médecin inspecteur des armées, en retraite.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1884-1885 sera ouvert le mercredi 1er avril 1885. Il sera clos le samedi 25 du même mois, à trois heures de l'après-midi.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures : 1° Inscriptions de première et de deuxième année de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 1er, jeudi 2, mercredi 15, jeudi 16, vendredi 17 et samedi 18 avril. — 2° Inscriptions de troisième et de quatrième année de doctorat, de deuxième, de troisième et de quatrième année d'officiat, les mercredi 22, jeudi 23, vendredi 24 et samedi 25 avril.

Les étudiants de quatrième année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'anatomie pathologique doivent présenter leur carte d'admission à ces travaux en prenant leur inscription trimestrielle. Même obligation est imposée aux étudiants de première année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques de physique. Les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième année de doctorat et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribuées qu'à partir du lundi 20 avril.

Les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le deuxième trimestre de 1884-1885. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur; les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices de Paris sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, directeur des travaux anatomiques, ouvrira le cours de médecine opératoire à l'amphithéâtre d'anatomie de l'administration générale de l'Assistance publique, le lundi 13 avril 1885, à quatre heures.

M. le docteur Tillaux traitera des amputations, les lundis et vendredis; M. le docteur Ricard, premier prosecteur, traitera des résections et des opérations spéciales, les mardis et jeudis; M. le docteur Walther, deuxième prosecteur, traitera des ligatures d'artères, les mercredis et samedis.

Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Armand Siredey, chef du laboratoire. Les élèves seront, chaque jour, exercés sous sa direction au maniement du microscope. Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. Les séries devront être reformées pour la médecine opératoire. Les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 1er avril.

— M. Istrati soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 28 mars 1885, à neuf heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse sur les éthylbenzines chlorées et sur quelques observations relatives au point d'ébullition dans la série aromatique.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17604.

N° 37. — SAMEDI 28 MARS 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 28 MARS 1885. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Souffles cardiaques organiques et non organiques.

Pendant longtemps on s'est figuré que les bruits de souffle cardiaques observés chez les anémiques et indépendants de toute lésion organique pouvaient être facilement distingués des autres par leur siège et leurs caractères.

Aujourd'hui on est revenu de cette erreur. On sait que ces bruits peuvent se faire entendre dans toutes les régions du cœur et qu'ils peuvent être aussi bien franchement systoliques ou même diastoliques que présystoliques.

Ils peuvent ressembler, à s'y méprendre, aux souffles de l'insuffisance ou à ceux du rétrécissement valvulaire; et si on ne suit pas le malade pendant des semaines ou des mois, si on ne le voit qu'occasionnellement, ainsi qu'il arrive le plus souvent dans les hôpitaux, le diagnostic différentiel en pareil cas n'est guère possible.

Physiologiquement, on explique ces ressemblances entre les bruits de souffle organiques ou non organiques par la production momentanée de rétrécissements ou d'insuffisances toutes fonctionnelles, pour ainsi dire.

En effet, le cœur est un muscle, les valvules mitrale et tricuspide sont des appareils dans lesquels l'élément musculaire joue un rôle capital. Or, chez les sujets nervoso-anémiques, chez lesquels surtout on rencontre ces bruits de souffle, d'une façon générale, le système musculaire est sujet à deux genres de troubles tout opposés, par parésie ou par contracture.

On comprend que l'anneau de tissu musculaire qui forme tel ou tel orifice du cœur perde un peu de sa tonicité sous une influence nerveuse semblable à celle qui peut rendre, chez les mêmes sujets, tel ou tel muscle flasque, parésié, fatigué sans cause. L'orifice sera dilaté outre mesure par l'ondée sanguine et les valvules le fermeront mal, par insuffisance relative due à cette dilatation. Si, au contraire, chez d'autres sujets, le même orifice se trouve présenter un excès de tonicité, une contracture relative, telle qu'on en observe souvent sur d'autres muscles, dans les mêmes conditions, on aura naturellement les mêmes effets physiques, les mêmes bruits liquidiens que s'il s'agissait en réalité d'un rétrécissement organique.

Tout cela peut se présenter pour les orifices artériels, pour ceux dont les valvules fonctionnent mécaniquement, physiquement, sans participer à la contraction des faisceaux musculaires cardiaques.

Mais, en outre, les orifices auriculo-ventriculaires peuvent avoir le jeu de leurs valvules troublé par un autre mécanisme. En effet, les colonnes charnues, chargées de soustendre ces valvules, remplissent un rôle essentiellement actif. Elles doivent elles-mêmes se contracter et se relâcher au moment voulu. Si le synchronisme de leurs contractions avec les contractions cardiaques n'est pas absolu, si ces contractions ne sont que partielles et les tiraillent dans tel ou tel sens, les conditions pour le passage de l'ondée sanguine deviennent les mêmes que si ces valvules étaient déformées par les maladies que produisent soit des insuffisances, soit des rétrécissements.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que des orifices valvulaires; mais le cœur, dans ses ventricules, en tant que muscle, peut perdre de sa tonicité et, se laissant distendre, augmenter de volume, ce qui, changeant les proportions entre la capacité du réservoir et celle des conduits par lesquels le sang y pénètre ou en sort, pourra également avoir pour résultat de rendre sonores les ondes liquides.

Quelquefois on assiste à une combinaison de troubles cardiaques permanents, véritablement organiques, et de troubles tout fonctionnels, momentanément surajoutés.

Tel a été le cas chez un malade actuellement couché salle Saint-Ferdinand, n° 2, dans le service de M. Rigal, à l'hôpital Necker.

Cet homme, âgé de soixante-sept ans, entra à l'hôpital une première fois le 9 janvier dernier. Il se plaignait de malaise, d'oppression, de manque de force.

A l'auscultation, on trouva un bruit de souffle systolique très intense, qui occupait toute la région de la pointe et paraissait se rattacher à une lésion de l'orifice mitral.

Cela semblait d'autant plus probable que cet homme racontait avoir été atteint en 1838 d'un rhumatisme aigu.

La pointe du cœur battait dans le sixième espace intercostal, ce qui accusait une augmentation très notable du volume de cet organe.

En outre, on constata de l'artério-sclérose, la présence d'une grande quantité d'albumine dans les urines; ce qui tenait sans doute à l'existence d'une scléro-néphrite, ou, en

d'autres termes, d'une néphrite interstitielle déjà ancienne et ayant retenti sur le tissu propre de la glande par suite de la compression des vaisseaux qui le nourrissaient.

Dans la supposition d'une lésion organique de la valvule mitrale, on n'avait point à s'étonner du temps écoulé, sans que cette lésion se révélât, depuis la date du rhumatisme aigu qui l'aurait produite.

En effet, ces longs intervalles d'apparences de santé parfaite sont très fréquents à observer dans les affections organiques du cœur.

Il peut même arriver, chez certaines personnes qui prennent grand soin de leur santé, que, malgré la lésion du cœur la plus évidente, la vie se prolonge jusqu'à une vieillesse très avancée, sans que jamais survienne la moindre attaque d'asystolie. Pour notre part, nous en avons vu un exemple chez une demoiselle noble, dont le cœur fut forcé en 1793. Cette demoiselle avait alors treize ans, et elle habitait un entre-sol avec son père, qui avait fait partie de l'Assemblée nationale. Elle avait ses règles pour la première fois et se reposait sur une chaise longue, quand elle fut éveillée par un grand bruit qu'elle entendait dans la rue. Elle courut à la fenêtre pour voir ce que c'était : et, à ce moment, une tête qu'on portait au bout d'une pique fut appliquée contre sa figure. C'était la tête de la princesse de Lamballe, qu'elle connaissait parfaitement. Elle poussa un grand cri et s'évanouit. Depuis cette époque, tous les médecins qui s'occupaient spécialement des maladies du cœur furent consultés à son sujet. Tous déclarèrent qu'elle avait eu le cœur forcé. Laennec, Andral, Bouillaud, Chomel, etc., l'auscultèrent tour à tour. Ils constatèrent également l'existence d'une lésion valvulaire. Et cependant cette demoiselle n'est morte qu'il y a sept ans, à l'âge de quatre-vingt-dix-huit ans, ayant conservé jusqu'au bout, d'une façon vraiment admirable, toutes ses facultés, et n'ayant jamais eu, pendant cette longue existence, que de légères indispositions.

Pour en revenir au malade de M. Rigal, on le mit au régime lacté et on lui fit prendre de la caféine. On eut bientôt l'étonnement de voir le souffle systolique s'atténuer, puis disparaître. La pointe du cœur était remontée au cinquième espace intercostal. Le cœur était donc encore un peu gros, mais beaucoup moins que les premiers jours.

L'interprétation des phénomènes devenait autre. Ce qui dominait chez cet homme, ce qui avait causé le bruit de souffle et la dilatation du cœur, ce ne pouvait pas être une lésion valvulaire d'origine rhumatismale. C'était la sclérose rénale et artérielle.

Les conséquences des néphrites interstitielles un peu étendues sur la circulation générale et sur le travail du muscle cardiaque sont aujourd'hui parfaitement connues. On sait que quand le sang éprouve de la difficulté pour traverser les reins, la pression intravasculaire se trouve augmentée par ce fait. Le cœur entre d'abord en lutte contre l'obstacle. L'énergie de ses contractions, en chassant le sang avec force, accroît encore la pression du liquide dans le système artériel. Puis vient l'épuisement relatif dû à ces efforts exagérés. Souvent un commencement de sclérose affaiblit encore le muscle cardiaque. Le cœur se laisse dilater passivement; et quand cette dilatation a dépassé certaines limites, il est relativement trop gros pour ses orifices; les valvules que sous-tendent des faisceaux musculaires ne remplissent plus bien leur office, et un bruit de souffle plus ou moins intense peut se produire dans ces conditions.

Qu'alors on excite le muscle cardiaque par la caféine, la digitale, etc., ou qu'on diminue la tension vasculaire en provoquant une diurèse abondante par le régime lacté ou par d'autres moyens, et le cœur, reprenant plus de tonicité, perdant de son volume, fonctionnant mieux, ne fera plus entendre aucun bruit de souffle.

C'est ce qui est arrivé chez cet homme, et cela déjà à plusieurs reprises.

En effet, sorti de l'hôpital le 12 février, se trouvant bien, il y rentra le 9 mars suivant, présentant les mêmes phénomènes que la première fois. Le souffle systolique était tout aussi fort le long du bord inférieur du cœur, depuis la pointe jusqu'au sternum. Il présentait son maximum au niveau de l'orifice mitral. La pointe battait dans le sixième espace intercostal, et le cœur, mesuré par la percussion, était très gros.

En quelques jours il reprit le volume, toujours un peu exagéré, qui est devenu son volume pour ainsi dire normal, et le bruit de souffle disparut de nouveau.

Intoxication par les vins fraudés.

Les vins qu'on fabrique à Paris ne contiennent pas seulement de l'alcool éthylique, c'est-à-dire le genre d'alcool que peut donner à l'état pur la fermentation du raisin.

Ils renferment souvent en outre, en quantités plus ou moins notables, des dérivés de la série amylique ou d'autres séries, dont les propriétés éminemment toxiques ont été pleinement démontrées par les expériences sur les animaux.

Ce sont là des substances qui, pour pouvoir produire des effets funestes sur la santé, n'ont pas besoin qu'on en fasse abus, comme il faut faire abus des produits de la vigne.

Sans aucun excès, à petites doses, ils empoisonnent d'une façon toute particulière : ils peuvent provoquer une cachexie profonde, et à la longue des altérations viscérales bien caractérisées, sans aucun des symptômes de l'alcoolisme proprement dit.

Ce qui est vrai pour les animaux doit également l'être pour l'homme, et M. le professeur Grancher, avant de quitter son service à l'hôpital Necker pour passer à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, insistait sur ce point tout dernièrement, à propos de deux malades qui lui semblaient avoir subi une intoxication de ce genre.

Ces deux malades sont couchés l'un au n° 7, l'autre au n° 1 de la salle Saint-Louis, à l'hôpital Necker. Ils sont entrés l'un le 22, et l'autre le 28 février.

On ne peut pas dire qu'aucun des deux ait fait de grands excès alcooliques. Aussi ne présentent-ils ni l'un ni l'autre les tremblements, les cauchemars, les pituites caractéristiques. Mais tous les deux se désaltéraient souvent en vertu de leur profession même, car le premier était charron et le second, garçon marchand de vins.

Ce qu'ils buvaient, c'étaient ces vins fraudés que le commerce parisien procure, ces vins qui ne portent pas l'eau et changent de goût d'un jour à l'autre, suivant la remarque judicieuse du charron.

Cet homme, bien taillé, travaillant fort, s'échauffant beaucoup, ce qui naturellement lui donnait soif, n'avait fait aucune maladie jusque vers la fin de l'année dernière.

Il y a trois mois environ, il perdit l'appétit, et rapidement les forces. Il maigrit et pâlit beaucoup. Bientôt sa faiblesse devint si grande qu'il ne pouvait plus travailler ; il avait d'ailleurs du dégoût pour la nourriture, mangeait à peine,

et voyant que son état, loin de s'améliorer, empirait de jour en jour, il finit par se décider à se faire traiter dans un hôpital.

Quand il entra dans le service, le 22 février dernier, M. Grancher l'examina avec le plus grand soin. Tous les organes paraissaient sains, l'urine était normale, les battements du cœur réguliers et sans bruits de souffle, le cœur, le foie, la rate, ne présentaient aucun changement de volume. Il était impossible de découvrir une cause matérielle pour la profonde cachexie que l'on constatait.

Cette cachexie datait d'ailleurs de près de trois mois, et durant trois mois, une lésion organique, suffisante pour amener des troubles pareils, aurait eu amplement le temps de devenir appréciable par les divers moyens d'exploration actuels.

Le sommeil était bon; il n'y avait pas de toux. Mais le thermomètre révéla des élévations de température considérables. Bientôt apparut de la congestion pulmonaire vers le sommet du poumon droit, et dans de semblables conditions une congestion du sommet est toujours suspecte. Il est probable que cet homme va faire de la tuberculose. Mais cela n'empêche pas la question d'une intoxication préalable de rester entière.

En effet, la tuberculose est un aboutissant fréquent de toutes les cachexies. On se rappelle combien souvent chez les sujets jeunes, dans les villes, la phthisie pulmonaire éclate sous l'influence d'une syphilis ou de quelque autre cause de débilitation.

Rien n'empêche donc de supposer que, chez cet homme, les choses se sont passées ainsi. Par l'usage du vin fraudé, il a été intoxiqué progressivement, jusqu'au moment où, tout à coup, l'empoisonnement, atteignant un certain degré, a eu pour effet un trouble profond des fonctions digestives, de la nutrition générale, de l'hématose, de la rénovation moléculaire, et naturellement la perte des forces. C'est par suite du vice de nutrition causé par le poison que les organes pulmonaires, frappés de déchéance organique, se sont trouvés prêts pour ces congestions au milieu desquelles évolue si bien le microbe de la phthisie.

La phthisie serait donc une conséquence, conséquence tardive, de la cachexie.

Et ce serait également ainsi que, chez le malade couché au n° 1 de la même salle, il faudrait expliquer la broncho-pneumonie qui occupe les deux bases de ses poumons en arrière.

Cet homme aussi est profondément cachectique, cachectique au point d'être enflé comme le serait un albuminurique, sans qu'on découvre la moindre trace d'albumine dans ses urines. Garçon de marchand de vins, il buvait le vin qu'on vendait dans sa maison, et il a perdu un beau jour l'appétit et les forces. Puis, il a toussé, la broncho-pneumonie des deux bases, que l'on constate actuellement, a commencé en même temps que l'œdème. On ne voit pas habituellement un pareil tableau pathologique sur des sujets non intoxiqués.

M. Grancher sait bien que cette interprétation des deux faits en question peut encore ne pas sembler absolument certaine. Mais, d'après ce que nous ont appris les expériences sur les animaux et les analyses des vins saisis chez les marchands de vins, il faut appeler l'attention publique sur ce côté trop négligé de l'étiologie possible de certaines cachexies.

Ce n'est pas seulement la qualité de l'eau qu'on boit, celle de l'air qu'on respire, c'est aussi celle du vin fourni par le commerce, que l'on peut accuser des maladies des grandes villes.

On ne savait pas assez cela quand l'Académie de médecine s'est prononcée en faveur du vinage. Le vinage serait peut-être indifférent pour la santé publique s'il se faisait à l'aide d'alcool de raisin; mais il reviendrait ainsi trop cher pour tenter les marchands de vins, lesquels préféreront toujours y employer des alcools à très bas prix, tels que les alcools de pommes de terre, c'est-à-dire des produits essentiellement toxiques.

La pathologie cellulaire et les théories plus modernes.

La pathologie cellulaire n'est plus à la mode aujourd'hui. Le corps humain n'est plus considéré, suivant l'expression de Virchow, comme une république de cellules vivant chacune d'une vie propre, souvent dangereuses par leurs ambitieuses menées, par leurs tendances envahissantes, pour le corps social qui les renferme.

Actuellement, le rôle que Virchow faisait jouer à ces cellules, on l'attribue à des êtres proprement dits, indépendants, infiniment petits il est vrai, mais se propageant par générations comme des êtres plus compliqués, ayant leurs caractères de race, pouvant vivre dans des milieux très différents les uns des autres, venant du dehors, pénétrant comme des étrangers dans l'organisme, le ravageant par droit d'invasion et de conquête, sans être apparentés en rien à aucun de ses éléments par une commune origine.

Ce que les microbes n'expliquent pas parmi les maladies qui peuvent nous atteindre, on le rattache au système nerveux.

Après la théorie communaliste, autonomiste, individualiste, voici venir une théorie centralisatrice à outrance.

Le système nerveux, qui se distribue partout, qui peut intervenir dans toutes les fonctions, peut en effet les troubler toutes; et ce qui ne vient pas du dehors, on le met sur son compte, comme on accuse, dans une monarchie autoritaire, le gouvernement de tout le mal qui peut se produire dans le pays.

Il est des cas où l'on fait la part du gouvernement et de l'étranger, du microbe qui envahit (ou, pour ceux qui ne veulent pas admettre de microbes, de la cause morbifique, quelle qu'elle soit), du système nerveux qui s'en trouve affecté, réagit et s'agite à tort et à travers, et qui accroît d'autant la gravité du mal.

Ainsi s'expliquerait l'utilité puissante de certains moyens perturbateurs, de certains chocs, avertissant pour ainsi dire le système nerveux et faisant cesser le désordre.

C'est dans cette série d'idées que rentre l'action des bains froids, tels que M. Peter les prescrit en cas de délire chez les malades ayant la fièvre typhoïde.

Nous avons déjà dit qu'en pareil cas le délire cesse habituellement au moment même où le malade est placé dans le bain, et qu'il n'est pas besoin de revenir souvent à ce même moyen pour atteindre le but, quand, du moins, il peut être atteint.

En voici une nouvelle preuve.

Tout récemment, dans un dîner, nous nous trouvions auprès d'un monsieur qui faisait les plus grands éloges de son médecin. « Cependant, ajoutait-il, il y a une chose que je ne lui ai jamais pardonné, c'est un bain froid qu'il m'a fait prendre dans le cours d'une fièvre typhoïde. » Nous avons aussitôt demandé des détails tant à lui-même qu'à sa femme. Nous avons su que ce bain froid (à 18 degrés) avait été

prescrit à un moment où le malade avait un délire violent, continuel, une température de 41 degrés.

Sitôt dans le bain, il avait repris connaissance, et on avait eu toutes les peines du monde à l'y maintenir pendant vingt minutes. Le médecin avait l'intention de renouveler les bains froids de trois heures en trois heures, suivant la méthode de Brandt Mais le malade, n'ayant plus de délire, se refusa opiniâtrément à se laisser remettre dans l'eau froide. Le mieux, d'ailleurs, s'accentua de plus en plus à partir de ce bain unique, et la guérison survint sans encombre.

Chez la malade de M. Peter dont nous avons déjà parlé, et qui a pris cinq bains, tout va pour le mieux depuis ce moment. Elle se trouve aujourd'hui en pleine convalescence, et, chose à noter, elle a perdu complètement le souvenir de tout ce qui s'est passé pendant les premiers temps de son séjour à l'hôpital. Elle ne se rappelle pas avoir pris aucun bain ; et cependant elle ne délirait plus lorsqu'on lui a donné les derniers.

Les bains froids ne procurent pas toujours des résultats aussi favorables. Chez une fille publique que M. Peter vient de traiter par ce moyen et qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde, présentait un délire violent, à forme alcoolique, l'amélioration n'a été que très momentanée; et, au bout du sixième bain, il est survenu des sueurs profuses qui n'ont pas permis d'en donner d'autres. Cette femme est actuellement dans un état très grave.

Chez une autre malade, traitée avec succès, il survint, pendant la convalescence, des escarres tellement étendues qu'elles amenèrent la mort. D'autres ont eu des complications du côté des voies respiratoires. Mais l'immense majorité des malades traités à la Charité par cet agent perturbateur en a éprouvé un grand bénéfice.

Pour en revenir aux théories actuelles, la manière même dont l'action utile des bains froids est interprétée, soit par les uns, qui refroidissent pour perturber, soit par les autres, qui refroidissent pour refroidir, espérant ainsi empêcher le développement des microbes, montre que la lutte se concentre entre les tenants du système nerveux et les tenants des organismes parasitaires.

Tel est le cas pour la plupart des maladies. Celle, par exemple, dont on faisait autrefois un des types les plus parfaits de la phlegmasie viscérale, la pneumonie franche, trouve aujourd'hui des cliniciens qui lui attribuent un caractère contagieux et épidémique et l'expliquent par un microbe. D'autres ont conservé l'ancienne étiologie; ils en accusent les refroidissements, etc.; et ils expliquent par le système nerveux, par les vaso-moteurs, par les actions réflexes, cette influence d'une impression périphérique.

Pour les premiers, la production de cas nombreux à certaines époques de l'année, au milieu de changements brusques de température (comme dans la saison que nous traversons et qui a rempli de pneumoniques les salles de nos hôpitaux), est l'indice d'une épidémie. Tandis que les derniers y voient une simple coïncidence, le résultat naturel et prévu d'une cause extérieure, très générale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 mars 1885. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Étranglement interne. — **M. TERRIER** fait un rapport sur une communication de M. Jeannel (de Bordeaux). Il s'agit d'un cas d'occlusion intestinale par bride, dans lequel, après avoir vainement tout essayé, M. Jeannel se décida à pratiquer la laparotomie. Après bien des difficultés (l'opération dura deux heures), il trouva une longue bride qu'il sectionna, referma le ventre, et obtint une guérison malgré la longue durée de l'opération et une pneumonie survenue quelques jours après.

M. Terrier, à l'occasion de ce fait, rapporte l'observation suivante : Un homme de cinquante-huit ans, surmené par ses affaires, atteint d'une constipation opiniâtre, avait depuis une quinzaine d'années, des crises de coliques sans vomissements. Le 25 mars, à neuf heures du soir, cet homme, qui avait mal digéré son dîner, est pris de violentes coliques avec exacerbations et de vomissements alimentaires. Ces douleurs vont toujours en augmentant jusqu'à cinq heures du matin, où elles atteignent leur maximum et s'accompagnent de crampes; la peau devient fraîche; le malade se refroidit de plus en plus jusqu'à huit heures du matin; la température tombe à 36 degrés; le faciès devient grippé; il y a des vomissements continuels. Un lavement purgatif et un bain restent sans effet; à dix heures du matin, premier vomissement d'odeur fécaloïde; le faciès devient de plus en plus grippé, le refroidissement persiste, il y a de l'anurie. M. Terrier n'hésite pas à porter le diagnostic d'étranglement interne. A quatre heures, il pratique la laparotomie : précautions antiseptiques, incision sur la ligne médiane, résection de l'épiploon; on arrive sur une anse intestinale distendue, d'un rouge vif; on trouve une bride, on la sectionne; l'anse est libérée; on referme le ventre. Le malade continue à éprouver des douleurs abdominales sourdes, la température s'élève à 37 degrés; il y a des symptômes de péritonite; il meurt à six heures du soir.

M. Terrier insiste, dans ce cas, sur la marche suraiguë des accidents, cet homme étant mort quarante-quatre heures après le début de ces accidents, et vingt-six heures après l'opération. Celle-ci n'a pas duré plus de vingt minutes et n'a pas présenté de difficultés particulières.

En terminant, M. Terrier reproche à M. Jeannel d'avoir donné une purgation, alors qu'il était certain de l'existence d'un étranglement, et d'avoir attribué l'abaissement de la température, chez son malade, à l'administration de lavements phéniqués.

M. BERGER, en raison de la difficulté du diagnostic et de la gravité de l'intervention dans les cas d'occlusion intestinale, admet qu'on puisse avoir de grandes hésitations avant d'opérer. Il a eu à intervenir dans quatre cas de ce genre. Dans les trois premiers cas, il s'était trouvé devant les symptômes d'un étranglement interne avec bride; or, dans le premier fait, il s'agissait d'un cancer de l'intestin. M. Berger se contenta de faire un anus contre nature; le malade succomba. Dans les deux autres cas, il s'agissait d'étranglement diverticulaire, sans bride. Tous deux se terminèrent également par la mort. En résumé, ces trois cas d'occlusion intestinale ont été rapidement mortels.

Enfin M. Berger a eu à intervenir dans un quatrième cas sur lequel il insiste plus particulièrement. Il s'agit d'un jeune étudiant qui, depuis treize mois, avait de la constipation habituelle et avait eu, à plusieurs reprises, des phénomènes d'étranglement interne. Le soir du 17 mars 1881, après le dîner, et surtout après des rapprochements sexuels répétés, il fut pris d'une douleur extrêmement vive, de vomissements avec envie infructueuse d'aller à la garde-robe. M. Berger fut appelé seulement cinq jours après le début des accidents. Le ventre était tendu, mais non ballonné. Le malade était très anxieux; il y avait une absence complète de matières et de gaz par l'intestin. Un purgatif, des courants faradiques restèrent sans résultat.

M. Gosselin, appelé en consultation, conseilla la gastrotomie. Celle-ci fut pratiquée avec l'aide de de MM. Perier, Terrier et Lucas-Championnière. L'incision dut être prolongée au-dessus de l'ombilic. Il fallut sortir plusieurs anses intestinales, sans rien trouver. Enfin on finit par sentir très haut une bride allant de la région épigastrique dans l'hypochondre droit. M. Berger sectionna cette bride; mais il ne saurait affirmer que ce fût bien là la cause de l'obstacle au cours des matières. On referma le ventre. Le ma-

lade continua à se trouver dans un état très grave; il fut repris de vomissements. Il succomba moins de vingt-quatre heures après l'opération. Toutefois il avait rendu un grand nombre de matières.

M. Gosselin dit avoir observé plusieurs fois le rétablissement du cours des matières quelques heures avant la mort, même en dehors de toute intervention chirurgicale. M. Berger n'est donc pas sûr d'avoir levé l'obstacle.

En résumé, sur quatre cas, quatre décès. En présence des grandes difficultés de diagnostic, des difficultés de reconnaître surtout le siège de l'obstacle, de l'extrême gravité de l'opération, M. Berger croit qu'il y a lieu de bien réfléchir avant d'intervenir, et serait tenté de préférer l'entérotomie, telle que l'a proposée Nélaton.

M. LE FORT ne partage pas l'opinion de M. Berger et préfère la laparotomie, qui peut permettre d'obtenir une guérison définitive, à l'entérotomie, dont l'histoire n'est qu'un long martyrologe.

Il a dû intervenir dans plusieurs cas : à l'hôpital Cochin, sur un malade du service de M. Bucquoy, il avait diagnostiqué un étranglement interne par bride ; il fit la laparotomie et reconnut qu'il s'agissait d'un cancer ; dans un deuxième cas, il s'agissait d'une péritonite suppurée ; dans un troisième cas, il dut sortir une assez grande partie de l'intestin, avant de trouver l'obstacle. L'ayant enfin trouvé, il le supprima et la malade a très bien guéri. Voilà ce que ne donne pas l'entérotomie.

M. MONOD est intervenu deux fois à l'hôpital et a eu deux morts. Toutefois tous les cas ne se terminent pas par la mort. Il cite un travail allemand, portant sur 190 cas. Sur ce nombre, la mortalité est de 62,4 p. 100. Après l'introduction des pansements antiseptiques, elle n'est plus que de 59 p. 100. Mais, pour obtenir des succès, il importe d'opérer de bonne heure.

Redressement du genu valgum. — M. LE FORT présente un appareil de redressement pour le genu valgum. Partisan de l'ostéoclasie pour l'adulte, il pense que, chez l'enfant, il est possible d'obtenir de bons résultats avec les appareils. Il a guéri de cette façon, en quatre mois, un enfant, en lui appliquant un cuissard plâtré dans lequel on introduit une longue attelle en bois qui, au niveau du pied, se trouve, par le fait même de l'affection, éloigné de celui-ci. Il l'en rapprochait à l'aide de bandes roulées. Enfin il a également guéri un jeune homme de dix-huit ans à l'aide d'un appareil redresseur permettant la marche.

Occlusion intestinale. — M. AUFFRET (de Brest) lit un mémoire sur l'occlusion intestinale et les moyens d'y remédier. Ce mémoire s'appuie sur huit observations personnelles. Il est renvoyé à une commission composée de MM. Berger, Bouilly et Tillaux.

Résection de la clavicule. — M. POLAILLON présente un jeune garçon de dix-sept ans, chez lequel il a, le 29 janvier, enlevé les trois quarts de la clavicule pour un sarcome de l'extrémité externe de cet os. Ce malade, aujourd'hui guéri, jouit de presque tous les mouvements de son bras.

Corps étrangers intra-articulaires. — M. TILLAUX présente deux gros calculs qu'il a extraits du genou d'un homme de cinquante ans. L'un de ces calculs a la forme et le volume d'une petite rotule, l'autre d'une amande. L'opération a été faite à ciel ouvert. Ces corps étrangers dataient de quatorze ans. Aujourd'hui ce malade peut être considéré comme guéri.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XL

3 novembre 1811. — La division Habert s'empare de Grao, le port de Valence, et du faubourg de Serranos, en deçà du Guadalaviar, ce qui nous met à portée de fusil des fortifications de la ville.

7 novembre. — Promenade à la Chartreuse de Valence, immense couvent sur la route royale. Les bâtiments sont très bien construits; grands et beaux jardins plantés d'orangers, de grenadiers, de palmiers, etc. ; bibliothèque, pharmacie. Chaque cellule est une jolie maisonnette, avec trois chambres, une cuisine, un grenier, un jardinet, un puits.

30 novembre. — Pendant que nous gagnons du terrain dans le royaume de Valence, les bandes de l'ennemi ne cessaient pas de manœuvrer dans l'Aragon. Nous venons de perdre 800 hommes dans la place de Calatayud, 600 à Ayerbe ; les Catalans ont repris le mont Serrat. Un colonel du génie me gratifie d'un ouvrage de Jacquin, intitulé : *Observaciones botanicæ*, etc., qui a été sauvé de la boue des camps et des mains des soldats ; il provient d'un couvent de capucins, au faubourg de Valence.

1er décembre. — Excursion sur les montagnes voisines de Murviedro : elles sont constituées en général par un marbre gris ou noir, disposé par couches plus ou moins horizontales ; les chasseurs de gibier y prennent beaucoup de lièvres, des lapins, des perdrix ; le naturaliste y découvre des scorpions, des araignées, des plantes : *Trahit sua quemque voluptas.*

QUELQUE CHOSE SUR MURVIEDRO.

Murviedro (*Muri veteres*) est ou plutôt était avant notre arrivée une ville de six à sept mille habitants, située sur la droite d'une petite rivière. Elle est disposée en arc de cercle à la base septentrionale et un peu orientale d'une montagne dont la crête est couronnée de fortifications; ses rues, en général étroites, longues et tortueuses, sont peu ou mal pavées ; elle s'est beaucoup agrandie depuis l'occupation des Maures, dont on peut reconnaître l'enceinte de murailles qui s'étendait sur le rocher. Les maisons les plus belles sont dans le quartier qui avoisine la rivière, et où l'on voit de beaux jardins riches en orangers, citronniers, myrtes, etc. L'église principale, qui est au centre de la ville, est supérieurement construite, en belles assises cubiques de marbre noir. Le couvent de Saint-François, où l'administration a établi notre hôpital, est un bel édifice : le cloître offre d'assez bonnes peintures représentant les différents traits de la vie du saint.

Le fort de Sagonte, qui termine la crête longue et étroite de la montagne, n'était constitué, il y a deux ans, que par les débris des fortifications mauresques en terre ; mais des travaux récents en avaient fait une citadelle inexpugnable. Nos officiers du génie sont unanimes pour reconnaître que les travaux ont été bien conçus et solidement exécutés. La conduite des eaux dans les citernes est habilement aménagée. Des magasins nombreux, des hôpitaux à l'épreuve de la bombe prouvent en faveur de ces Espagnols, que nous dédaignons par légèreté plus que par réflexion ; un chemin taillé sur le roc et construit en pierres sèches conduit de la ville au fort.

L'antique cité de Sagonte, celle qui résista pendant six mois aux attaques d'Annibal et de ses 150000 hommes (*Mariana*), était placée au site actuel de Murviedro. Le principal monument de cette époque si reculée (an 532 de la fondation de Rome) est un théâtre construit au bas de la montagne, à droite du chemin qui monte au fort. Sa forme, qui me rappelle l'amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, représente les deux tiers d'un vaste cône renversé et creux, dont les parois intérieures sont garnies de gradins en pierre, et dont le limbe supérieur offrait une galerie voûtée par laquelle on se rendait aux gradins. Ce monument était encore bien conservé il y a deux ans; mais, depuis lors, les Espagnols en ont fait sauter une grande partie pour construire le fort. On y voit encore la porte d'entrée des sénateurs, celle du peuple, les corridors voûtés, le lieu de la scène, le vestiaire des acteurs, etc. Sa forme avait été si heureusement déterminée pour les conditions d'acoustique, qu'une personne parlant à voix basse sur la scène est parfaitement entendue par celles qui écoutent sur les gradins supérieurs. Ce théâtre, auquel on serait tenté de donner une origine grecque, est construit, non par la simple su-

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 mars 1884.

perposition d'énormes masses calcaires, comme le cirque de Nîmes, mais par la juxtaposition de pierres cubiques, unies par un ciment aussi dur que la pierre elle-même.

Outre le théâtre, on remarque soit dans l'enceinte, soit à l'extérieur de Murviedro, des traces manifestes de l'antique séjour du peuple latin, des fûts de colonnes qui supportent une masure, d'élégants chapiteaux qui soutiennent des poutres modernes, des inscriptions romaines sur des pierres enchâssées dans une construction récente ; je déchiffre les mots : *Voconius, Calpurnius*, etc. Au-dessus d'une des portes intérieures du fort, on voit une statue en marbre blanc, dont la tête manque, et qui rappelle l'art grec : elle repose sur une grande pierre avec une inscription latine renversée ; elle est surmontée de créneaux construits par les Maures, tandis que la porte est l'ouvrage récent des Espagnols : il y aurait là un sujet de méditation et de conjectures pour les archéologues, *judicent peritiores*. Pendant la construction du fort, on a trouvé profondément enfouies des balles de plomb incrustées d'une couche calcaire ; ces balles fusiformes sont deux fois plus pesantes que nos balles de calibre ; on sait que les anciens les lançaient avec des frondes et les désignaient sous le nom de *glans plumbea*. Qui sait ? dans deux ou trois mille ans, on trouvera des boulets et des éclats de bombes enfouis dans ce même lieu, s'il devient le théâtre de la guerre, et, si les moyens que nous employons aujourd'hui pour nous battre se perdent par suite de quelque révolution physique ou morale, alors on pourra se livrer à des réflexions et des conjectures rétrospectives.

La montagne qui domine Murviedro est de marbre très compact, très dur, gris cendré ou noirâtre, avec des veines blanches de spath calcaire ; la cassure d'un grain fin offre des points brillants micacés. Ce marbre est disposé par couches ou stratifications horizontales de plusieurs pieds d'épaisseur, interrompues de manière à représenter des gradins depuis la base jusqu'au sommet. On y observe quelquefois des veines larges de plusieurs pouces formées d'un spath calcaire aussi blanc que l'albâtre, souvent contournées en veines sinueuses. La campagne de Murviedro est une plaine, une immense forêt d'oliviers, de caroubiers, de mûriers, bornée à l'ouest par les montagnes de la chaîne d'Espadan, que l'œil peut suivre jusqu'à Almenara, d'une part, et de l'autre jusqu'à Valence, et qui se termine à la mer du côté de l'est. La rivière Palancia, qui coule de l'ouest à l'est sur un lit de galets, sert aux irrigations de la petite Huerta de Murviedro. Son eau claire est limpide est détournée à son entrée dans la ville soit pour des moulins, soit pour l'arrosage des jardins.

La montagne de Sagonte et celles du voisinage offrent aux botanistes une ample moisson d'arbustes et de plantes aromatiques : Les principales sont : *Rhamnus lycioïdes* et *Pumilus* ; *Thymus vulgaris* et *Piperella* ; *Teucrium capitatum, iva, pseudochamæpitys, rupestre, chamæpitys* ; *Nepeta marifolia* ; *Viola arborescens* ; *Aristida elatior* ; *Lavatera cretica* ; *Capparis spinosa* ; *Arenaria triflora* ; *Plantago amplexicaulis* ; *Cactus opuntia* ; *Agave americana* ; *Chamærops humilis* ; *Hypericum ericoides* ; *Digitalis obscura* ; *Passerina hirsuta* ; *Erica vagans* ; *Cistus* variés, etc.

Outre les plantes ci-dessus désignées qui croissent spontanément sur la montagne de Murviedro, on trouve dans les jardins des arbres exotiques remarquables par leurs fruits. L'*Avocatier* (Laurus persea L.) qui donne deux fois par an des fruits excellents, de la grosseur d'une poire, et le *Chirimoya* (annona Chirimoya), dont les fruits de la grosseur d'une belle pomme reinette renferment une pulpe, une sorte de crème sucrée. Le *Palmier nain* (chamærops humilis) qui croît abondamment dans toutes les montagnes, et que les habitants appellent *Palma chiquita*, est utilisé pour la fabrication des balais ; en hiver, le tronc offre dans son axe une chair blanche, cassante, dont le goût rappelle celui de la châtaigne : c'est un aliment qui se vend au marché sous le nom de *margallon*. Les fruits ont un noyau très dur, susceptible d'un beau poli, dont on fait des chapelets. On observe dans ce pays un oiseau de la grosseur du merle, qui vit solitaire et se tient des heures entières, sans bouger, sur les cheminées et les vieilles murailles : il est d'un bleu cendré uniforme avec quelques traits plus foncés sur la poitrine. Son gazouillement ressemble beaucoup à celui de la fauvette ; c'est peut-être le *Passer solitarius* dont parle David.

Lorsque nous arrivâmes à Murviedro, les habitants avaient tous pris la fuite, et les maisons étaient *primo occupanti*. Notre personnel médical MM. Rampont, Beaumarchef, Charpentier et moi, nous fîmes choix d'une grande maison, à peu près vide de mobilier ; à la guerre comme à la guerre : nos ordonnances se mirent en quête de lits, de meubles, dans le quartier. En quelques jours, nous fûmes confortablement installés. Nous occupâmes ce logis pendant deux mois. Malgré le beau ciel valencien, l'hiver se fit sentir : nous avions besoin de bois de chauffage et de combustible pour la cuisine ; on prenait du bois partout, sans respect pour les vieux meubles, les planches, les solives, voire même les poutres. Au bout de quelques semaines, nous étions au terme de nos ressources ligneuses, on allait porter la hache sur un escalier de la maison, usurpée, lorsque le propriétaire légitime, informé que des officiers étaient maîtres chez lui, comprit la nécessité des exigences de la saison : il vint très poliment, dans l'intérêt de son immeuble, nous offrir du bois de chauffage, et nous n'en manquâmes plus.

On ne saurait croire combien, à la suite de notre armée, il y avait des marchands de toute espèce, ayant leurs boutiques étalées comme si nous étions à cent lieues de l'ennemi, cafetiers, horlogers, bijoutiers, selliers, drapiers, tailleurs, bottiers, maquignons, marchands de comestibles. Au bruit d'une prise d'armes, les juifs vont aux avant-postes, la bourse bien garnie, prêts à vous débarrasser à vil prix d'un butin souvent fort riche.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

87. M. Dutrieux. Aperçu de la pathologie des Européens dans l'Afrique intertropicale. — 88. M. Combarieu. Étude sur la pathogénie de la rétroversion de l'utérus gravide. — 89. M. Tabournel. De la décollation par la ficelle : procédé de M. le professeur Pajot. — 90. M. Marquet. Essai sur la nature et la symptomatologie de l'érythème polymorphe grave ou infectieux. — 91. M. Picard. Des hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 mars 1885, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Belletrud, Marsset, Bellier, Mendiboure, Armet, Birabeau, Cazauvieilh, Hainaut, Audubert, Batlle, Denigès et Guyot.

— Par décision ministérielle, en date du 26 mars 1885, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Laurens, pour la légion de la garde républicaine ; Brachet, pour l'hôpital de Belfort.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Michaud, pour le 150e d'infanterie ; Pitot, pour l'hôpital de Versailles et l'École des officiers de l'artillerie et du génie ; Veillon, pour le 10e cuirassiers ; Belhomme, pour le 138e d'infanterie ; Durget, pour le 70e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Batut, pour le 3e chasseurs d'Afrique.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Simair, pour l'hôpital de Valenciennes.

— Le Congrès français de chirurgie tiendra ses séances, à l'École de médecine, du 6 au 12 avril 1885, de neuf heures et demie du matin à midi, et de trois heures à six heures.

Lundi 6 avril. — *Matin*. Séance d'organisation (petit amphithéâtre). *Soir*. Séance d'inauguration (grand amphithéâtre).

Mardi 7 avril. — *Matin*. Étiologie et pathogénie des infections chirurgicales. — *Soir*. Questions diverses.

Mercredi 8 avril. — *Matin*. Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale. — *Soir*. Questions diverses.

Jeudi 9 avril. — *Matin*. Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne. — *Soir*. Questions diverses.

Vendredi 10 avril. — *Matin*. Cure des abcès froids. — *Soir*. Questions diverses.

Samedi 11 avril. — *Matin*. Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen. — *Soir*. Questions diverses et séance de clôture.

— Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 11 avril, à sept heures et demie, dans les salons du Grand-Hôtel, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Le prix de la cotisation (20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice) pourra être versé dans les hôpitaux, entre les mains de l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou bien remis directement à l'un des commissaires du banquet : MM. Piogey, 23, rue Saint-Georges ; Bottentuit, 56, rue de Londres ; ou Émile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

— La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques (reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880), tiendra sa séance solennelle, sous la présidence de M. A. Duverger, professeur à l'École de droit, le dimanche 29 mars 1885, à une heure et demie de relevée, à l'hôtel de la Société d'horticulture, rue de Grenelle, 84.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17612.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

MINISTÈRE DE LA MARINE ET DES COLONIES

Rapport au Président de la République française.

Monsieur le Président,

L'expérience a démontré la nécessité d'apporter quelques modifications dans l'organisation du corps de santé de la marine.

Il a été, en effet, reconnu nécessaire d'augmenter les sources du recrutement des médecins de deuxième classe, en faisant participer à ce recrutement les docteurs en médecine, soit qu'ils appartiennent déjà au corps de santé comme aides-médecins titulaires, soit que, provenant des Facultés de médecine, ils servent en qualité de médecins auxiliaires.

D'un autre côté, les dispositions qui règlent l'embarquement des médecins de la marine sur les bâtiments de la flotte, ont paru devoir être modifiées en vue d'affecter au service à la mer un plus grand nombre de médecins de première classe. Cette mesure aura pour effet de faciliter aux médecins de deuxième classe les études nécessaires à l'obtention du diplôme de docteur en médecine, qui leur est indispensable pour arriver au grade supérieur.

Enfin, en raison de l'importance des questions qui sont soumises au conseil supérieur de santé de la marine, il a semblé utile de prévoir que les fonctions de secrétaire de ce conseil pourront être remplies par un médecin principal.

Telles sont les dispositions contenues dans le décret que j'ai l'honneur de soumettre à votre sanction et qui assureront dans de meilleures conditions le fonctionnement du service de santé de la marine.

Je vous prie d'agréer, monsieur le président, l'hommage de mon profond respect.

Le Ministre de la marine et des colonies,
A. PEYRON.

Décret.

Le Président de la République française,

Vu les décrets des 14 juillet 1865 et 31 mai 1875, sur l'organisation du service de santé de la marine ;

Sur le rapport du ministre de la marine et des colonies ;

Le conseil d'amirauté entendu,

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. — Le texte des articles 42 du décret du 14 juillet 1865, 7, 8, 15 et 20 du décret du 31 mai 1875, est modifié de la manière suivante :

Décret du 14 juillet 1865.

« ART. 42. — Le conseil supérieur de santé est composé de l'inspecteur général, président, et des deux inspecteurs.

Un médecin principal ou un médecin de première classe, nommé par le ministre sur la proposition de l'inspecteur général du service de santé, remplit les fonctions de secrétaire.

Il est nommé pour une période de trois ans, renouvelable aussi longtemps que le ministre le juge nécessaire au bien du service. »

Décret du 31 mai 1875.

« ART. 7. — Nul n'est admis à concourir pour le grade de médecin de deuxième classe, s'il ne réunit trois années de service dans le grade d'aide-médecin, dont six mois d'embarquement en cette qualité.

Les trois années comptent à partir du jour de l'ouverture du concours, à la suite duquel le candidat a été nommé aide-médecin.

Les aides-médecins qui, après trois années de service dans leur grade, sont pourvus du diplôme de docteur en médecine, et qui ont satisfait à une période réglementaire d'embarquement, peuvent être promus au grade de médecin de deuxième classe, sans être astreints à subir les épreuves du concours.

Les aides-médecins qui, sans motifs valables et dont le ministre est juge, ne sont pas munis du diplôme de docteur en médecine à l'expiration de leur troisième année de grade, ou qui ne se sont pas présentés au concours pour la deuxième classe, ou qui n'ont pas été admissibles à la suite de ce concours, sont inscrits sur une liste spéciale d'embarquement pour être employés dans leur grade à la mer ou aux colonies.

Dans ce cas, la durée de leur service extérieur est la même que celle exigée pour les autres grades du corps de santé.

ART. 8. — Les médecins auxiliaires de deuxième classe pourvus du diplôme de docteur en médecine et comptant, depuis leur admission dans la marine, une année au moins de service médical sur les bâtiments de la flotte ou dans les colonies, peuvent être nommés, sans concours, au grade de médecin titulaire de deuxième classe.

La demande qu'ils ont à produire à cet effet est transmise au ministre, accompagnée d'une proposition spéciale et motivée du chef du service de santé, sous les ordres duquel ils sont placés, et de l'avis favorable émis, suivant le cas, par le commandant en

chef, le commandant de station, le commandant naviguant isolément, ou le gouverneur de la colonie.

Les aides-médecins auxiliaires pourvus du diplôme de docteur en médecine, qui réunissent trois ans de service dans la marine, et qui sont proposés dans les conditions énoncées au paragraphe précédent, peuvent également être nommés, sans concours, au grade de médecin titulaire de deuxième classe.

Il est attribué aux candidats de ces deux provenances le quart des vacances survenues dans le grade de médecin titulaire de deuxième classe; cette part ne peut être dépassée que si le nombre des aides-médecins titulaires admissibles à la deuxième classe n'est pas suffisant pour combler les vacances attribuées à ces derniers.

La même réciprocité existe pour les aides-médecins dans le cas où les auxiliaires ne peuvent remplir les vacances qui leur sont attribuées.

Les candidats provenant des médecins auxiliaires ne peuvent être nommés médecins titulaires que s'ils réunissent assez de services à l'État pour avoir droit à la retraite à l'âge de cinquante-six ans.

Les médecins auxiliaires de deuxième classe non docteurs, et les aides-médecins auxiliaires comptant depuis leur admission dans la marine trois ans au moins de service médical sur les bâtiments de la flotte ou dans les colonies, peuvent concourir pour le grade de médecin titulaire de deuxième classe.

Les docteurs en médecine remplissant les conditions pour être nommés médecins de deuxième classe titulaire, et qui n'ont pas été pourvus de ce grade, peuvent également, lorsqu'ils en font la demande, être autorisés à prendre part à ce concours.

Art. 15. — Il est embarqué :

1° Sur tout bâtiment dont l'effectif réglementaire est de plus de 300 hommes, un médecin de première classe et un médecin de deuxième classe;

2° Sur tout bâtiment ayant un effectif de 300 à 115 hommes, et commandé par un capitaine de vaisseau ou un capitaine de frégate, un médecin de première classe;

3° Sur tout bâtiment ayant un effectif au-dessous de 115 hommes, un médecin de deuxième classe.

Le ministre désigne les bâtiments sur lesquels il juge nécessaire d'embarquer un aide-médecin.

Art. 20. — Les emplois du service de santé aux colonies sont attribués à ceux des médecins de la marine qui en font la demande, la préférence étant acquise au plus ancien de grade, ou donnés à la suite des concours ouverts dans les écoles et d'après les dispositions ordinaires établies pour l'avancement.

Toutefois, lorsqu'il y a lieu de pourvoir, entre deux concours, à des emplois devenus vacants, soit aux colonies, soit dans le service des troupes, soit sur les bâtiment armés, et que des demandes ne se sont pas produites, il est procédé à ces remplacements par la désignation, dans chacun des grades de médecin de première classe et de médecin de deuxième classe, de l'officier qui, d'après les règles générales du tour de départ, occupe le premier rang d'une liste comprenant les médecins qui sont inscrits en tête de chacune des listes d'embarquement des cinq ports militaires. »

Art. 2. — Toutes les dispositions contraires à celles du présent décret sont et demeurent abrogées.

Art. 3. — Le ministre de la marine et des colonies est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 26 mars 1885.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :

Le Ministre de la marine et des colonies,

A. Peyron.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Épanchement pleurétique.

Parmi les malades les plus intéressants qui sont entrés ces jours-ci dans notre service, je dois citer celui du n° 10 de la salle Saint-Luc.

Cet homme, venu une première fois pour une pleurésie, était sorti malgré nous avant sa complète guérison; aussi est-il rentré avec une recrudescence, avec un nouvel épanchement. Les signes en sont d'ailleurs très manifestes : absence de vibrations, matité complète, etc. Néanmoins il n'y a pas du tout de souffle; quand il parle, on entend un peu d'égophonie, mais il y a absence de pectoriloquie aphone. Ce signe auquel quelques médecins ont voulu donner une grande importance au point de vue de la suppuration pleurale, n'a pas la valeur diagnostique qu'on lui a prêtée. D'ailleurs l'auteur qui l'avait signalé le premier n'avait pas prétendu que l'absence de pectoriloquie aphone indiquât forcément l'existence d'un liquide purulent, mais seulement que cette pectoriloquie aphone correspondait à un épanchement séreux.

Cette pectoriloquie aphone est le bruit d'expiration qu'on entend à chacune des paroles dites à voix basse : il est corrélatif du souffle tubaire, ou mieux, il est ce souffle lui-même. Il se produit donc, dans des conditions déterminées, dans les bronches, se propage dans le poumon et traverse la masse liquide pour arriver à l'oreille. Or le liquide est d'autant plus mauvais conducteur du son, qu'il contient des corpuscules de pus; mais il ne me paraît pas que leur présence influe beaucoup. En somme, le phénomène n'a réellement quelque valeur que s'il est bien net.

Enfin le souffle en question ne se produit que quand le poumon est assez condensé, sans pourtant être refoulé vers la colonne vertébrale, ni trop éloigné de l'oreille appliquée contre la paroi thoracique. Il faut aussi savoir que le refoulement du poumon peut dépendre de son état congestif plus ou moins prononcé. Or, comme un poumon congestionné est bon conducteur du son, plus il résistera à la pression du liquide, plus aussi le souffle s'entendra.

Il y a une forme de pleurésie suppurée à marche très rapide, d'emblée, où la pectoriloquie et le souffle s'entendront, parce que le poumon est congestionné et que le liquide épanché forme une couche peu épaisse.

En résumé, le souffle ou la pectoriloquie aphone sont l'indice que le poumon n'est pas très loin de l'oreille ni très affaissé.

Mais revenons à notre malade. Cet homme n'a ni souffle ni pectoriloquie. A-t-il du pus dans sa plèvre? Si oui, la maladie sera très longue, et un peu dangereuse par sa durée; l'empyème, probable. Si l'épanchement est séreux, malgré son ancienneté et sa persistance, nous ne devons pas désespérer de le voir disparaître, surtout par la thoracentèse. Nous l'avons déjà faite chez lui une première fois il y a trois semaines; elle nous a donné un liquide séreux. Depuis lors l'épanchement a-t-il changé de nature? Est-il devenu purulent? Cet homme est dans les conditions où l'on prétend que le pus peut se former, en ce sens que la thoracentèse, dit-on, serait une cause de suppuration. Je ne le crois pas quand l'opération est bien faite, et avec les précautions voulues. Depuis quinze ans, je n'ai pas vu un seul cas où elle paraisse avoir déterminé la suppuration de la

plèvre. Lorsqu'une première ponction a donné un liquide séreux, et une seconde un liquide purulent, on en accuse l'opération. Je dis que l'on a tort et que le pus se serait formé alors même que la thoracentèse n'aurait pas été pratiquée.

En effet, lorsque vous ponctionnez la cavité pleurale, vous ne la videz pas entièrement, mais en partie, et par suite vous donnez issue seulement au liquide séreux, et non pas au pus, s'il en existe, qui occupe la partie la plus inférieure de la cavité de la plèvre, comme il le ferait dans un bocal. Il en résulte que, la sécrétion purulente continuant, vous n'aurez plus que du pus lorsque vous pratiquerez une seconde ponction. D'où il suit que la thoracentèse bien faite ne doit pas être mise en cause.

Du reste, dans certains cas aussi, vous ne trouverez jamais de pus, parce qu'il est des sujets absolument réfractaires à toute suppuration.

Chez notre malade, la ponction a été faite dans de bonnes conditions, de façon à ne pas augmenter les chances de la formation du pus. Est-ce à dire pour cela qu'il n'y en aura pas? Je crois qu'il convient toujours de garder une sage réserve, parce que, sauf dans quelques cas où le diagnostic différentiel est certain, les signes sont souvent douteux.

Parmi ceux qui sont propres à la suppuration, on a signalé la douleur et l'infiltration périphérique de la base de la poitrine. Il faut se méfier de cette dernière qui peut tenir exclusivement à la ponction, de même qu'à l'application de vésicatoires. Cependant, lorsqu'il n'y a eu ni vésicatoires ni ponctions, cette infiltration permet de songer davantage à la suppuration de la plèvre.

Notre malade n'a eu ni vésicatoire ni œdème. Il a bien éprouvé un petit mouvement fébrile, mais à la suite d'un refroidissement. Il n'a pas eu de sueurs ni de frissons répétés; son état général est bon, la température ne s'élève pas le soir. Bref, j'espère encore que nous n'aurons affaire chez lui qu'à un épanchement séreux.

Dans ces conditions, qu'allons-nous faire? Appliquer des vésicatoires ou pratiquer une nouvelle ponction? La quantité de l'épanchement et sa durée prolongée sont des indications de thoracentèse. Ici le diaphragme n'est pas refoulé, donc l'épanchement n'est pas considérable; il n'y a pas, du reste, de suffocation. Mais, comme durée, le début remonte déjà à quarante-quatre jours. Or, quand un épanchement date de plus de trois semaines, il est de toute nécessité d'intervenir, sauf dans le cas où le liquide est très peu abondant. Enfin, lorsqu'il y a présomption de pus, il faut faire l'empyème.

Donc, quand l'épanchement dure depuis plus de trois semaines, il faut ponctionner sans attendre davantage, sinon il sera plus difficile d'assécher la plèvre. En effet, quand le poumon a été refoulé pendant quelque temps dans une certaine situation par le liquide épanché, il tend à y rester et à ne plus se laisser distendre par la suite. De sorte que si l'on vient à extraire le liquide épanché, il se fait un vide que le poumon ne tend plus à remplir, la pression est abaissée, et une nouvelle sécrétion séreuse se produit de façon à combler ledit vide, jusqu'à ce que l'équilibre se trouve rétabli.

De là l'indication d'intervenir à temps lorsque l'épanchement est notable. C'est pourquoi chez lui j'ai déjà pratiqué il y a trois semaines une première ponction, et comme celle-ci a été insuffisante, j'en aurais fait une seconde huit ou dix jours après, sans l'indocilité de notre malade, qui est parti malgré nous.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mars 1885. — Présidence de M. Guyot.

COMMUNICATION

Anévrysme de l'aorte. — M. Rendu rappelle avoir, dans la dernière séance, présenté une pièce anatomique provenant d'un malade ayant succombé à un anévrysme de l'aorte, qui n'avait donné lieu à aucun symptôme appréciable, sauf une absence du pouls radial et du pouls carotidien du côté gauche. Quel est le mécanisme de ce trouble circulatoire? Chez ce malade, c'était un caillot oblitérant ces artères : en pareil cas, l'auscultation ne révèle absolument rien. Dans d'autres cas, ce peut être l'athérome; l'auscultation donne alors un bruit râpeux et un souffle intense. Il peut y avoir là un élément précieux de diagnostic.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Cysticerques. — M. Troisier présente un malade qui porte trente-huit petites tumeurs dures, non douloureuses, mobiles sous la peau, qui ne sont autres que des cysticerques. Ce malade est donc atteint de ladrerie. Ayant recherché l'origine de cette ladrerie, M. Troisier, a constaté que cet homme n'a jamais eu le tænia et a appris qu'il était marié depuis quatre mois à une femme qui, elle, a le tænia depuis sept ans. Il est donc logique d'admettre que cet homme aura avalé un cucurbitin provenant de sa femme.

M. Laboulbène rappelle qu'il est démontré aujourd'hui qu'un ou plusieurs cucurbitins peuvent remonter jusque dans l'estomac. C'est ainsi qu'on s'explique que des malades aient rendu le tænia par le vomissement. Chez le malade présenté par M. Troisier, il s'agit du tænia provenant du porc. Mais il est établi aujourd'hui qu'il y a deux espèces de cysticerques : l'un, provenant du porc, produisant le tænia solium; l'autre, pouvant provenir du bœuf et produisant le tænia inerme.

M. Rendu fait observer que le cysticerque du tænia inerme est plus petit que celui du tænia armé.

Monoplégie brachiale. — M. Troisier présente un malade atteint de monoplégie brachiale droite. Tout le membre inférieur droit de cet homme présente une anesthésie complète, dépassant même les parties innervées par le plexus brachial. On constata une paralysie motrice de tous les muscles de l'épaule, du bras et de l'avant-bras. Ce malade commence à peine maintenant à recouvrer les mouvements des doigts; il peut remuer la main. Il y a donc un retour de la contractilité volontaire.

Cet homme est un cocher qui fit une chute de son siège sur l'épaule. Après cet accident, il put reprendre son service, et ce ne fut que cinq jours après qu'il s'aperçut qu'il avait le bras droit paralysé. Quelle est la cause de cette paralysie? Une contusion du plexus brachial? Ces paralysies périphériques traumatiques ont été bien mentionnées par Duchenne (de Boulogue), qui en rapporte même deux observations personnelles. Mais ici il s'agit de muscles innervés par des nerfs différents. Erb, Straus ont rapporté des cas de paralysies spontanées. On pouvait bien supposer qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une paralysie d'origine traumatique; mais l'exploration électrique des muscles faite par M. Joffroy, l'examen fait par MM. Vulpian et Déjérine ont montré qu'il n'y avait pas la moindre trace de dégénération. La formule de la contractilité galvano-musculaire est normale : il n'y a pas d'atrophie musculaire. M. Troisier ne trouve donc pas l'explication de cette paralysie.

M. Joffroy n'admet pas chez ce malade l'existence d'une lésion cérébrale. Il ne s'agit donc pas là, selon lui, d'une monoplégie d'origine cérébrale. Les antécédents apprennent que la mère de ce malade était hystérique. Il y a donc tout lieu de penser qu'il s'agit d'une paralysie d'origine hystérique.

M. Féréol cite deux cas analogues de monoplégie brachiale, guéris tous deux spontanément, l'une étant d'origine hystérique, l'autre, sans cause appréciable, peut-être simulée.

M. Déjérine fait remarquer que, chez le malade de M. Troisier,

la faradisation de la région anesthésique ramène un peu de sensibilité. C'est là un argument à invoquer en faveur de la non-existence d'une lésion matérielle cérébrale.

PRÉSENTATION D'APPAREIL

Dilatateur œsophagien. — M. DUGUET présente un nouveau dilatateur œsophagien.

Lorsque, dit-il, on se sert du dilatateur ordinaire, connu sous le nom de dilatateur Trousseau, dans le cas de rétrécissement organique de l'œsophage, que ce rétrécissement soit fibreux ou cancéreux, on éprouve une difficulté quelquefois réelle, un obstacle au retour de l'olive, quand celle-ci a franchi le rétrécissement.

10 12 14 16 18 20 AUBRY

L'olive est alors arrêtée par le rétrécissement, comme elle le serait par un anneau très serré, et on ne peut lui faire franchir de nouveau ce rétrécissement qu'au prix d'un certain effort qui imprime au rétrécissement œsophagien et à l'œsophage lui-même un ébranlement plus ou moins considérable.

Cet ébranlement, outre qu'il est douloureux pour le malade, peut, s'il s'agit d'un rétrécissement fibreux, amener un décollement de l'œsophage au niveau du point rétréci, décollement certainement préjudiciable; et, s'il s'agit d'un rétrécissement cancéreux, une déchirure de tissus facile à comprendre et dont les conséquences peuvent être également fâcheuses.

Cet inconvénient tient à ce que, dans le dilatateur Trousseau, le calibre de la tige, implantée directement par son pas de vis sur l'olive, fait brusquement, au point d'implantation, une sorte de col auquel le rétrécissement œsophagien forme cravate au retour de l'olive.

Pour obvier à cet inconvénient, j'ai fait construire par M. Aubry, il y a environ dix-huit mois, un nouveau dilatateur dont la tige se termine au point d'implantation par un cône muni d'un pas de vis à sa base qui forme plateau. Chacune des olives étant sectionnée à son pôle d'attache sur le même diamètre, celui du plateau même de la tige, il en résulte que toutes les olives, une fois vissées à la tige, s'y adaptent parfaitement et se continuent insensiblement, *sans former col*, avec le cône même de la tige, d'où il suit que le rétrécissement, une fois franchi, ne peut plus faire obstacle au retour de l'olive, ce qui permet d'éviter les inconvénients et les dangers que je signalais tout à l'heure. (Voir le dessin ci-dessus.)

L'usage que j'ai fait de ce nouveau dilatateur, à plusieurs reprises, est venu confirmer mon attente.

Les olives, au nombre de six, ont un diamètre qui varie de 10 à 20 millimètres, séparées l'une de l'autre de 2 millimètres, comme dans le dilatateur ordinaire; mais on peut, sans s'écarter du même principe, construire des olives dont le diamètre soit inférieur à 10 millimètres ou supérieur à 20 millimètres, selon le but qu'on se propose.

COMMUNICATION

Traitement du croup par les vapeurs de térébenthine. — M. RICHARD, à l'occasion du fait communiqué dans l'avant-dernière séance par M. Dujardin-Beaumetz, fait connaître le fait suivant qui a été observé par M. le docteur Maréchal, au fort de Montrouge. Un enfant de cinq ans est atteint d'accidents de croup; M. Maréchal, appelé auprès de lui seulement le sixième jour, constate que les amygdales sont recouvertes de fausses membranes, et qu'il y a déjà un tirage considérable. Il annonce la visite pour le soir, croyant avoir à faire la trachéotomie, et conseille, en attendant, le traitement du docteur Delthil. Il revient le soir à dix heures, trouve l'enfant très calme, sans dyspnée ni tirage. Il a rendu ses fausses membranes avec un anneau complet. On continue les fumigations; l'enfant va de mieux en mieux et guérit assez promptement. Quelques jours après, les accidents reparaissent avec la même intensité, la même gravité. Comme la première fois, on a recours aux fumigations térébenthinées et aux vomitifs. L'enfant guérit encore très bien et est depuis resté guéri. Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation, c'est qu'à deux reprises différentes le même traitement a donné les meilleurs résultats.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

XLI

ÉPISODES SUR LE PILLAGE ET LES CAMPS.

Les hommes qui n'ont pas fait partie d'une armée conquérante ne sauraient se faire une idée des péripéties, je dirais presque des charmes de cette vie nomade et d'usurpation : on n'y résiste point à l'aiguillon du besoin, et on résiste peu à l'attrait de la possession, ne fût-elle que momentanée. Ces deux excitants physiologiques semblent justifier tout ce qui, dans le style juridique, constituerait des délits; les grands principes sociaux deviennent, en pareils cas, des utopies.

A la guerre, l'art du pillage et de la destruction a réellement ses variantes nationales et ses progrès : chaque peuple a, sous ce rapport, son *modus faciendi*. J'ai quelques types à citer : le Polonais court après les comestibles, les boissons surtout; pour deux verres de vin, il crève une outre ou il perce d'une balle un tonneau. L'Italien casse, brise tout pour un objet d'art ou un bijou à emporter. Le Français, sans négliger les joyaux, se préoccupe surtout de la finance : avec la crosse de son fusil, il ausculte, il percute, il sonde le sol, les murailles, pour constater des creux et en exhumer des trésors numismatiques; quelques-uns, d'un goût plus spécial, recherchent les tableaux, les objets d'art, pour les sauver de la destruction en les gardant soigneusement. Je me rappelle l'histoire d'un général qui avait été réduit à la dure nécessité de capituler pour la reddition de ses troupes. Un des premiers articles de la convention était la réserve de ses fourgons personnels; or l'un de ceux-ci était, selon l'expression d'une femme d'esprit du pays conquis, un véritable paradis, puisqu'il renfermait un nombre considérable de saints en argent.

Je témoignais un jour à un ami, plus pratique que moi de la guerre et des camps, mon étonnement de voir disparaître si subitement et si complètement le lourd balcon en fer d'une grande maison, toutes les tuiles de la toiture, les chevrons, les meubles, etc. : « Vous ne voyez pas, vous voyez mal le fond des choses, me dit-il : sous la toute-puissance du feu, de l'enclume et du marteau, le maréchal-ferrant transforme une partie du balcon en fers à cheval, tandis que l'autre est convertie par l'armurier de l'artillerie, en viroles, en bandes de fer pour les chariots, en clous et autres choses fort utiles : apprenez donc à respecter ces ouvriers dont le talent et le dévouement tournent ainsi au profit de l'armée. Allez visiter un camp établi dans le voisinage d'une cité pillée, et vous y trouverez l'explication de ces brusques destructions et de ces exploitations si promptes de tous les matériaux de construction. Un camp bien organisé, c'est un musée des arts et métiers, ou du moins un immense magasin de meubles d'occasion et de friperie très curieux à observer. Voyez ce grenadier se prélassant avec abandon sur un soyeux divan, son camarade se carrant dignement dans un fauteuil de velours, cet autre mollement étendu sur un beau tapis avec coussins richement brodés,

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 mars 1885.

celui-ci piétinant sur une fine natte de palmier américain, celui-là s'adonisant devant une glace suspendue dans la tente, ce voltigeur frappant du poing le clavier d'un piano devant l'escouade réunie et applaudissant bruyamment, des porcelaines par-ci, des cristaux par-là, les tentes recouvertes de tuiles régulièrement imbriquées, toute la troupe du camp se réjouissant au milieu de ce luxe d'un jour et ne soupirant qu'après de nouveaux combats et de nouveaux pillages. » Dans mon ignorance martiale, je frémissais à la description de ce tableau, dans toute son exacte vérité.

Voici une anecdote complémentaire, qui a son côté plaisant et pittoresque :

Un habitant d'une ville saccagée, un *pékin*, pour l'appeler par son nom, s'approchait du camp moins en curieux qu'en investigateur de son bien ; il aperçoit, il reconnaît une petite commode en acajou qui faisait, peu de jours auparavant, ses délices ; il rôde autour du soldat usufruitier de son meuble chéri : il se hasarde à l'aborder et à lui offrir 2 douros (10 francs) pour la recouvrer. Le soldat hésitait à conclure le marché, lorsqu'un camarade plus malin s'approche de celui-ci et lui dit à voix basse : « Lâche l'objet, empoigne les médailles, et tu vas voir la farce. »

Le bourgeois, pour l'appeler par son autre nom, charge son meuble et part. La sentinelle du poste avait été invitée à fermer les yeux. Le pauvre diable avait à peine fait cent pas que le soldat conseiller, qui le suivait de l'œil, le rejoint et l'interpelle vivement : « Comment, coquin ! tu as volé ce meuble dans le camp ; il m'appartient depuis trois jours ; vite, rends-le, ou je te pourfends le ventre avec mon sabre. » Quel argument irrésistible ! Le pékin, tremblant et confus,

Jura, mais un peu tard, qu'on ne l'y prendrait plus.

Je laisse à penser la vie que firent tous les amis.

24 décembre. — Le maréchal se rend à Ségorbe pour y passer en revue les divisions Reille et Severoli, qui viennent nous renforcer pour le siège de Valence.

26 décembre. — Notre armée passe sur différents points le Guadalaviar ; l'ennemi, malgré la vive résistance qu'il a faite à Quarte, est repoussé de toutes ses positions et obligé de rentrer dans Valence; 600 prisonniers, 11 pièces de canon, restent en notre pouvoir, et nous complétons l'investissement de l'enceinte de la place. Cette opération a coûté 400 hommes tués ou blessés : la plupart de la division italienne du général Palombini, qui s'est couverte de gloire dans l'attaque de Quarte. Le général Boussard, commandant notre cavalerie, emporté par une bravoure imprudente, tomba dans une embuscade ennemie, fut atteint de huit blessures, resta prisonnier pendant quelques minutes et fut heureusement délivré.

29 décembre. — Une colonne ennemie, forte de 400 hommes, sort de Valence pendant la nuit, passe le pont à la barbe de nos postes et gagne les montagnes. C'était, dit-on, l'avant-garde d'une colonne beaucoup plus considérable, qui devait s'échapper avec Blake ; mais celle-ci n'a pas osé tenter le passage.

ANNÉE 1812.

3 janvier. — Dans la nuit dernière, le colonel Henri, chef d'état-major du génie, en faisant une reconnaissance à la tranchée vers le sud de la ville, a été tué par un éclat d'obus. La perte de ce courageux et brillant officier, a été vivement sentie par l'armée.

5 janvier. — L'ennemi nous abandonne toute l'enceinte extérieure qui avait coûté quatre ans de travaux fort dispendieux : on lance des obus dans la ville depuis hier.

6 janvier. — Un parlementaire est envoyé à Valence : on ne lui permet pas de passer le pont ; il remet les dépêches. Blake, s'imaginant que les projectiles nous font défaut, répond que vingt-quatre heures de bombardement lui assurent la constance de la troupe et des habitants, pour la défense de la place. En conséquence, nos mortiers redoublent le feu : deux nouvelles batteries de brèche sont construites entre le faubourg San-Vicente et celui de Quarte ; chaque batterie doit être armée de dix pièces de 24, et la brèche sera ouverte à peu de distance de la porte San-Vicente.

7 janvier. — Plusieurs édifices sont incendiés. Le feu a pris au palais de l'Archevêché et à la bibliothèque de l'Université. Le courage des Valenciens est, dit-on, fortement ébranlé.

8 janvier. — Vers quatre heures du soir, les feux cessent entièrement de part et d'autre ; les pourparlers de négociation sont commencés : néanmoins l'artillerie continue d'armer les batteries de brèche, et le génie poursuit ses travaux.

9 janvier. — A neuf heures du soir, les négociations sont conclues : Valence capitule. La brigade du général Robert en prend possession ; la garnison est prisonnière au nombre de 15000 hommes.

10 janvier. — La garnison de Valence dépose les armes, après avoir passé le pont. Blake et son état-major se constituent prisonniers. Le général espagnol est un homme de haute stature, âgé de cinquante-cinq à soixante ans, ayant les sourcils longs et très fournis, une physionomie grave.

12 janvier. — Les prisonniers s'échappent par centaines pendant la nuit : on croit que le nombre des évadés s'élève à 2000. Ces évasions s'expliquent par le peu de vigilance des troupes chargées de garder les prisonniers, et par l'état de dénuement où ils se trouvaient ; c'est ainsi que se forment et se renforcent les bandes qui nous inquiètent tous les jours davantage en Aragon, en Navarre.

14 janvier. — Le maréchal, avec son quartier général et 15000 hommes, fait son entrée dans Valence : de riches tentures de soie, des lustres suspendus, des guirlandes, des couronnes, ornaient toutes les maisons des rues où le cortège a défilé.

LE PROFESSEUR LORENTE.

Lors de la reddition de Sagonte, j'avais eu l'occasion de m'entretenir avec deux médecins espagnols, qui furent renvoyés comme non combattants : ils m'apprirent que le professeur de botanique de l'Université de Valence, dom Vicente Lorente, âgé de soixante ans, était gravement compromis, comme s'étant mis à la tête des étudiants armés. Je leur recommandai de dire à ce professeur qu'un médecin de l'armée française, botaniste, et inconnu de lui, était tout disposé à le protéger à l'occasion.

Dès mon entrée à Valence, j'eus hâte d'aller à la mairie pour demander mon billet de logement dans la maison du professeur Lorente. Lorsque j'arrivai dans cette maison, la femme du professeur m'annonça, les larmes aux yeux, que son mari était en prison et sur le point de partir pour France. Je courus aussitôt chez le commandant de la place : c'était, heureusement, mon ami Bugeaud. Je le supplie de me livrer, sur ma responsabilité, le professeur Lorente. A l'appel de ce nom, Bugeaud s'écria : « Impossible ! Il est signalé comme un des chefs les plus exaltés. » J'insistai, et je promis d'obtenir sa grâce, auprès du maréchal. Je réussis dans mon entreprise confraternelle : Lorente me fut remis, et j'eus le bonheur de le rendre aussitôt à sa famille éplorée. Le lendemain, pour régulariser et assurer la position du vénérable professeur, j'adressai au maréchal un mémoire justificatif, où je mettais en relief les titres scientifiques de mon protégé, ses travaux importants sur la culture et la fabrication de l'indigo, et son intention de les continuer avec moi : ma pétition fut bien accueillie, comme je l'espérais, et Lorente fut sauvé. Pendant tout le temps de mon séjour chez ce savant botaniste, je fus lié d'amitié avec toute sa famille : j'occupais un appartement spacieux, très convenable pour mes études ; c'est l'époque de ma vie où j'ai le plus travaillé et récolté le plus d'objets d'histoire naturelle. Lorente m'accompagnait parfois dans mes excursions circumvalenciennes.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

92. M. Boulland. De la tuberculose des plèvres et du péritoine au point de vue du pronostic et du traitement. — 93. M. Foulquier. De la scrofulalgie. — 94. M. Lance-Briand. Influences réciproques

de la grossesse et du cancer de l'utérus. Intervention chirurgicale possible pendant la gestation et lors du travail. — 95. M. Inglessis. Le rein dans ses rapports avec le diabète. — 96. M. Marula. De l'emploi de la lunette de Galilée en optométrie (optométrie improvisée). — 97. M. Rigolet. Étude expérimentale sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du chlorhydrate de cocaïne. — 98. M. Ismail Hassan. Du traitement du rhumatisme articulaire chronique par l'azotate de strontiane. — 99. M. Hottinger. Étude sur les paralysies alcooliques. — 100. M. Plagneux. Quelques considérations sur une épidémie d'oreillons.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 mars 1885, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé : M. le médecin en chef Duplouy.

Au grade de médecin en chef : M. le médecin-professeur Rouvier.

— Par décret, en date du 27 mars 1885, MM. Herland et Martin, médecins de deuxième classe démissionnaires, ont été nommés au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 28 mars 1885, M. Renaut, médecin-major de deuxième classe, détaché aux ambulances du Tonkin, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les questions données pour la première épreuve, — épreuve écrite, — du concours pour la nomination à une place de prosecteur ont été : Système élastique, son rôle dans la circulation et la respiration. Plaies par arrachement. — Mais dès la seconde séance, le concours a été suspendu par suite d'indisposition de M. le professeur Béclard, président du jury. La lecture des compositions aura donc lieu à une date qui sera ultérieurement fixée.

— MM. les médecins du XIVe arrondissement de Paris sont informés que, le jeudi 23 avril 1885, il sera procédé dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance.

— M. le docteur Navarre a été élu hier conseiller municipal de Paris pour le quartier de la Gare (XIXe arrondissement).

— Dans sa séance de vendredi dernier, le conseil municipal de Paris a voté un ordre du jour par lequel il demande l'ouverture, cette année, d'un concours pour la nomination de trois pharmaciens en chef dans les hôpitaux Cochin, des Enfants-Assistés et de Berck-sur-Mer.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Martha, interne des hôpitaux, est nommé préparateur de pathologie interne. (Emploi nouveau.)

M. Crouzat, docteur en médecine, est nommé préparateur du cours d'accouchements et du cours complémentaire d'accouchements, en remplacement de M. Verrier.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Merlet, délégué dans les fonctions de préparateur du laboratoire d'histoire naturelle, est nommé préparateur dudit laboratoire.

M. Campan, délégué dans les fonctions de préparateur du laboratoire de pharmacie, est nommé préparateur dudit laboratoire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Falque-Pierrotin est nommé préparateur du laboratoire de pharmacie, en remplacement de M. Joly, décédé.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Weiss, agrégé, est chargé, à titre provisoire, du cours de pathologie externe, en remplacement de M. Heydenreich, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Besançon.* — M. le docteur Magnin est chargé du cours d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Deroye est maintenu, en la double qualité de suppléant des chaires de clinique et de pathologie internes et de chef des travaux anatomiques, jusqu'à la fin des concours ouverts en vue de pourvoir à ces emplois.

— M. le docteur Stéphan est nommé médecin adjoint au lycée d'Alger. (Emploi nouveau.)

— Le Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz est remis au 1er octobre 1886, au lieu du 1er octobre 1885.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Colombel, de Paris; Dartigues père, de Villefranche; Grocler, d'Ornans; et de M. le docteur Pozzo di Borgo, médecin de deuxième classe de la marine, victime du naufrage de l'*Oise*, en rade de Tamatave.

— La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours les deux questions suivantes :

1° Des divers modes de vaccination ; de l'âge auquel il convient le mieux de vacciner; des préjugés à combattre au sujet de la vaccination.

2° Étudier l'influence de la profession maternelle sur la fécondité des femmes, la marche de la grossesse, la vitalité et la santé des enfants.

En remettant cette question au concours et en donnant aux concurrents un délai de deux ans, la Société leur demande de s'appuyer, autant que possible, sur des observations et des statistiques précises. Elle préfère qu'ils s'attachent à étudier chacun l'influence d'une profession déterminée, à faire une monographie qu'un travail d'ensemble.

Une ou plusieurs médailles d'or, etc., seront décernées par la Société aux auteurs des meilleurs mémoires : Pour la première question, dans la séance publique de 1886; pour la deuxième, dans la séance publique de 1887.

Les mémoires devront être adressés, *franco*, à M. le docteur V. Chappet, secrétaire général, cours Morand, 20 : pour la première question, avant le 31 janvier 1886; pour la deuxième, avant le 31 janvier 1887. Ils porteront en tête une épigraphe qui sera répétée sous un pli cacheté, renfermant le nom et l'adresse de l'auteur. Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus. La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, à ses frais, le mémoire ayant obtenu le premier prix.

— M. le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophtalmologie (médecine opératoire, exercices pratiques), le vendredi 17 avril, à huit heures du soir, à l'École pratique, amphithéâtre n° 3, et le continuera les lundis et vendredis suivants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, par P. Garnier. 20e année, 1884. 1 fort vol. in-12 de 750 pages. — Prix : 7 francs. — Paris, Félix Alcan.

Manuel pratique des maladies de l'oreille, par le docteur Levi. 1 vol. in-18 avec 80 figures intercalées dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Contribution à l'étude du non-restraint, par le docteur Tagle y Alfonso. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène, pour 1885, par MM. le professeur Bouchardat et J. Bouchardat, médecin-major. 45e année. In-18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot 19, rue des Saints-Pères. — 17628.

27

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdelaine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude. è.	I.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.24

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

86

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

20

Approbation de l'Académie de médecine.

EAU PURGATIVE DE RUBINAT

MINÉRALE NATURELLE

La plus riche en principes minéralisateurs de toutes les eaux purgatives. (96 gr. de sulfate de soude et 3 gr. de sulfate de magnésie par litre).

Agit promptement et sûrement à petites doses ; ne provoque jamais de coliques.

15

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande *directement à MM. Lebeault, Mayet et Cie*, recevront une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon.

25

MÉDICAMENTS EXPÉRIMENTÉS

DANS LES HOPITAUX

ET PRÉSENTÉS A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

VIN KINO-PHOSPHATÉ A LA COCA

de A. Grujard.

titré à 0,25 de phosphate de chaux par cuillerée.

Le meilleur tonique, reconstituant et dépuratif. Employé avec succès dans les *tuberculoses*, et en général dans toutes les affections diathésiques.

Remplace avantageusement l'huile de foie de morue.

DOSE : un demi-verre à bordeaux aux principaux repas.

BAUME ANTI-RHUMATISMAL ET ANTI-GOUTTEUX

de A. Grujard,

à la flore des Alpes (essence juniperus et labiées).

Employé *chaud* en frictions contre *goutte, rhumatisme, arthritisme, ataxie locomotrice.*

TEINTURE RÉVULSIVE

de A. Grujard

(*Balsamum ammoniacale*).

Employée en frictions contre les *bronchites, laryngites, toux, asthmes*, et en général toutes les affections thoraciques et abdominales exigeant une dérivation énergique.

Notice explicative pour chaque produit.

Pharmacie du Centaure, 31, r. St-Denis, Paris.

140

HUILE DE FOIE DE MORUE DE HOGG

Extraite à Terre-Neuve des foies de morues fraîchement pêchées.

Sans odeur ni saveur des huiles du commerce.

Se vend en *flacons triangulaires* seulement.

HOGG, rue Castiglione, 2, Paris, et toutes Phies.

46

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phtisiques, affections des bronches, insomnies*, etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

Dr. Zed

88

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boites de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boites de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

6

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

331

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

152

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

10

AFFECTIONS CARDIAQUES

« PALPITATIONS, INSUFFISANCES ET RÉTRÉCISSEMENTS, ALBUMINURIES, ŒDÈME. »

Soulagement immédiat et guérison par le **Sirop et les Pilules de LANGLEBERT** *au convallaria Maïalis (muguet de mai)*

Préconisés par les meilleurs praticiens.

Phie LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et ttes ph.

66

DRAGÉES MEYNET

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

22

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

N° 39. — JEUDI 2 AVRIL 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 2 AVRIL 1885. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous aimons beaucoup la statistique; mais c'est à condition qu'on sache s'en servir pour lui faire prouver quelque chose. Autrement, si brillantes que soient l'exécution et la mise en scène, l'exhibition, par changement à vue, de la plus longue série possible de tableaux graphiques nous laisse froid.

La communication de M. Durand-Claye, l'ingénieur distingué de la ville de Paris qui est le grand promoteur du système de « tout à l'égout », soulève cependant une question importante, celle des eaux d'alimentation qui sont distribuées journellement. L'orateur a soin d'établir que, dès à présent, la quantité d'eau de source reçue dans les réservoirs de la capitale dépasse celle que la ville est tenue de fournir aux maisons des particuliers en vertu des abonnements. Et d'après cela, on se demande comment il se fait que la Compagnie des Eaux remplace si souvent par de l'eau de Seine l'eau de source qu'elle doit livrer. Mais ce que M. Durand-Claye ne dit pas, ce que le public ignore, c'est que par la force même des choses, à ce qu'il paraît, l'eau de source doit être souvent consacrée presque en entier à d'autres usages.

D'abord le système de « tout à l'égout » a pour corollaire indispensable le lavage fréquent des égouts par une poussée énergique. Pour entraîner les détritus de matière fécale, etc., qui se déposent le long de ces conduits, il faut de l'eau lancée sous une pression forte, c'est-à-dire fournie par des réservoirs situés très haut. Or, seules, les eaux de la Vanne et de la Dhuys se trouvent remplir ces conditions. Plus donc le réseau des égouts sera considérable, plus on mettra de soin à les tenir propres, ce qui est indispensable pour l'hygiène publique, et plus les Parisiens seront souvent réduits à boire de l'eau de Seine ou de l'eau de l'Ourcq. Ce n'est pas tout : les eaux de source, représentant une haute pression, ont été dès lors utilisées à ce point de vue comme moyen mécanique. Ce sont elles qui desservent tous les puits d'ascenseurs, les établissements de bain d'air à pressions variées, mille industries qui utilisent l'air comprimé; ce sont également les eaux de source qui sont versées par grandes masses pour les douches, etc. Les réservoirs de l'eau de Seine sont situés trop bas pour que la pression de l'eau qu'ils renferment soit suffisante pour les usages industriels. Or, l'été surtout, c'est une dépense d'eau trop considérable pour qu'il soit possible de réserver pour l'alimentation ce qu'il faudrait d'eau de source pure.

Tout cela nous fut expliqué très longuement par des hommes du métier, des administrateurs habiles, lorsqu'il fut question de fournir les hôpitaux de conduits spéciaux leur apportant l'eau de la Vanne et de la Dhuys. « C'est bien inutile, nous disaient-ils, de faire une pareille dépense pour aboutir en définitive à un trompe-l'œil. — Et comment donc? — Certainement, les hôpitaux ne recevront pas plus constamment de l'eau de source pure que les particuliers qui croient en recevoir et qui payent en conséquence. On ne pourra pas cesser pour eux de laver les égouts, dont le réseau s'accroît sans cesse, de faire fonctionner les ascenseurs dans les maisons nouvelles, de fournir de l'eau aux établissements hydrothérapiques, de la force aux établissements industriels, etc. L'eau de source n'est qu'un prétexte : ce sera toujours l'eau de Seine qu'on boira surtout à Paris, et il suffit d'un tour de clef pour envoyer de l'eau de Seine, ou un mélange, aux abonnés auxquels on promet de l'eau de source. Ils ne peuvent pas s'en douter, et c'est la foi qui sauve. »

Il ne serait peut-être pas impossible de refouler de l'eau de Seine ou de l'Ourcq destinée à ces usages dans des réservoirs qui seraient placés beaucoup plus haut; mais ce serait, nous a-t-on dit, une dépense considérable et à laquelle on ne veut pas songer. L'utilité en serait cependant plus grande que pour le percement de nouveaux boulevards.

M. Le Fort a fait un discours dont un de ses collègues a pu dire que c'était une leçon magistrale sur l'histoire des pansements et des antiseptiques. Peut-être en effet le professeur semblait-il trop se croire encore dans sa chaire de la Faculté. Son début manquait un peu de chaleur; sa phrase, de relief et d'imprévu. Mais ce qu'il disait était très sage; il rappelait des faits incontestables et dont devraient faire leur profit nos théoriciens à outrance.

En effet, ce qu'on attribue aux méthodes antiseptiques comme sécurité dans les opérations et conséquemment audace heureuse, était déjà réalisé avant même qu'il en fût question. A partir du jour où les chirurgiens prirent soin d'éviter toute contagion directe par les mains, par les instruments, par les objets de pansement, ils purent pratiquer

avec succès les ovariotomies, même en opérant absolument à découvert, ainsi que le faisait Kæberlé, et ils commencèrent à oser, comme opérations délicates, tout ce qu'on ose actuellement.

L'espace nous manque aujourd'hui pour aborder la vaste question des agents irritants, des ferments, des contages. Mais on semble trop oublier que si, parmi les ferments, il en est qui sont des corps organisés, il en est d'autres également bien connus, qui agissent sous forme liquide sans qu'il soit possible d'y découvrir rien de visible au microscope. Pourquoi n'en serait-il pas de même des contages? Pourquoi supposer partout des microbes, des bactéridies, des petits êtres parasitaires et des germes atmosphériques, comme s'il n'y avait que cela à prévoir et à éviter.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Otite suppurée de l'oreille moyenne.

Le 4 août de l'année dernière entrait pour la première fois dans notre service, un homme de trente-six ans, celui qui occupait ces jours derniers le n° 37 de la salle Jenner. Il avait alors une pleurésie aiguë du côté droit. La maladie évolua régulièrement et se termina par la guérison.

Mais, pendant la convalescence apparurent aux deux sommets de la poitrine des signes d'une tuberculose torpide qui allèrent assez rapidement en s'aggravant pour que, au mois de décembre suivant, on pût diagnostiquer sûrement une formation cavernuleuse au sommet gauche, et de l'infiltration tuberculeuse dans le lobe supérieur du poumon droit.

Un mois plus tard, on constatait quelques plaques d'érythème noueux sur les jambes et autour des genoux, plaques qui avaient été précédées de quelques douleurs articulaires sans fièvre, et qui disparurent en quarante-huit heures.

Mais en même temps, le 9 de ce mois au matin, de nouveaux phénomènes survenaient. A ce moment, le malade se plaignit pour la première fois d'une douleur très vive dans l'oreille droite, avec surdité du même côté. Deux injections d'eau tiède prouvèrent qu'il ne s'agissait pas d'un bouchon de cérumen. Le soir, un écoulement purulent se fit soudainement par l'oreille. Le lendemain 10, le pus continue à couler, la douleur d'oreilles est moindre ; il n'y a pas de céphalalgie, mais des vertiges qui persistent le jour suivant. Le 11 survient un phénomène passager, c'est-à-dire deux vomissements alimentaires et bilieux. La percussion de l'apophyse mastoïde et du pariétal droit est douloureuse. Pas de fièvre. Le 12, même état. Le 13 au matin, le vertige augmente. Je diagnostique une otite suppurée de l'oreille moyenne, sans fièvre ni délire, affection toujours sérieuse chez un tuberculeux, car elle conduit plus facilement à la carie du rocher et à des complications méningées ou méningo-cérébrales. Ces complications sont plus fréquentes chez les sujets atteints de tuberculose et peuvent affecter une marche insidieuse; aussi ce jour-là même disais-je autour de moi que, malgré la légèreté des symptômes, le pronostic devait être très réservé, car quelque chose de grave nous menaçait. Le 14 au matin, la fièvre apparaissait (38°,4) pour la première fois, et le 16 au soir, le malade succombait, après soixante heures d'une fièvre qui n'a pas dépassé comme température 38°,6.

L'autopsie a confirmé le diagnostic, et voici ce qu'elle nous a révélé : une nappe de pus au niveau de la partie médiane de la face inférieure de l'encéphale ; une gouttelette de pus dans la dure-mère près de l'orifice interne du conduit auditif droit ; fongosités molles dans la cavité du tympan, surface rugueuse se continuant avec une cavité anomale du rocher contenant du pus, surface osseuse dénudée et nécrosée ; membrane du tympan disparue.

Voilà donc un fait, d'autant plus effrayant que, dans les conditions pathologiques de notre malade, il n'est pas très rare de l'observer avec cette forme insidieuse où des complications méningées rapidement mortelles peuvent évoluer d'une façon absolument latente sans donner lieu à aucun symptôme morbide du côté des méninges.

Je dois faire remarquer ici que l'otite dont notre malade était atteint ne date pas du 9 de ce mois, bien que le premier symptôme ait apparu ce jour-là. La lésion chronique de la caisse du tympan avec retentissement sur le rocher nous prouve que le début de la maladie est plus ancien et que l'otite a évolué d'une façon latente presque jusqu'à la fin. La douleur du 9 correspond à la perforation du tympan, ce qui nous donne le droit de supposer un long espace de temps, des semaines ou des mois peut-être, pour la durée du travail pathologique qui a amené la lésion du rocher et des osselets.

Cette affection, qui a débuté par la muqueuse tympanique, a donc marché silencieusement. Quoiqu'il s'agisse d'une otite chronique et non aiguë, le fait est remarquable.

Chez notre malade, quel a donc été le procédé de la méningite? Vous savez que, pour qu'une méningite survienne au cours d'une otite, il y a trois modes pathogéniques.

Le premier est la propagation *par contiguïté.* Au contact du rocher malade, la dure-mère s'enflamme, l'inflammation n'est pas très aiguë, c'est plutôt de la pachyméningite, laquelle par les adhérences qu'elle détermine, peut devenir parfois en quelque sorte protectrice. Dans d'autres cas, au contraire, il se fait des poussées aiguës, les méninges sont prises, puis le tissu nerveux à son tour est altéré.

Le deuxième processus a lieu *par continuité*, par l'établisblissement d'une communication entre les cavités malades du rocher et les méninges, de telle sorte que le pus de l'oreille arrive directement dans celles-ci. Chez notre malade, la gouttelette de pus que nous avons trouvée à l'orifice du conduit auditif interne, et qui se continuait avec la nappe purulente de la base de l'encéphale, nous a permis de constater nettement que tel avait été chez lui le processus.

La migration du pus a eu très vraisemblablement lieu par l'aqueduc de Fallope, car il entourait le nerf facial. D'ailleurs cet aqueduc n'est pas la seule voie possible, et cette migration du pus peut se faire encore par l'oreille interne, par les fenêtres, par la destruction du vestibule, du limaçon.

Enfin le troisième procédé pathogénique est la carie de la voûte de la caisse du tympan, voûte très mince, comme vous le savez, puisqu'elle n'a pas un millimètre d'épaisseur, et qui se perfore très facilement au moindre processus pathologique et permet ainsi au pus de fuser dans les méninges.

D'ailleurs il n'est même pas nécessaire que cette voûte soit altérée pour que le pus gagne les enveloppes cérébrales. Nous savons, par les travaux de plusieurs auteurs, qu'elle présente très souvent des dépressions lacunaires. La sta-

tistique de Buchner nous le montre 44 fois sur 120, et sur 44 cas, il en est 36 dans lesquels il y avait perte de substance totale, si bien que ce n'était plus une simple dépression, mais une véritable lacune. Grâce donc à cette variété anatomique, le pus d'une simple otite suppurée peut aussi fuser dans les méninges, sans que le tissu osseux soit altéré.

Une autre question est celle de savoir à quel moment nous pouvons placer le début de la méningite. Est-ce au jour des vomissements qui se sont produits sans nausées ni efforts, comme ceux qui sont d'origine cérébrale? Ces vomissements pouvaient-ils avoir quelque autre cause? Nous savons aussi qu'ils peuvent être la conséquence d'une otite moyenne, de modifications dans la pression sur le tympan, sur le liquide labyrinthique. Des observations nous montrent le vomissement survenant dans le cas de catarrhe de la trompe d'Eustache. Les vertiges chez lui caractérisent-ils le début de la méningite? Non. Le vertige était aussi un phénomène d'origine auriculaire? D'ailleurs le vertige comprend des phénomènes multiples. Mais quelle relation y a-t-il entre lui et la lésion de l'oreille? Les travaux les plus récents ont montré que ce phénomène était sous la dépendance de la branche vestibulaire du nerf auditif ou nerf de l'espace; d'autre part, les médecins spécialistes considèrent, d'après maintes observations, qu'il suffit pour le provoquer d'une lésion qui modifie la pression du liquide labyrinthique en agissant sur la portion terminale du nerf de l'espace. Notre malade a eu, du reste, des troubles d'équilibre assez marqués, au repos comme pendant la marche; il avait en outre des vertiges subjectifs et objectifs : subjectifs, par défaut d'équilibre; objectifs, car le sol semblait lui manquer. Donc les vertiges du 10 et du 11 de ce mois n'ont rien à faire avec le début de sa méningite, non plus que ses vomissements.

En résumé, rien n'indique le début que le développement de la fièvre, c'est-à-dire le 14, et jusque-là les symptômes observés sont des phénomènes purement auriculaires. Cette fièvre elle-même a été médiocre pendant les soixante heures qu'elle a duré, et la phase méningitique n'a pas eu une durée plus longue. Cette phase a été parfois dans certains cas plus courte encore, et n'a pas dépassé vingt-quatre ou vingt-cinq heures. Chez d'autres malades, au contraire, la méningite consécutive à l'otite a présenté une symptomatologie plus complète et plus longue; nous en avons observé un cas, l'an dernier, où elle a duré douze jours.

En terminant, il me reste deux points sur lesquels je crois devoir appeler encore votre attention : 1° D'aucuns ont dit quelquefois que certains écoulements d'oreille devaient être respectés comme un dérivatif utile. Je prétends que c'est là une théorie dangereuse. Il faut, au contraire, les combattre très énergiquement. 2° On a dit qu'une otite entraînant l'écoulement du pus par l'oreille externe n'offrait aucun danger au point de vue des accidents cérébraux. Ceci est faux.

Quant au traitement, comme on ne peut pas grand'chose sur une lésion méningo-cérébrale, c'est la lésion de l'oreille qu'il faut traiter avec grand soin : traitement prophylactique, moyens opératoires, pansement antiseptique des écoulements auriculaires et surtout avec l'acide borique, qui a donné des résultats très frappants, employé en poudre, en nature dans les cas un peu aigus, en la faisant pénétrer dans l'oreille moyenne, ou en injections en ayant recours à une solution alcoolique à 10 ou 20 p. 100.

ABLATION D'UN REIN VOLUMINEUX

Par M. le docteur Péan.

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Dans ces dernières années, l'ablation du rein a été pratiquée un grand nombre de fois pour des déplacements, des calculs, des fistules et des contusions qui mettaient la vie en danger ou la rendaient difficilement tolérable. C'est presque toujours la voie lombaire qui a été suivie par les chirurgiens. Les résultats, comme on pouvait s'y attendre, ont été généralement satisfaisants.

L'ablation de cet organe a été beaucoup plus rarement tentée pour les grandes tumeurs qui s'y développent et, en particulier, pour les tumeurs malignes qui sont susceptibles d'acquérir un volume considérable.

C'est qu'en effet, en pareil cas, la voie lombaire est insuffisante, et la voie abdominale seule applicable.

Or, de ce côté, il ne suffit pas d'ouvrir l'abdomen pour mettre à nu la tumeur, il faut encore se créer une voie à travers les feuillets du mésentère, écarter les intestins, les ménager, ne pas faire de désordres inutiles dans le tissu cellulaire et les vaisseaux dilatés qui s'y rencontrent.

On conçoit, lorsque la tumeur est assez volumineuse pour remplir le ventre en totalité, comme au neuvième mois de la grossesse, par exemple, que sa dissection ne puisse se faire sans qu'il y ait de véritables désordres. Ce qui explique pourquoi la plupart des chirurgiens qui ont entrepris ces sortes d'opérations n'ont pas réussi et pourquoi les autres préfèrent abandonner les malades atteints d'une affection aussi grave que de chercher à les sauver au prix d'une opération à ce point périlleuse.

Nous avons recueilli, dans la littérature médicale, les 21 premiers cas de tumeurs malignes du rein qui ont été opérées.

Ils ont donné 10 guérisons et 11 morts.

8 fois la tumeur était assez petite pour que l'opération ait pu être faite par la voie lombaire : 6 succès, 2 morts.

13 fois la tumeur était assez volumineuse pour nécessiter la voie abdominale : 9 morts, 4 guérisons.

Le petit nombre des succès par la voie abdominale était, par conséquent, peu propre à nous encourager, lorsqu'il y a six ans je vis, pour la première fois, la malade que je présente à l'Académie.

Déjà, pour moi, le diagnostic était évident; mais, comme il y avait des chances pour que la malade pût survivre quelques années, je proposai sinon de refuser, du moins d'ajourner l'opération.

Devant cette perspective, et comme il arrive constamment, la malade se soumit aux traitements les plus divers, et voyant qu'aucun d'eux ne parvenait à empêcher la marche envahissante de sa tumeur, elle se décida, sur les conseils de son médecin traitant, le docteur Raymond, à venir de nouveau me consulter.

Lorsque je la revis, il y a quatorze mois, elle était arrivée au dernier degré du marasme; elle sentait elle-même que sa fin était prochaine, et bien que les chirurgiens les plus autorisés de Londres, son pays, eussent déclaré que l'opération était impraticable, elle exigea qu'elle fût tentée.

J'étais d'ailleurs encouragé à ne pas l'abandonner, ayant guéri par la gastrotomie des malades affectés de tumeurs mésentériques aussi volumineuses.

Voici comme je procédai :

Je mis à nu la tumeur par une incision faite sur la ligne médiane du pubis à l'épigastre. J'incisai le feuillet mésentérique sur le côté des anses d'intestin grêle qui la recouvraient, en ménageant ou en pinçant les veines nombreuses et très dilatées qui rampaient au-dessous de lui. Je reconnus que la tumeur était entourée d'une enveloppe propre qui me permit de la décoller avec les doigts sur une certaine étendue. Avant de poursuivre plus loin cette dissection, je procédai au morcellement successif de la tumeur. Ce temps de l'opération s'exécuta avec les doigts et la spatule, et nécessita le pincement de nombreux troncs artériels et veineux. Nous

enlevâmes ainsi successivement la presque totalité de la tumeur dont le tissu était charnu, verdâtre, ecchymosé par places, mollasse et semblable à du hachis dans d'autres endroits, parsemé de granulations calcaires.

Nous reconnaissons alors que plusieurs anses d'instestins grêles et la partie profonde du mésentère et même les gros troncs vasculaires de la région sont adhérents à la portion restante du néoplasme et nous redoublons de soins dans l'ablation.

Malgré la minutie et la rapidité que nous apportons dans l'exécution, la malade perd à ce moment quelques cuillerées de sang qui l'affaiblissent et nous obligent à faire une piqûre sous-cutanée d'éther.

Arrivé sur la face profonde de la tumeur, nous voyons qu'elle était réellement implantée dans le rein droit et qu'il restait encore de cet organe la portion inférieure reconnaissable par la section, à la présence de calices, d'une partie du bassinet et de l'uretère, eux-mêmes en voie d'atrophie graisseuse. Nous les enlevons après avoir lié les vaisseaux du rein et l'uretère entre deux ligatures.

Nous rapprochons ensuite les feuillets du mésentère au moyen de trois ligatures partielles en ayant bien soin de ménager les anses intestinales et nous abandonnons dans le ventre nos ligatures.

Malgré les difficultés de l'opération, une heure nous suffit pour la conduire à bonne fin.

Les suites furent des plus simples, et, au bout de trois semaines, la malade était en état de partir pour la campagne achever sa convalescence.

La pièce pesait 6 kilogrammes.

L'examen histologique, fait par M. Ch. Robin, montra qu'il s'agissait d'un épithélioma du rein. M. Cherbulliez, un de ses plus habiles préparateurs, nous a remis le dessin microscopique que nous avons entre les mains.

Nous n'avons pas voulu présenter à l'Académie notre malade à l'époque où elle fut opérée, à cause même de la nature de sa tumeur.

Nous craignions que la récidive fût prompte, et que la malade ne fût pas en état de profiter de l'opération. Or, contrairement à nos prévisions, l'état général n'a pas cessé, depuis ce moment, de s'améliorer et le rein restant a suffi pour donner une quantité d'urine normale. Ce liquide, examiné il y a quatre jours par M. Méhu, dénote la même constitution chimique et histologique que chez les femmes dont la santé n'est pas altérée.

Cette observation prouve que le chirurgien qui se trouve en présence de grandes tumeurs malignes du rein dont la marche n'est pas suraiguë ne doit pas désespérer trop vite de la guérison.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mars 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Une lettre de M. Legrand du Saulle, qui se porte candidat à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale. A cette lettre est joint l'exposé imprimé de ses titres et travaux scientifiques.

COMMUNICATION

Sur la fièvre typhoïde et le choléra à Paris. — M. DURAND-CLAYE fait passer sous les yeux de l'Académie une série de tableaux graphiques dans lesquels les courbes représentant les variations de la fièvre typhoïde et du choléra suivant les époques et suivant les quartiers sont mises en regard avec d'autres courbes indiquant les variations de la température, des diverses conditions atmosphériques, l'abondance relative de l'eau dans les maisons, des bains, des lavoirs, le nombre des habitants par quartier, par maison, le nombre des garnis, etc.

M. Durand-Claye insiste particulièrement sur l'utilité d'une répartition plus abondante des eaux de source. Il voudrait que l'eau de l'Ourcq fût réservée pour le lavage des rues et des égouts. Il voudrait que les abonnements vinssent consommer davantage de l'eau disponible; ce qui ne manquerait pas de se produire si l'on appliquait universellement le système du « tout à l'égout ».

LECTURE

Sur les micro-organismes du rhinosclérome. — M. CORNIL, en son nom et au nom de M. le docteur Alvarez, lit une note sur une maladie peu connue en France. On appelle rhinosclérome l'épaississement sous forme de plaques et de tumeurs qui siège dans la cloison nasale, la lèvre supérieure, les narines, les fosses nasales, et qui s'étend aux parties voisines jusqu'au larynx, où elle produit une sténose nécessitant souvent la trachéotomie.

De marche très lente, différant par ses lésions, ses symptômes et son traitement de la syphilis et de la scrofule, elle a été décrite d'abord par Hébra, puis étudiée, au point de vue de ses micro-organismes, par Frisch, Pellizari, Chiari, etc.

M. Cornil a vu d'abord cette maladie sur un jeune malade traité par M. Verneuil; puis il a eu entre les mains plusieurs tumeurs enlevées par M. Alvarez dans sa pratique dans l'Amérique centrale. Les coupes de ces néoplasmes présentent une tumeur tout à fait caractéristique : un tissu fibreux rempli de cellules rondes et de grosses cellules dont un grand nombre renferment des globes ou des granulations colloïdes qui se colorent avec intensité par toutes les substances colorantes tirées de l'aniline.

Les micro-organismes de cette affection sont caractéristiques. Colorés convenablement, ils se présentent sous la forme d'ovoïdes très réguliers dont la périphérie est formée d'une capsule très nette. Au centre se trouve le bâtonnet, qui est tantôt homogène et lisse, tantôt formé de deux, trois ou quatre grains, ronds ou ovoïdes. M. Cornil décrit minutieusement ces bactéries, la substance colloïde qui forme leur capsule et des globes colorés qui ont peut-être quelque rapport avec cette substance colloïde.

« D'après ce qui précède, dit-il comme conclusion, les bactéridies que nous avons trouvées dans tous nos faits de rhinosclérome (au nombre de cinq) possèdent des réactions et une forme qui leur appartiennent en propre. Ces bacilles possèdent des capsules dures et nous ne connaissons pas d'autres bacilles capsulés dans les lésions pathologiques; les diplocoques capsulés de la pneumonie ne possèdent pas, comme les bâtonnets du rhinosclérome, des capsules hyalines, réfringentes, dures et colorables qui puissent leur être comparées.

La constance et la forme spéciale de ces bactéries constituent de fortes présomptions pour faire admettre la nature parasitaire du rhinosclérome. Frisch croit avoir réussi à cultiver les micro-organismes, mais ils ne sont pas pathogènes pour les animaux. Nous n'avons pas répété ces expériences ni ces cultures, car nous n'avons eu à notre disposition que des pièces conservées dans l'alcool. Le néoplasme récidive habituellement après l'ablation; cependant, en continuant les ablations partielles du tissu sclérosé avec des cautérisations par le cautère actuel, M. Alvarez a réussi à provoquer la formation du tissu cicatriciel ; on améliore ainsi l'état des malades, mais l'affection n'en dure pas moins un temps extrêmement long.

DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE L'ÉRYSIPÈLE PAR LES ANTISEPTIQUES

M. LE FORT. Tous les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître que depuis quelques années le nombre des érysipèles traumatiques a diminué considérablement dans les hôpitaux de Paris. Mais est-ce uniquement aux antiseptiques, est-ce à la méthode de Lister qu'il faut attribuer ce résultat? M. Verneuil, M. Polaillon, d'autres le croient. Il est possible qu'en effet, dans leurs services, cet incontestable progrès ait coïncidé avec l'adoption des nouvelles théories et des pratiques à la mode. Mais pour M. Le Fort il n'en fut pas ainsi. Dès 1868, alors qu'il n'était encore question à Paris ni de la méthode de Lister, ni de celle de M. A. Guérin, ni

de rien d'analogue, l'orateur obtenait dans son service à l'hôpital Cochin des résultats tout aussi bons que ceux qu'on obtient aujourd'hui.

Il raconte comment il y était arrivé. Après avoir visité à peu près toutes les contrées de l'Europe, étudié sur place la mortalité qui, dans chaque hôpital, dans chaque service, se rattachait à la pyohémie, à l'érysipèle, à la pourriture d'hôpital, il en était venu à cette conclusion que ces maladies se transmettent surtout par contagion. Les prétendues épidémies n'étaient plus pour lui que les résultats de cette contagion, opérée par les instruments, par les objets de pansement, par la main même du chirurgien et de ses aides. On ne prenait alors aucune précaution. Les pansements se faisaient à l'aide de cérat rance, qui avait vieilli dans les salles, à l'aide d'éponges et de charpie, qui s'étaient imprégnées elles-mêmes de la poussière de ces milieux contaminés. M. Le Fort fit dès lors une campagne contre ces habitudes d'incurie et de négligence. Il supprima le cérat, remplaça pour ses opérés les pansements gras par les pansements humides, pansements préconisés par Liston, et qui donnaient déjà en Angleterre des résultats fort satisfaisants. Au lieu d'eau, il employa de préférence l'alcool camphré, et s'en trouva bien.

Depuis dix-sept ans, il n'a guère eu qu'une vingtaine de morts par érysipèle, et encore faut-il déduire de ce nombre cinq décès qui se sont succédé à Lariboisière durant un mois où l'alcool camphré, manquant à la pharmacie de cet hôpital, avait été remplacé forcément par de l'alcool simple.

Jamais M. Le Fort n'a pleinement adopté les méthodes antiseptiques, et pourtant les grandes opérations lui ont donné une mortalité au moins aussi faible, un peu plus faible même que celle de Lister et des chirurgiens qui mettent le plus de conscience dans l'application des mêmes procédés.

Cette mortalité ne dépasse pas 26 p. 100 pour les amputations de cuisse; tandis que si l'on prend en masse les autres services hospitaliers de la capitale, on arrive à des chiffres proportionnels infiniment plus forts.

Du moment où la contagion peut être évitée, peu importe que l'on use ou non d'une substance considérée comme ayant une action contre les germes, ferments ou contages.

M. Le Fort en a fait l'expérience sur un malade qui avait subi à la fois, d'un côté une amputation de cuisse, et de l'autre côté une amputation de jambe. Il a laissé les plaies complètement à découvert, recevant par conséquent tout ce que l'atmosphère d'une salle d'hôpital y pouvait apporter de germes. Ce malade a parfaitement guéri sans accident d'aucune sorte.

Il en était de même en Suisse quand un chirurgien y traita de la sorte tous ces opérés. Les statistiques de ce chirurgien sont au nombre des plus encourageantes. Si M. Le Fort préfère couvrir les plaies, c'est surtout parce qu'une plaie couverte d'un pansement quelconque est bien moins exposée à des contacts qui l'irritent et retardent la guérison. Mais il ne craint nullement que les germes de l'érysipèle soient transportés par l'air : il est persuadé que le contage demande un agent de transmission plus palpable. Aussi considère-t-il comme produits plutôt par l'irritation seule de la plaie, ou spontanément s'ils n'ont pas été le résultat d'un autre mode de transmission, les érysipèles que M. Verneuil voudrait attribuer à des germes répandus partout, ceux qui se produisent, par exemple, à la campagne, dans un château complètement isolé.

Puis, avec cette idée exclusive de germes atmosphériques, comment expliquer les différences que l'on observe d'un cas à un autre? L'érysipèle bénin, sans retentissement sur l'organisme, proviendrait-il d'un autre germe que l'érysipèle ambulant fébrile, rapidement mortel? Tandis que toutes ces différences s'expliquent beaucoup mieux si, au lieu de supposer des êtres organisés dont il faudrait admettre bien des espèces différentes, on attribue les érysipèles à des causes d'irritation, parmi lesquelles figurent les contages transportables.

Ce qui frappe surtout M. Le Fort, c'est de voir que MM. Gosselin, A. Guérin, Verneuil, Polaillon, etc., arrivent à peu près au même résultat par les procédés les plus différents. Il n'y a donc là rien de spécifique. Ce qui importe, c'est la propreté, c'est le soin dans les pansements, c'est la précaution d'écarter toute transmission directe possible.

C'est pourquoi déjà la méthode de l'aspiration continue, préconisée par M. Jules Guérin, et appliquée dans le service de M. Maisonneuve à l'Hôtel-Dieu, il y a dix-sept ou dix-huit ans, avait-elle beaucoup diminué, ainsi que le prouve la statistique, la mortalité par l'érysipèle et les autres complications des traumatismes.

PRÉSENTATION D'OPÉRÉ

Ablation d'un rein volumineux. — M. PÉAN fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, page 307.)

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

La Faculté de médecine de Nancy et l'École supérieure de pharmacie de Nancy pendant l'année scolaire 1883-1884 (1).

I. Le rapport du doyen de la Faculté de médecine de Nancy sur les travaux de la Faculté pendant l'année scolaire 1883-1884 paye d'abord un juste tribut de regrets aux éminents collègues que la mort a enlevés à la science et à l'enseignement : Morel, le savant et habile anatomiste, le promoteur de l'histologie en France ; Simonin, dernier membre d'une ancienne et illustre famille médicale de la Lorraine ; Ritter, le chimiste bien connu, et son maître, Amédée Cailliot, un des derniers représentants de la Faculté de Strasbourg ; Wurtz, élève de Cailliot et ancien chef de travaux chimiques à la Faculté de Strasbourg, et enfin Bouisson, qui fut un moment professeur de physiologie à la Faculté de Strasbourg.

La Faculté de Nancy attend toujours la mise à exécution du décret qui plaça à Nancy l'une des deux Écoles du service de santé militaire, École pour laquelle la municipalité de Nancy fit, en 1883, des offres généreuses au gouvernement. La solution de cette promesse reste toujours la question dominante pour la Faculté de Nancy. Sur le projet de création de centres universitaires, la Faculté a émis un avis favorable au développement de la vie locale des Universités de province.

En attendant la réforme des programmes des baccalauréats (le restreint formant en grande partie double emploi avec la deuxième partie du baccalauréat ès lettres et avec la première année des études médicales), la Faculté a demandé et obtenu, au lycée de Nancy, un enseignement spécial pour le baccalauréat ès sciences restreint actuel.

La Faculté s'est opposée au service militaire obligatoire de trois ans et a proposé le système allemand qui sauvegarde entièrement les intérêts de la profession par sa courte durée et appelle principalement les étudiants à un service médical.

L'admission des engagés conditionnels d'un an à l'hôpital militaire de Nancy, comme elle est autorisée pour Lyon, Lille, Toulouse, Marseille et Versailles, est toujours sollicitée par la Faculté, mais sans plus de succès; de sorte que Nancy envoie à Lille ses engagés volontaires et n'en reçoit point. Cependant les élèves peuvent suivre des cours militaires pour l'admission au titre de médecins auxiliaires.

Le nombre des étudiants en médecine a été de 27 en première année, 17 en seconde, 22 en troisième, 24 en quatrième année, plus 38 en cours d'examen.

L'origine des élèves est en rapport avec la situation géographique, et, nous le répétons, avec les sympathies plus directes qui se rattachent à l'ancienne École de Strasbourg. L'Alsace-Lorraine envoie 46 élèves; le département de Meurthe-et-Moselle, 44; les Vosges, 14; la Meuse, 8; la Haute-Saône, 3; la Haute-Marne, 3; divers départements, 14; la Roumanie, 2.

---

(1) *Comptes rendus des Facultés*, Nancy, 1885. Berger-Levrault.

Il a été accordé 6 bourses pour l'année 1884, comme en 1883.

Depuis le décret autorisant les élèves militaires à terminer leurs études dans la Faculté où ils les ont commencées, Nancy compte 30 élèves de cette catégorie. Un de ces élèves militaires, Leroy, à peine arrivé à l'internat, a succombé, en 1884, à la fièvre typhoïde qu'il a contractée dans son service d'hôpital.

Le nombre des examens a été de 173; les années précédentes avaient donné : 164, 177 et 221. Sur ces 173 examens, 170 appartiennent au doctorat et 3 à l'officiat. Sur les 170 examens de doctorat, il y en a 36 appartenant à l'ancien régime et 134 au nouveau. Les ajournements ont été de 10,8 pour 100.

Quatorze sages-femmes ont été reçues par la Faculté; l'une d'elles a obtenu le diplôme de première classe.

Le nombre des thèses a été de 18. Les deux années précédentes, il était de 21.

Le nombre des cadavres non réclamés a été de 106; mais le nombre total des sujets autopsiés a été de 502 dont 182 transportés à la Faculté. L'année précédente, le chiffre total des autopsiés était de 455, dont 129 non réclamés. Le nombre des autopsies a été de 109 à la Faculté et 319 à l'hôpital civil. Depuis l'ouverture du nouvel hôpital, rue de Strasbourg, on ne transporte plus à la Faculté que les cadavres non réclamés.

C'est un acheminement à la décision, désormais inévitable, qui transportera au voisinage du nouvel hôpital tout le service anatomique de la Faculté, translation qui précéderait la mesure plus radicale (et bien vivement désirée par les voisins également désireux d'agrandissements), nous voulons dire la translation complète de la Faculté de médecine au voisinage de l'hôpital des cliniques.

Les cliniques médicales ont reçu, en 1883, ensemble, 1380 malades, plus les 134 restant au 1er janvier. (Sortis, 1123; décédés, 252; restant au 31 décembre, 139.)

Les cliniques chirurgicales ont reçu 483 malades, plus 72 restant au 1er janvier. (Sortis, 345; décédés, 36; restant le 31 décembre, 74.)

La clinique des maladies des yeux a traité 753 personnes, tant à l'hôpital qu'à la consultation, avec un chiffre de 26 opérations de cataracte, dont 19 avec succès complet.

La clinique obstétricale a reçu 204 femmes, plus les 27 restant au 1er janvier 1883. (Sorties, 202; décédées, 11.) On a traité 216 nouveau-nés.

La clinique des maladies syphilitiques a compté 153 hommes et 122 femmes.

La clinique des maladies cutanées et scrofuleuses a reçu 105 malades, plus 68 restant au 1er janvier.

Le service des maladies chroniques de la Maison de secours a traité 259 malades dont 87 étaient présents le 1er janvier 1883.

La bibliothèque, agrandie, compte 4642 ouvrages formant 13160 volumes.

Les collections se sont enrichies des pièces importantes qui ont été préparées par le regretté professeur Morel.

II. Le nombre des étudiants de l'École supérieure de pharmacie de Nancy a été de 89 pendant l'année scolaire 1883-1884; soit 48 en cours d'inscriptions, 38 en cours d'examens, 3 bénévoles. Ce chiffre est supérieur de 11 à celui de l'année dernière.

Les étudiants en cours d'inscriptions sont 28 de première classe et 20 de deuxième classe; tous, sauf 1, appartiennent au nouveau régime.

On compte, en première année d'études, 20 élèves; en deuxième année, 16; en troisième année, 11; en quatrième année, 1.

Un seul candidat s'est présenté pour le certificat d'aptitude à la profession d'herboriste de première classe et a été reçu.

L'École a délivré 28 diplômes, soit 4 de plus que l'année précédente :

9 diplômes de première classe (ancien régime);
16 de première classe (nouveau régime);
1 diplôme supérieur;
2 diplômes de deuxième classe (nouveau régime).

Les examens de validation de stage ont été subis aux époques réglementaires. Onze élèves se sont présentés à la session de novembre 1883 et 4 à la session de juillet 1884. Le directeur de l'École de pharmacie se plaint que la note « médiocre » ait été trop souvent méritée. Le nouveau régime n'est pas encore bien compris par beaucoup de pharmaciens. M. Jacquemin leur demande, autant que faire se pourra, de mieux diriger leurs élèves dans les études pratiques qui constituent le stage officinal de trois ans.

En résumé, la situation de l'École supérieure de pharmacie de Nancy reste prospère. Le nombre de ses étudiants va toujours croissant et le résultat de la collation des grades est toujours plus élevé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 mars 1885, ont été nommés dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active, retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, Vauthier, Maffre et Pallé.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, Guimberteau et Heymann.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe, démissionnaires de l'armée active, Bailly, Ganzin, et M. Dubar, médecin aide-major de deuxième classe, agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Rogeau, Lartisieu, Ficheux, Wibaille, Timal, Cardon, Goudeusant, Goutière, Goulard, Foucaut, Folloppe, Serrand, Moreau, Putel, Richard, Ory, Keller, Bélière, Faucon, Goutard, Vêtu, Devémy, Legroux, Cattet, Pollet, Pouchet, Suisse dit Jules Simon, Alexandre et Lecœuvre.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe, MM. les docteurs en médecine Potiquet, Prieur, Mercier, Mirapeix et Mesnet,

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Ozit, Sené et Bruneau.

— Un concours pour une place de chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Lyon s'ouvrira le 15 juillet prochain. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté au moins un mois avant cette date, et justifier qu'ils possèdent le diplôme de docteur en médecine.

La durée des fonctions est de six années et le traitement annuel de deux mille.

— A l'occasion de la réunion des sociétés savantes, la galerie de paléontologie sera ouverte du mardi 7 avril au dimanche 12 inclusivement, de une heure à quatre heures.

On trouvera des billets au secrétariat de l'administration du Muséum, de dix à quatre heures.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Raynaud, médecin du 111e régiment de ligne, tué à Bang-Co, dans les derniers combats du Tonkin.

— La Société de médecine légale vient de déclarer la vacance de quatre places de membres titulaires. Les candidats sont invités à adresser leur demande dans le plus bref délai, au secrétariat général, 7, rue Monsigny, à Paris.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, par le docteur Noël GUENEAU DE MUSSY. Tome IV. 1 vol. in-8° avec figures intercalées dans le texte et 2 planches. — Prix : 13 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Leçons sur les maladies des voies urinaires, faites à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, par le docteur RELIQUET. IIe fascicule : *Stagnations d'urine*. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. L'ouvrage complet : 5 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot 19, rue des Saints-Pères. — 17628.

25

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

113

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

35

GOUTTES DE HOLLANDE.

CAPSULES FROMENT

A l'huile pyrogénée du Juniperus oxycedrus et au benzoate de lithine.

Contre la gravelle, les coliques néphrétiques et hépatiques, la lithiase biliaire, le catarrhe vésical chronique, les affections goutteuses, rhumatismales, spasmodiques, etc.

Très recommandées pour leurs remarquables propriétés dialytiques.

Chaque capsule contient 4 gouttes.

Dose ordinaire, de 2 à 4 capsules par jour.

3 francs la boîte de 30 capsules.

Gros : phie normale à Marseille, 52, rue de Rome.
Détail : dans toutes les phies. — REMISES D'USAGE.

136

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

79

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

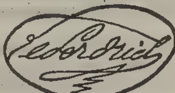
S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

84

LES BAS-VARICES LE PERDRIEL

sont souples, solides, perméables à la transpiration. Ce sont de véritables agents de guérison qui donnent promptement les plus heureux résultats. Leur force peut être graduée suivant les besoins.

Avec les mêmes tissus, la maison confectionne *des ceintures de toutes formes; corsets, caleçons, brassards* et autres appareils de compression qui joignent aux avantages du tissu à jour ceux d'une fabrication irréprochable garantie par le cachet et par la signature.



25

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

177

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE, et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

4

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50.

50, boulevard de Strasbourg.

46

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phtisiques, affections des bronches, insomnies*, etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot. Dr. Zed

42

BAIN DE PENNÈS, HYGIÉNIQUE

RECONSTITUANT, STIMULANT.

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer.**

Eviter contrefaçons en exigeant le timbre de l'Etat.

Gros : 2, r. de Latran. Détail : toutes pharm.

39

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Admise première, après analyse, dans les hôpitaux de Paris.

Récompensée à l'exposition universelle 1878.

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande, il contient aussi la fibre musculaire fluidifiée digérée rendue assimilable.

Dose : 1/2 verre à madère après le repas; 4 fr.

ELIXIR DEFRESNE à la PEPTONE, 5 fr., nutriment agréable et reconstituant.

PEPTONE DEFRESNE : 25 p. 100 de peptone.

Dose : 2 cuillerées à la fois dans eau tiède et salée, 5 fr.

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine,** Paris.

83

POUGUES ÉTABLISSEMENT THERMAL SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, engorgements du foie et de la rate, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs pour leurs expériences cliniques, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

49

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex no 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs,** très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

60

PODOPHYLLIN DELPECH

contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

63

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge. P. Rigollot

70

PEPTONATE DE FER ROBIN

Se distingue par son pouvoir nutritif intense, 8,14 % d'Az., 13,70 % FER pur.

Admis officiellement, après ANALYSE, *dans les hôpit. de Paris*, c'est le *plus assimilable*, le *plus agréable* et le *seul* employé *pur*, *dialysé* (15-20 Gttes par repas). Sous forme de VIN (1 v. à liqueur).

Phie CAZIN, 32, faubourg Montmartre, Paris.

20

Approbation de l'Académie de médecine.

EAU PURGATIVE DE RUBINAT

MINÉRALE NATURELLE

La plus riche en principes minéralisateurs de toutes les eaux purgatives. (96 gr. de sulfate de soude et 3 gr. de sulfate de magnésie par litre).

Agit promptement et sûrement à petites doses; ne provoque jamais de coliques.

331

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.**	». — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les érysipèles à l'hôpital de la Charité, salles Saint-Jean et Sainte-Rose.

Du 1er janvier 1881 au 1er janvier 1885, il est entré dans le service de chirurgie de M. Desprès 1 919 malades, présentant des affections chirurgicales de toute nature. Sur ce nombre, il faut défalquer 14 malades entrés avec un érysipèle qu'ils avaient gagné au dehors. Restent 1 905 malades sur lesquels il a été observé 38 érysipèles, dont deux sur la même malade (érysipèle supplémentaire des règles), à un mois d'intervalle ; soit 1,9 p. 100 en bloc.

Si nous prenons année par année, nous trouvons :

En 1881. . .	386 malades	11 érysipèles,	soit 2,8 p. 100
1882. . .	517 —	14 —	— 2,7 —
1883. . .	481 —	6 —	— 1,2 —
1884. . .	521 —	6 —	— 1,1 —

Le temps nécessaire pour dresser le service aux pratiques du chirurgien, la première année et le commencement de la seconde, explique la prédominance des érysipèles pendant les deux premières années ; car, à l'hôpital Cochin, la statistique dressée dans la salle du même chirurgien, avant son entrée à l'hôpital de la Charité, donne les résultats suivants :

De 1872 à 1881, soit huit années, 6 434 malades sont entrés à l'hôpital Cochin. Sur ce nombre, 64 étaient atteints d'érysipèle gagné au dehors ; reste donc 6 370 malades sur lesquels il a été observé 101 érysipèles compliquant des plaies, des fistules ou des opérations. Cela nous donne en bloc la proportion d'érysipèles suivants : 1,6 p. 100. Pour ce qui est des érysipèles opératoires ; sur 361 opérations (non comprises les ablations de polypes des fosses nasales, ongles incarnés, amygdales, verrues, opérations d'hydrocèles, réductions de luxation qui n'ont jamais présenté de complications), il y a eu en huit années 18 érysipèles, dont 5 suivis de mort, non seulement par érysipèle, ce qui est rare, mais par septicémie ou tuberculose concomitante. Cela nous donne la proportion de 5 p. 100, avec une mortalité opératoire attribuable à l'érysipèle, représentée par la fraction décimale 1,4.

Pour ce qui est des érysipèles sur les opérés à la Charité, ils ont été au nombre de 11, dont 2 érysipèles du scrotum, 1 suite de castration, l'autre suite de hernie étranglée ; tous deux guéris ; 1 érysipèle de la vulve, suite d'opération de fistule vésico-vaginale ; 3 sur des malades opérés du sein, dont un érysipèle bronzé avec septicémie et suivi de mort ; 1 érysipèle suite d'ablation d'un énorme lipome du dos (6 kilog.), suivi de mort ; 1 érysipèle de la face et du cuir chevelu, suite d'ablation d'un sarcome récidivé de la glande parotide, suivi également de mort ; 2 érysipèles pour des autoplasties de la face, suivis de guérison ; 1 érysipèle, suite d'ablation d'une loupe du cuir chevelu par le caustique, et 1 suite d'ablation de ganglions hypertrophiés de l'aisselle, tous deux suivis de guérison.

En somme, sur 248 opérations, non compris les ablations d'ongles incarnés, les réductions de luxation et les extractions de polypes des fosses nasales et ablations d'amygdales, il y a eu 11 érysipèles, soit 4,4 p. 100 d'érysipèles, et qui sont entrés dans la mortalité opératoire pour 1,4 p. 100.

Cette constance et cette régularité dans les érysipèles, qui n'a d'égale que la constance et la régularité des panaris chez les ouvriers, montre bien que l'érysipèle doit être surtout attribué soit à des variations de température, soit à la nécessité où l'on est d'inciser des parties enflammées, soit à la difficulté de bien faire tenir un pansement dans certaines régions, telles que la face.

Il est utile de rappeler ici que M. Desprès a conservé les anciens modes de pansement (cataplasmes, bandelettes de diachylum, pansement à l'eau alcoolisée. Jamais de réunion par première intention pour toutes les ablations de tumeurs avec perte de substance, sauf à la face et pour les amputations).

Voici comment il faut, pour avoir une bonne statistique, catégoriser les érysipèles :

Sur les 37 érysipèles nés dans le service, 15 sont survenus autour d'abcès chauds ou froids, « mais avec inflammation », au sein, à l'aisselle, à l'aine, dans les régions où le pansement tient difficilement. Comme il a été traité en

quatre ans 323 inflammations et abcès de ce genre, cela donne un peu moins de 5 p. 100 en érysipèles. Aucun de ces érysipèles n'a du reste été suivi de mort.

2 érysipèles sont survenus autour de plaies récentes, et comme il y a eu 271 plaies, cela fait un peu moins de 1 p. 100. Pas de mort.

2 sont survenus, 1 autour d'une fracture compliquée d'une plaie peu grave, 1 autour d'une gangrène de l'avant-bras, suite de fracture du bras sans plaie. Le malade a été amputé du bras pendant l'érysipèle ; il a succombé. Comme il y a eu 192 fractures, cela fait 1,2 p. 100 d'érysipèle dans cette catégorie.

2 ont été observés sur des malades atteints d'arthrite avec fistule, 2 suivis de guérison. Sur 131 maladies articulaires, cela fait donc 1,3 p. 100.

Nous avons vu plus haut ce qu'il en est des érysipèles chez les opérés.

Manifestations pulmonaires chez les rhumatisants et les arthritiques.

Ayant eu l'occasion, pendant l'année d'internat qu'il a passée dans le service de M. Sevestre à l'hôpital Saint-Antoine, d'observer plusieurs cas de lésions pulmonaires survenues en dehors de toute manifestation rhumatismale actuelle, mais chez des individus arthritiques, qui avaient eu jadis des attaques de rhumatisme externe, M. le docteur Maurice Lebreton en a profité pour se livrer à une sorte d'enquête clinique sur ce sujet. En recherchant les faits analogues qu'il a pu trouver dans les annales de la science, il a pu constituer ainsi, avec ce petit faisceau d'observations, une contribution à l'étude des manifestations pulmonaires chez les rhumatisants et les arthritiques.

Dans les faits qu'il a recueillis lui-même, on voit un cas de rhumatisme pulmonaire d'emblée, suivi plus tard d'un rhumatisme articulaire aigu; un deuxième cas semblable de rhumatisme pulmonaire d'emblée, dont les accidents ont disparu rapidement sous l'influence du salicylate de soude. Dans ce deuxième cas, il n'y a pas eu d'atteinte rhumatismale locale ultérieure, ce qui peut être attribué à l'influence de la médication salicylique, qui aurait été préventive d'accidents consécutifs en même temps que curative de l'accident primitif unique, démontrant par cela même la nature rhumatismale de la pneumonie. Dans le troisième cas, il s'agit d'un homme qui avait eu à plusieurs reprises des hémoptysies répétées, qui ont été jugées, par les médecins qui l'ont soigné à ces différentes époques, pouvoir être rattachées à l'arthritisme; il a eu, depuis, en effet, pendant plusieurs mois, des douleurs fréquentes, mais fugitives, dans les bras et les jambes. Lors de son entrée à l'hôpital, on a constaté chez lui des phénomènes de congestion pulmonaire, râles fins des deux côtés, expectoration abondante, frottements pleuraux, oppression modérée, etc.

Ces phénomènes avaient résisté à l'application de ventouses sèches, à l'administration de l'eau-de-vie allemande (sans résultat), mais 6 grammes de salicylate de soude amenèrent en quelques jours la guérison complète.

Enfin, dans un quatrième cas, il s'agit d'un arthritique avéré, depuis longtemps sujet à des douleurs rhumatismales qui l'empêchent de sortir, pris, en dehors de ses accès d'arthritisme, d'un point de côté peu intense, avec râles sous-crépitants fins, avec respiration soufflante, crachats spumeux. Une application de ventouses sèches ne modifie en rien cet état. Six grammes de salicylate de soude amènent une prompte guérison.

Les autres faits, empruntés à divers recueils ou communiqués par des confrères, peuvent se résumer ainsi :

Rhumatisme pulmonaire d'emblée, première manifestation. Le malade, sorti guéri, rentre plusieurs jours après avec une attaque de rhumatisme aigu. (Fuller.)

Rhumatisme articulaire avec congestion pulmonaire et fièvre précédant de deux jours les arthropathies. (Bernheim.)

Rhumatisme pulmonaire précédant le rhumatisme articulaire aigu, puis alternant avec lui. (Fernet.)

Hémoptysies arthritiques; absence de bacilles. (Thèse de Cochez.)

Enfin, deux observations dues à M. Huchard : la première, relative à un homme qui, ayant été atteint d'une peumonie du poumon gauche, principalement à la base, efficacement combattue par des vésicatoires et la potion de Tood, fut pris, après la disparition de ces premiers phénomènes morbides, d'une attaque de rhumatisme articulaire généralisé qui céda à son tour à l'administration du salicylate de soude à la dose de 6 grammes; mais, pour faire place de nouveau à une congestion pulmonaire droite avec épanchement pleural qui ne guérit que par de nouvelles applications de vésicatoires, de ventouses sèches et de l'administration de la potion de Tood, l'extrait de quinquina, le sulfate de quinine et la digitale.

La deuxième observation de M. Huchard était relative à un vieillard de soixante-dix-neuf ans, goutteux depuis longues années, et qui a présenté des fluxions revenant presque périodiquement tous les soirs, du côté de l'appareil pulmonaire.

De l'étude analytique de ces faits et de leur rapprochement avec les faits analogues qu'il a pu réunir dans les recueils d'observations, M. Maurice Lebreton a été conduit à dire que, si le rhumatisme pulmonaire survenant dans le cours d'une attaque régulière de rhumatisme est fréquent (d'après certaines statistiques, il serait dans la proportion d'une pneumonie sur 10 rhumatisants), il n'en serait pas de même de celui qui survient, soit en dehors de toute attaque, soit comme phénomène prémonitoire de manifestations articulaires plus ou moins généralisées.

Dans la pneumonie rhumatismale d'emblée, en dehors des atteintes arthritiques, M. Lebreton distingue deux formes : la forme pneumonique proprement dite et la forme œdémateuse.

Si, dans la pneumonie rhumatismale complicante ou secondaire de la polyarthrite fébrile, il se présente souvent une difficulté pour le praticien, celle de distinguer le moment de l'apparition de la pneumonie au milieu de l'appareil fébrile commun aux deux manifestations morbides concomitantes, ce qui peut quelquefois faire méconnaître la première ; il y a un autre genre d'écueil à éviter ici : c'est de méconnaître le rhumatisme et de croire avoir affaire à une pneumonie fibrineuse vraie, alors qu'on se trouve en présence d'un rhumatisant qui commence d'une façon anomale à parcourir le cycle de ses manifestations diathésiques.

Il est important cependant, comme le fait justement remarquer M. Lebreton, de faire le diagnostic différentiel de ces deux états et de ne pas les confondre.

Dans les quelques cas qu'il lui a été donné d'observer, le facies du malade lui a paru avoir un caractère tout particulier. La face, au lieu d'être injectée, vultueuse, comme dans la pneumonie franche, était au contraire pâle, couverte de sueur; le corps entier était baigné de sueurs profuses. Les signes stéthoscopiques présentent aussi quelque chose de particulier. Ils ont pour caractère la mobilité et la fugacité.

Mais, alors même qu'il n'y aurait pas d'autre élément de détermination, le fait seul de la répétition de ces manifestations pulmonaires chez un sujet à hérédité arthritique constituerait une grande vraisemblance en faveur de leur nature rhumatismale. On peut encore, en dehors même de tout renseignement anamnésique, présumer la même origine. L'individu atteint est un homme dans la force de l'âge, hémorrhoïdaire ou dyspepsique, sujet à des démangeaisons nocturnes et aux bouffées de chaleur à la face. Si cet homme a eu déjà des attaques de rhumatisme articulaire aigu ou présente des lésions d'arthrites chroniques, etc., il est très probable qu'il s'agit d'une manifestation rhumatismale.

Enfin l'examen histologique des crachats viendra ajouter sa valeur propre aux différents signes dont il vient d'être question.

La forme œdémateuse du rhumatisme pulmonaire pourrait, d'après M. Lebreton, être la seule manifestation de l'attaque rhumatismale, durer un temps plus ou moins long et s'éteindre sans qu'aucune manifestation articulaire l'accompagnât ou la remplaçât. La deuxième des observations précitées pourrait passer pour un type de cette forme. Elle peut être aiguë ou subaiguë; elle peut être foudroyante; mais, dans ce dernier cas, elle se montre rarement en dehors d'une attaque de rhumatisme articulaire.

Un homme, habituellement bien portant, sent peu à peu sa respiration devenir gênée; cette dyspnée, peu prononcée et ne se manifestant d'abord que dans l'ascension ou la marche rapide, devient plus tard continue. En même temps survient une toux pénible, humide, accompagnée d'expectoration abondante. Le malade a ordinairement la face pâle, humide; tout son corps est couvert de sueur. A l'auscultation, on trouve la poitrine remplie de râles de bronchite généralisée, ordinairement dans les deux poumons, mais avec prédominance d'un côté. Si l'on interroge ce malade, il vous apprend qu'il y a quatre ou cinq ans il a eu une attaque de rhumatisme plus ou moins aiguë, ou bien qu'il appartient à une famille de rhumatisants, ou qu'il a été choréique dans son enfance, ou, si c'est un homme d'un certain âge, qu'il a habituellement des bouffées de chaleur à la face, qu'il est migraineux, hémorrhoïdaire, arthritique en un mot. On lui administre le salicylate de soude, et, en quelques jours, tout se calme rapidement. Cet homme était un rhumatisant pulmonaire, avec la forme pneumonie œdémateuse.

Parfois le début de cette affection est brusque et se rapproche des congestions foudroyantes; parfois il y a quelques douleurs vagues dans les jointures. Mais toujours l'expectoration abondante et les sueurs profuses persistent.

Enfin ces œdèmes des poumons peuvent se rencontrer au milieu d'une attaque de rhumatisme articulaire. On rentre alors dans la catégorie des faits bien connus et qui ont été décrits par tous les auteurs qui se sont occupés des complications du rhumatisme.

Le pronostic de cette forme est plus grave que celui de la forme pneumonique. L'œdème foudroyant tue souvent, la congestion aiguë parfois. Les formes moins graves finissent par s'implanter sur le rhumatisme et amener ces troubles cardiaques qui accompagnent toujours la gêne prolongée de la circulation pulmonaire.

Les déductions à tirer de ces observations sont importantes au point de vue du diagnostic, du pronostic et surtout du traitement.

Nous ne nous arrêterons ici que sur les dernières.

En présence d'un malade atteint d'une pneumonie que l'on ait des motifs de présumer être de nature rhumatismale, la conduite que M. Lebreton croit pouvoir conseiller est la suivante : tâcher de ramener sur les jointures l'attaque de rhumatisme, sauf à la combattre après par les moyens appropriés, en appliquant de larges cataplasmes sinapisés et favoriser en même temps la résolution des accidents pulmonaires.

La conduite doit être différente quand on a affaire à des accidents pulmonaires œdémateux persistants et menaçant d'entraîner plus tard des troubles circulatoires. Dans ce cas, on ne devra pas hésiter à prescrire la médication salicylique et à traiter le malade comme s'il était atteint de polyarthrite. Les accidents aigus passés, on pourra avoir recours à l'usage intermittent des alcalins.

On combattra l'état rhumatismal diathésique par les eaux minérales sulfureuses ou arsenicales, ou enfin par l'iodure de potassium à petites doses. Les formes hémorrhagiques et rémittentes seront combattues par l'usage du sulfate de quinine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er avril 1885. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Fracture de la rotule. — M. DESPRÉS présente une pièce anatomique provenant d'un vieillard mort dans son service. Il s'agit d'une fracture de la rotule consolidée. On voit que les deux fragments sont réunis par un cal fibreux contenant des aiguilles osseuses. Il y a très peu de mobilité.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que c'est là un bel exemple de réunion, pas absolue, puisqu'il y a encore un peu de mobilité, mais cependant très satisfaisant. Il cite un cas où l'application d'un vésicatoire et l'extension ont suffi pour amener une consolidation très suffisante.

M. RICHELOT dit que la consolidation peut être obtenue par n'importe quel moyen de contention. Quant à ce cal si court que M. Després vient de montrer, il ne présente rien d'absolu au point de vue de l'avenir de cette consolidation. M. Richelot cite un cas dans lequel, à mesure que le genou s'est mobilisé, le cal, primitivement très court, s'est allongé et un écartement s'est produit peu à peu, qui a fini par entraîner une impotence fonctionnelle.

M. DESPRÉS fait observer que le cal qu'il vient de présenter serait probablement devenu osseux. Il cite le cas d'un malade qui s'est fracturé successivement les deux rotules; il a obtenu deux cals osseux, en renouvelant tous les jours les appareils compressifs et en combinant l'élévation à la compression.

Laparotomie. — M. GILLETTE, à l'occasion du rapport fait dans la dernière séance par M. Terrier sur une communication de M. Jeannel, déclare n'être pas de l'avis de M. Le Fort quand il dit que la laparotomie est une opération réglée, plus simple que l'entérotomie. Il est loin, en effet, d'en être toujours ainsi et M. Gillette se range à l'opinion moins optimiste de MM. Berger et Monod. Il a pratiqué plusieurs de ces opérations et la comparaison qu'il peut faire entre la laparotomie et l'anus contre nature n'est pas en faveur de la laparotomie. M. Gillette a pratiqué trois fois cette dernière opération : la première fois, c'était à Bicêtre, sur un homme de soixante ans, du service de M. Debove, présentant les symptômes d'un étranglement interne type. Au moment même où M. Gillette, après avoir fait son incision, introduisait la main dans le ventre, cet homme fut pris d'un vomissement par action réflexe et succomba pendant le cours même de l'opération. On fit l'autopsie, on ne trouva rien; pas même l'ombre d'un étranglement interne.

Le second cas est celui d'un marchand de vin, gras, alcoolique, présentant depuis dix jours tous les phénomènes d'un étranglement interne. Il y avait une distension énorme du ventre. M. Gillette fit la laparotomie; il leva bien quelques brides abdominales sans importance, mais il ne trouva aucun obstacle sérieux. Il referma le ventre. Les accidents persistèrent comme avant l'opération et le malade succomba quarante-huit heures après.

Le troisième cas fut opéré à l'hôpital Tenon; il s'agissait d'un homme de cinquante ans chez lequel M. Gillette trouva un diverticule intestinal. Il succomba également quarante-huit heures après l'opération.

Quant aux cas d'anus contre nature, ils ont été suivis de résultats plus satisfaisants. Le premier cas fut opéré par M. Gillette à Conflans; il s'agissait d'un étranglement datant de six jours. Le malade a eu une survie de dix-neuf mois. Le second fait d'anus contre nature avait trait à un homme maigre, diabétique; il a eu une survie de treize mois. Le troisième cas a été opéré à Tenon; il s'agissait d'un anus contre nature à droite, selon la méthode de Nélaton. Quinze jours après, ce malade rendait par l'anus 15 centimètres d'intestin sphacélé. Ce malade a succombé. Enfin un quatrième cas a trait à une grosse femme qui a succombé quinze jours après l'établissement de l'anus contre nature.

On peut aisément conclure de ces faits que l'anus contre nature est une opération bien moins grave que la laparotomie; que c'est une opération réglée, parant de suite aux accidents de l'étranglement, permettant d'attendre la cessation souvent spontanée de ces accidents. Avec la laparotomie, le chirurgien va à la recherche de l'inconnu, à l'aventure; c'est une opération incontestablement plus grave que la première, et, qui plus est, se terminant souvent par un anus contre nature. On fait alors deux opérations au lieu d'une. La laparotomie ne convient que dans certains cas : dans les cas de brides, de volvulus ou d'invagination; mais le diagnostic est extrêmement difficile; on ne sait jamais au juste d'avance ce qu'on va trouver; et dans bien des cas où l'on a pratiqué sans succès la laparotomie, l'établissement d'un anus contre nature aurait peut-être sauvé les malades.

M. POLAILLON dit que la question du choix de l'opération est dominée par le diagnostic de la cause de l'étranglement; s'il s'agit d'une tumeur, il vaut mieux faire l'anus contre nature; s'il s'agit d'une bride ou d'un volvulus, il vaut mieux recourir à la laparotomie. M. Polaillon a eu affaire à 8 cas d'occlusion intestinale; 3 fois il a pratiqué un anus artificiel; il a eu 3 décès : l'un après quinze jours, les deux autres après deux et trois jours. Il a pratiqué des anus artificiels chez de jeunes enfants qui sont tous morts.

Il a pratiqué 5 fois la laparotomie : 3 fois par l'incision abdominale, il a eu 3 décès; 2 fois par l'incision latérale, il a eu 1 décès et 1 succès; ce dernier chez un individu jeune et atteint d'un commencement de péritonite. M. Polaillon insiste sur les avantages de l'incision latérale dans les cas où l'on peut avoir quelque notion précise sur le siège de l'obstacle au cours des matières.

M. BERGER dit qu'il faut bien faire le départ des cas de laparotomies pratiquées en présence de symptômes d'étranglement, de ceux où il s'agit de hernies ou d'étranglements herniaires. Dans ces derniers cas, on compte une notable proportion de succès. Il ajoute que, dans les cas où l'étranglement a pour cause la présence d'une tumeur, la constitution d'un anus contre nature est seule indiquée. Enfin il insiste de nouveau sur la gravité de la laparotomie et n'en veut pour preuve que l'extrême rareté des cas heureux qui ont été obtenus.

M. TERRIER fait observer qu'on se trouve dans cette discussion, comme presque toujours, en présence de chirurgiens qui sont pour le progrès et d'autres qui sont contre lui. Il est incontestable qu'une laparotomie qui permet de sectionner une bride est infiniment préférable à un anus contre nature. Les statistiques, en fait de laparotomie, ne signifient pas grand'chose. Chaque laparotomie est, pour ainsi dire, une opération spéciale. Il est utile d'avoir des observations détaillées, bien étudiées. Il n'y a pas de comparaison à établir entre l'anus contre nature et la laparotomie. Le premier est une opération palliative, la seconde est une opération curative.

M. Terrier a fait 4 laparotomies et a eu 2 succès; il a fait un anus contre nature et a eu 1 insuccès. Il ne saurait donc regretter de n'avoir pas fait des anus contre nature au lieu des laparotomies qu'il a faites. M. Gillette dit que la laparotomie est une opération non réglée et par conséquent déplorable; mais, ajoute M. Terrier, nous faisons tous les jours des opérations non réglées qui ne sont pas des opérations déplorables. M. Polaillon paraît préférer, dans certains cas déterminés, l'incision latérale. M. Terrier préfère avoir toujours recours à l'incision médiane. Il insiste sur la nécessité d'opérer de bonne heure, autant que possible, avant que le ventre soit ballonné. En résumé, dans les cas d'étranglement proprement dit, il préfère la laparotomie, réservant l'anus contre nature aux cas où il y a une lésion organique de l'intestin. Sans doute la laparotomie est une opération grave; mais à une situation grave on oppose une opération grave. La laparotomie doit gagner du terrain sur l'anus contre nature.

M. DESPRÉS est étonné que ses collègues aient rencontré tant de fois l'occasion d'intervenir dans des cas d'étranglement. Depuis bientôt vingt-cinq ans qu'il pratique la chirurgie, M. Desprès n'a rencontré que 4 cas d'étranglement interne. Il faut, en effet, distinguer les cas de cancer de l'intestin ainsi que ceux de péritonite; dans ces cas, quoi qu'on fasse, les malades meurent. Or nous n'avons pas de moyens de diagnostic. Faudra-t-il faire l'incision exploratrice en présence de tous ces cas? Ce n'est pas là la conduite de chirurgiens français.

M. TRÉLAT dit que lorsque l'on est en présence d'une occlusion intestinale grave, on est en présence d'un cas mortel. Aussi faut-il s'estimer encore heureux si, dans ces cas, on parvient par l'opération à arracher quelques victimes à la mort. Il ne faut pas, en pareil cas, mettre la mortalité sur le compte de l'opération, mais bien sur le compte de la gravité de l'affection. Comme l'a dit très justement M. Polaillon, c'est là une affaire de diagnostic. Or le diagnostic est toujours extrêmement difficile dans ces cas. M. Trélat rappelle avoir montré que la question d'âge est ici d'une importance majeure. Il faut aussi tenir le plus grand compte du siège des douleurs, de la marche des accidents, de la sensation de tumeur, etc. Or il y a la plus grande importance à faire un diagnostic aussi précis et aussi prompt que possible, le succès dépendant surtout de l'époque de l'intervention. Pour peu qu'on attende, on opère trop tard.

M. DESPRÉS n'admet pas qu'on pratique la laparotomie dans les cas de cancers intestinaux. L'anus contre nature doit être conservé pour ces cas. On ne guérira jamais un cancer de l'intestin par la laparotomie ou la résection de l'intestin; d'autre part, bien des obstructions intestinales guérissent sans opération.

Albuminurie post-opératoire. — **M. TERRIER** rappelle avoir fait une communication en décembre 1884 sur la présence de l'albumine dans les urines d'un individu soumis à l'anesthésie par le chloroforme pour des opérations graves. Il résulte des nouvelles recherches de M. Terrier sur ce sujet, que la présence de l'albumine, exceptionnelle avant l'anesthésie et l'opération, est assez fréquente après l'anesthésie, et presque constante après l'anesthésie et l'opération. Il faut distinguer ici l'action du chloroforme et l'action du traumatisme. La durée de l'opération joue un grand rôle sur la production de l'albuminurie. En effet, la quantité de l'albumine dans les urines augmente avec la durée de l'opération. L'hémorrhagie est aussi une cause d'albuminurie post-opératoire.

Chlorhydrate de caféine. — **M. TERRIER**, pensant que la caféine pourrait remplacer la cocaïne comme anesthésique de la cornée, a fait d'abord des expériences sur un chien, qui lui ont prouvé qu'en effet le chlorhydrate de caféine avait la même action anesthésique, peut-être un peu moins forte que le chlorhydrate de cocaïne. Il a enlevé, sur un malade, un corps étranger de la cornée, après avoir injecté deux gouttes d'une solution de chlorhydrate de caféine à 2,50 p. 100. L'anesthésie a été complète.

La Société décide qu'à l'occasion du Congrès chirurgical français, il n'y aura pas de séance mercredi prochain.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Proposition de loi ayant pour objet d'accorder, à titre de récompense nationale, une pension à M. le docteur Maillot, ancien médecin inspecteur et président du Conseil de santé des armées

PRÉSENTÉE

Par MM. Letellier, Treille, Thomson, Étienne, Dessoliers, Journault, Paul Bert, Spuller, Paul Casimir-Périer (Seine-Inférieure), Liouville, Mézières, Lacote, Vernhes, Donnet, Penières, Lombard, Loranchet, Javal, Devade, Monteilhet, Armez, De Mahy, Boudeville, Forné, Labrousse, Villeneuve, Chavanne (Rhône), Theuriet, Bizarelli, Bacquias, Steeg, Jules Carret (Savoie), *députés*.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs,

On sait combien furent désastreuses, pour l'armée et pour les colons venus à sa suite, les premières années qui suivirent la prise d'Alger. Ceux qu'épargnait le fer de l'ennemi tombaient décimés par des maladies que la médecine était impuissante à combattre. « L'armée d'Algérie, dit un médecin militaire, le docteur Cuignet, sans cesse exposée aux influences de la fatigue, de l'alimentation défectueuse, du miasme se dégageant de la terre, s'émiettait, se réduisait avec une rapidité effrayante par la mortalité et les évacuations. »

Plusieurs fois par année, il fallait demander à la mère patrie des soldats pour remplacer les morts, les mourants, les infirmes. A ce moment, les pouvoirs publics semblaient prêts à abandonner le lourd héritage que la Restauration, à la veille de sa chute, avait légué à la France. Les savants, en présence des résultats effrayants que leur montraient les statistiques, déclaraient avec énergie que ni nos soldats, ni nos colons ne pourraient plus résister et qu'il ne fallait pas plus songer à achever la prise de possession du pays qu'à le coloniser. La Mitidja, cette plaine actuellement si fertile et si salubre, recevait le nom, alors trop justifié, hélas! de *Tombeau des chrétiens*, et un général du génie déclarait « qu'il faudrait l'entourer d'une grille de fer pour en défendre l'approche ».

Cependant l'opinion publique ne se laisse pas égarer; elle paraît, au contraire, s'attacher chaque jour davantage à une conquête si chèrement payée. Il semble qu'elle a confusément conscience de l'avenir réservé à cette nouvelle France qui s'élèvera un jour au delà de la Méditerranée. Elle comprend par une sorte d'intuition instinctive que la science ne restera pas toujours désarmée devant les fléaux qui menacent nos établissements naissants. Et, en effet, ses prévisions ne tardent pas à être justifiées; bientôt on apprend à connaître ces fièvres redoutables qui ont fait tant de victimes, on découvre les moyens de les combattre, et l'Algérie peut désormais envisager avec confiance le lendemain qui lui est fait, car rien n'entravera plus son essor.

A qui devons-nous ces merveilleux résultats? A un modeste médecin militaire, dont le nom, jusque-là resté dans le cercle des savants, éclata tout à coup comme une révélation au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, tenu à Alger en 1881.

« Je crois de mon devoir », dit M. le professeur Verneuil, en terminant devant un auditoire d'élite une remarquable conférence sur l'impaludisme, « je crois de mon devoir de vous rappeler un homme très modeste, M. le docteur Maillot, auquel l'Algérie doit sa colonisation, son progrès, qui a sauvé des milliers de fébricitants et a acquis des titres à notre gratitude. Je voudrais que la ville d'Alger, pour acquitter une dette que nous avons contractée vis-à-vis d'un bienfaiteur de l'humanité, voulût immortaliser son nom en le donnant à une rue de cette généreuse cité. » Cette motion, accueillie par d'unanimes applaudissements, ne tarda pas à recevoir la consécration du conseil municipal. De son côté, le conseil général du département d'Alger émettait le vœu que le nom du docteur Maillot, vulgarisateur du sulfate de quinine, fût donné à un village : un décret du 28 juillet 1881 a donné satisfaction aux auteurs de ce vœu. Ainsi l'heure de la justice, si lente à venir, semble avoir sonné pour le docteur Maillot. Mais que de luttes, que d'efforts pour en arriver là!

Envoyé à Bône au mois de janvier 1834, en qualité de médecin en chef de l'hôpital militaire, il assiste aux ravages que la fièvre exerçait dans la garnison de cette ville. Il voit toutes les théories qui avaient cours alors dans le corps médical mises en défaut par le fléau; dès lors, il n'hésite pas, il les abandonne et modifie résolument sa thérapeutique, qu'il met en concordance avec la nature du mal à la connaissance de laquelle il est arrivé par une analyse approfondie des symptômes et par une grande force d'induction; le succès couronne ses efforts. Toutefois une opposition passionnée se déchaîne contre le novateur. L'autorité militaire s'émeut, et trois officiers de santé sont envoyés en mission à Bône pour faire une enquête sur l'état sanitaire des troupes confiées aux soins du docteur Maillot. Ce dernier ne se laisse pas ébranler, et il continue à démontrer par les résultats obtenus l'excellence d'une méthode qui ne trouve bientôt plus que des imitateurs.

Nous ne rapportons pas ici tous les témoignages que d'éminents médecins ont rendus du docteur Maillot. Nous nous bornons à rappeler les chiffres suivants, qui ont une éloquence qu'on ne saurait égaler :

Mouvement à l'hôpital militaire à Bône.

1832 . . .	4033 malades.	449 morts = 1 sur 9 malades.
1833 . . .	6704 malades.	1526 morts = 1 sur 4 malades.
1834 . . .	(Le docteur Maillot est chargé du service.)	
	11593 malades.	538 morts = 1 sur 21 malades.

Ainsi, en 1834, avec 856 malades de plus que pendant les deux années précédentes réunies, on compte 1437 décès de moins. Peut-on imaginer une plus éclatante confirmation de la pratique du docteur Maillot?

Ainsi, comme le dit en excellents termes M. le docteur Cuignet, auquel nous empruntons tous ces détails, c'est bien au docteur Maillot que l'on doit la révélation de la nature des fièvres d'Algérie et la généralisation de l'emploi du sulfate de quinine. Comme tous les novateurs, il a eu des précurseurs; mais c'est lui, c'est lui seul, qui de toutes ces données éparses, espèces de lueurs passagères dans une longue et grande obscurité, fait un faisceau lumineux, les rassemble dans un livre qui est resté un modèle d'observation. Qu'on élague quelques termes, quelques hésitations plus apparentes que réelles, et l'on sera mille fois convaincu que Maillot est le véritable révélateur, l'initiateur d'une méthode de médication nouvelle qui apporte avec elle la vie. Par l'application si intelligente qu'il en a faite et que tant d'autres ont pu suivre après lui, n'est-on pas autorisé à dire qu'il mérite d'être classé au rang des véritables bienfaiteurs de l'humanité?

C'est mus par cette conviction que nous avons l'honneur de vous soumettre la proposition de loi suivante :

PROPOSITION DE LOI

ARTICLE PREMIER.

Une pension annuelle viagère de six mille francs (6000 fr.) est accordée à M. Maillot, ancien médecin inspecteur et président du Conseil de santé des armées, à titre de récompense nationale.

ART. 2.

Cette pension sera inscrite au livre des pensions civiles du Trésor public avec jouissance à partir du jour de la promulgation de la présente loi; elle ne sera pas sujette aux lois particulières du cumul. Elle sera reversible en totalité sur la veuve de M. Maillot.

ANNEXES

Nous empruntons à M. le docteur Cuignet, médecin principal de l'armée, médecin en chef de l'hôpital militaire de Lille, les détails biographiques suivants publiés par lui en 1882 sur M. le docteur Maillot.

Maillot (François-Clément) est né à Briey (Moselle), le 13 février 1804, d'une famille qui, depuis bien des générations, compte une lignée ininterrompue de médecins. . . . .

. . . .

Maillot fit ses études universitaires au lycée de Metz, et reçut en 1820 les premières notions de médecine, à l'hôpital militaire d'instruction de la même ville.

En 1828, il se fit graduer docteur, à la Faculté de Paris ; il a conquis successivement, dans la médecine militaire, les grades de :

Chirurgien sous-aide, en 1823.

Aide-major, en 1826.

Major, en 1832.

Médecin principal, en 1847.

Dans ces emplois, il fut successivement attaché à divers hôpitaux de l'intérieur, au quartier général de l'armée du Nord, puis envoyé en Corse, à Alger, à Bône : c'est de ce poste que sont datés les travaux qui lui ont valu tant d'illustration et de notoriété.

En 1836, il avait obtenu, au concours, une chaire d'hygiène et de médecine légale, à l'École de Metz. En 1846, il était promu médecin en chef professeur de clinique interne, à l'École militaire d'instruction de Lille, qu'il devait quitter en 1850, pour l'hôpital de perfectionnement de Paris, ce même Val-de-Grâce où, comme chirurgien sous-aide, il avait remporté le *premier* prix, en 1827.

Son mérite, hautement affirmé et reconnu par tous, lui valut, en 1852, le grade de médecin-inspecteur, et, en 1864, la haute position de président du Conseil de santé des armées, position qu'il occupa jusqu'en 1868, époque à laquelle il fut admis à la retraite, après 13 campagnes et 45 ans de services, dans la pratique, dans l'enseignement, dans la direction du corps de santé.

Chevalier de la Légion d'honneur en 1839, il fut promu officier en 1858 ; il reçut en 1861, la croix de commandeur.

Deux médecins-inspecteurs, Michel Lévy et le baron H. Larrey, parmi les sommités du service de santé de l'armée, ont seuls franchi, dans la hiérarchie de la Légion d'honneur, le grade de commandeur. Sans vouloir ici établir de parallèle entre les mérites de Maillot et ceux si recommandables d'ailleurs de ses éminents collègues, nous croyons devoir remettre sous les yeux de nos lecteurs les lignes suivantes, datées de janvier 1868 et dues à la plume éloquente du regretté Marchal (de Calvi) :

« On a applaudi, pour le corps des officiers de santé militaire, à l'élévation de M. Michel Lévy au grade de grand officier de la Légion d'honneur. Puisse cette promotion consacrer un équitable précédent en faveur d'un corps qui nous est cher !

« Nous désirerions vivement être à même de faire valoir les titres à cette distinction d'un homme qui a toujours été médecin, et médecin militaire, qui, selon le témoignage de l'illustre Littré, « a renoué la chaîne des temps d'Hippocrate à nos jours », qui a rendu les plus grands services à la science et au pays, puisque, par sa belle découverte des *fièvres pseudo-continues*, des milliers de nos soldats ont été arrachés à la mort, sur la terre d'Afrique, qui, enfin, placé à la tête de sa hiérarchie, en qualité de président du Conseil de santé des armées, personnifie le corps de la médecine militaire. Nous pourrions nous dispenser de nommer M. Maillot. »

La voix de Marchal est demeurée sans écho et sans effet, car ni le public, ni l'administration, ni l'autorité militaire, ne pouvaient apprécier alors l'immensité du service rendu, ni être instruits, comme tout le monde l'est maintenant, par la manifestation spontanée, éclatante, des médecins, des savants de tous les ordres et de tous les pays, qui ont acclamé, au Congrès d'Alger en 1881, le nom impérissable de Maillot.

Maillot ne s'est pas contenté d'éclairer la pathologie et d'établir le traitement des maladies des pays chauds, fièvres et dyssenterie : il s'est, en outre, voué, avec sa grande intelligence et une inébranlable fermeté, à la défense des intérêts de la médecine militaire.

Cette dernière œuvre, qui est aussi une œuvre de salut pour l'armée, l'a occupé encore dans sa retraite et agitera le cœur de cet homme généreux, de ce médecin dévoué, tant qu'elle ne sera pas accomplie à la satisfaction des intérêts de nos soldats.

Maillot a toujours joui d'une bonne santé, en rapport avec sa vigoureuse constitution. Doué d'une intelligence vive, d'une perspicacité pénétrante, d'un caractère énergique, de sentiments très délicats, il a parcouru sa carrière en se faisant des amis, des imitateurs. Il est d'une taille moyenne et bien prise ; il a le port droit, la démarche vive et fière. Sa physionomie exprime la finesse et la bonté, le calme et la fermeté. Toutes ces belles qualités, il les conserve, nous ne dirons pas dans la vieillesse, qui n'est pas encore venue pour lui, malgré ses soixante-dix-huit ans (1), mais dans cet âge mûr, qui semble ne pas devoir se terminer, et qui reste l'apanage des heureux dons de son organisation physique et morale.

DÉCRETS

1° Mai 1881. Le Conseil municipal d'Alger décide que le nom du docteur Maillot sera affecté à une voie publique, qui joint les rues Montpensier et Rovigo ;

2° Juillet 1881. Le Président de la République décrète :

« Vu le vœu émis par le Conseil général du département d'Alger, dans sa séance du 3 mai 1881, en vue de donner à un des villages nouvellement créés en Algérie, le nom du docteur Maillot, pour perpétuer le souvenir des services rendus à la colonisation par cet ancien inspecteur du service de santé des armées ;

« Le village de Souk-el-Tleta, situé sur le territoire de la tribu de Mechdallah, département d'Alger, portera à l'avenir le nom de Maillot. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences. — Les subventions suivantes viennent d'être accordées pour l'année 1885 :

M. Gallois, pour la construction d'un thermographe médical, 300 francs. — M. Motais, pour continuer ses travaux d'anatomie, 400 francs. — M. Sabatier, pour continuer ses travaux d'anatomie, 500 francs. — MM. Testut et Dufourcet, pour des fouilles anthropologiques à continuer dans le sud-ouest de la France, 500 francs. — Laboratoire d'anthropologie de Toulouse, 500 francs. — M. Pommerol, pour continuer des fouilles préhistoriques en Auvergne, 150 francs. — M. Magitot, pour continuer ses recherches à Combeperet, 200 francs. — M. Delort, pour continuer ses fouilles préhistoriques dans le Cantal, 150 francs. — Société d'anthropologie de Bordeaux, 800 francs. — M. Souché, pour continuer ses fouilles, 100 francs. — M. Quélet, pour continuer ses études sur la flore mycologique de France, 300 francs. — M. Audouard, pour la continuation de ses travaux de chimie appliquée, 600 francs. — Laboratoire de Wimereux, pour la publication des travaux qui y ont été faits, 500 francs.

— M. le docteur Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital Trousseau, commencera ses leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, le jeudi 16 avril, et les continuera tous les jeudis suivants. — Visite des malades à huit heures et demie. — Leçon clinique à neuf heures et demie.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

(1) C'est en 1882 que M. le docteur Cuignet s'exprimait ainsi.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot 19, rue des Saints-Pères. — 17656.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 8 avril 1885.

La parole est en ce moment à la chirurgie. Ainsi que nous l'avions annoncé, le Congrès français de chirurgie a inauguré sa session lundi dernier. Les chirurgiens étrangers et ceux des départements ont répondu à l'appel qui leur a été fait. Ils s'y sont rendus en grand nombre. Après les travaux préparatoires d'organisation, M. le président Trélat a ouvert, par un de ces excellents discours dont on le sait coutumier, la première séance publique, lundi dans l'après-midi, et les communications ont immédiatement commencé. On en trouvera le résumé analytique dans le compte rendu ci-après. On y remarquera particulièrement les très intéressantes communications sur l'étiologie et la pathogénie des affections chirurgicales, qui ont défrayé la dernière séance.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

L'état mental des spermatorrhéiques (1).

IV

Sous l'influence des obsessions pathologiques auxquelles ils sont en proie, les malades en arrivent à avoir des *hallucinations*. Ils deviennent des contrefaçons de persécutés. Ils entendent des voix qui les narguent et les injurient, qui les tournent en ridicule à cause de leurs excès passés ou de l'impuissance génitale à laquelle les a réduits la spermatorrhée persistante. Les passants les regardent de travers, se rient de leurs souffrances ou de leur malheureux état. Aussi voit-on ces pauvres malades, à bout de patience et d'espoir, concevoir, comme je vous l'ai dit, des idées de suicide, ou plus rarement, se laisser aller à commettre des attentats. Lallemand a rapporté, parmi les nombreuses observations de son ouvrage, quelques faits qui valent la peine d'être rappelés. Je citerai notamment les deux suivants :

Un individu, à la suite d'excès de masturbation, fut atteint de pollutions diurnes ; puis il tomba peu à peu dans une profonde *hypochondrie* avec penchant au *suicide*. Il était persuadé que tout le monde se moquait de lui et lui disait des injures. Au milieu de ses parents et de ses amis, il croyait fermement entendre des mots insultants qui s'adressaient directement à lui. On ne pouvait cracher, se moucher, tousser ou rire en sa présence sans qu'il se crût insulté. Il en ressentait tantôt de la colère, tantôt un abattement profond qui se manifestait par des *larmes involontaires*. Traité par Esquirol, il sortit de son établissement dans le même état, quoiqu'il eût entièrement renoncé à ses habitudes depuis sept mois. Ses hallucinations étaient les mêmes : il croyait toujours aussi fermement entendre des injures. Ces symptômes, entretenus par les pollutions, cédèrent à une seule cautérisation. Les fonctions génitales reprirent peu à peu leur énergie.

Chez un officier de cavalerie, les pertes séminales furent provoquées surtout par les fatigues de l'équitation. Après un service très pénible, la folie prit un caractère aigu avec penchant au suicide. Transporté dans un établissement destiné au traitement des aliénés, le malade éprouva de l'amélioration après l'éruption de nombreux furoncles et l'usage des eaux de Barèges ; mais il resta dans un état habituel d'hypochondrie avec retour fréquent du penchant au suicide et disposition continuelle à se plaindre de la *perfidie* des hommes, de leurs *trames* contre lui, de leurs *injustes persécutions*, etc. Cet état déplorable ne cessa qu'après une cautérisation.

Si j'ai rappelé les deux observations qui précèdent, c'est parce qu'elles me paraissent de nature à établir, d'une part, la possibilité de la coïncidence, avec la spermatorrhée, de troubles cérébraux très variés ; d'autre part, la vérité de la thèse que j'ai soutenue au début de cette leçon, à savoir que les désordres intellectuels ne sont pas la conséquence directe des pertes séminales ; mais que, aggravés ou non par ces dernières, ils résultent comme elles d'une disposition névropathique.

Au reste, Lallemand, qui ne rabaisse pas précisément le rôle de la spermatorrhée, reconnaît lui-même le bien fondé de cette proposition. « Il faut admettre, dit-il, que la spermatorrhée *favorise* d'une manière remarquable le développement de la manie et surtout de la lypémanie. Je dis seulement qu'elle en *favorise* le développement parce qu'il faut bien admettre pour ces symptômes cérébraux, comme pour tous les autres, une disposition antérieure, sans quoi l'on ne comprendrait pas pourquoi certains tabescents échappent à ces troubles fonctionnels de l'encéphale. » Il est regrettable que, dans la rédaction de son ouvrage, l'éminent

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 mars 1885.

professeur de Montpellier ait trop perdu de vue cette idée fort juste qu'il a exprimée d'une façon très accessoire au cours de son troisième volume. C'est pour n'être pas resté fidèle à cette idée qu'il a été conduit à admettre que les pertes séminales pouvaient donner naissance même à la paralysie générale progressive ! Je ne pense pas qu'un seul auteur se rallie aujourd'hui à une semblable opinion.

Les idées de suicide, si fréquemment observées et signalées chez les spermatorrhéiques, ne conduisent très souvent les malades, d'après ce que j'ai cru voir, qu'à des tentatives avortées de mort volontaire. J'ai sans doute constaté parfois de sérieux commencements d'exécution ; mais, comme si sa résolution avait tout à coup manqué d'énergie, le platonique meurtrier de soi-même s'arrête à temps ; il hésite ou change d'avis au moment de l'acte suprême ; ou bien il se blesse maladroitement, mais ne se tue pas. L'explication est facile à donner : le spermatorrhéique a la volonté malade.

Un névropathe de trente ans, ex-employé de commerce, déclassé et misérable, apathique, hypochondriaque, morose, misanthrope et désespéré, traité plusieurs fois dans différents hôpitaux, est arrêté à minuit sous un pont. Il me déclare le lendemain qu'il est un lâche, qu'il *perd sa nature depuis trois ou quatre ans,* qu'il n'a pas osé se jeter dans la Seine et qu'il est cependant bien déterminé à quitter la vie. « Rien ne me retient, dit-il, et je n'ai pas pu. »

Un fils d'aliéné, âgé de vingt-quatre ans, masturbateur effréné, ancien choréique, ayant des tics de la face, devenu spermatorrhéique diurne et nocturne, écrit dans un café à sa mère et la prévient qu'il aura cessé de vivre lorsqu'elle lira sa lettre. Des recherches sont aussitôt ordonnées, mais elles restent infructueuses. Au bout de cinq jours, ce jeune malade, qui a erré partout et voyagé sur la ligne de Paris au Havre, rentre chez sa mère, littéralement affolée, et raconte qu'il a essayé de s'ouvrir les veines dans une auberge. Il s'étonne de la douleur qu'il a causée et ne trouve que ceci à dire : « Demain ou après-demain, il faudra recommencer cela. »

Un pharmacien militaire n'ose pas faire sa barbe, le matin, lorsqu'il a eu dans la nuit une ou plusieurs pertes séminales, tant il est possédé par l'envie de se couper le cou. Il est convaincu qu'il *finira mal.*

Un employé d'imprimerie, très intelligent, bizarre, scrupuleux, émotif, affecté de pertes séminales, lecteur assidu des ouvrages de médecine, panophobe et craignant toujours de perdre l'esprit, tombe progressivement dans le marasme, se traite lui-même, va d'insuccès en insuccès et se décide au suicide. Mais à quelle variété de mort volontaire recourra-t-il ? Il ne travaille plus, il fait des recherches, compulse des livres et s'arrête à la pensée du poison. Mais quel poison devra-t-il choisir ? Nouvelles études, nouvelles perplexités, insomnie rebelle et explosion enfin d'un délire mélancolique. J'ai placé cet homme dans une maison d'aliénés.

Une seule fois, à ma connaissance, le suicide s'est froidement accompli, et voici dans quelles conditions : un employé d'une grande administration, âgé de trente-sept ans, spermatorrhéique, s'était marié sur le conseil de son médecin. Il avait épousé sa cousine, âgée de vingt ans à peine. Il s'était promis de rationner ses caresses conjugales et de n'y recourir qu'à un point de vue tout thérapeutique pour lui-même. A partir du jour de son mariage, il devint préoccupé, distrait, triste, embarrassé et prodigieusement jaloux. Sa belle-mère vint me voir et je reçus d'elle des révélations navrantes. Au bout de dix-huit mois, le malheureux malade, qui n'avait jamais eu d'époux que le nom, fut trouvé pendu.

IV. — Avant de terminer cette leçon, je crois devoir ajouter quelques mots relatifs au *diagnostic* de la spermatorrhée. Lorsqu'un malade viendra se plaindre d'éprouver des pertes séminales, vous aurez : 1° à vous assurer que ces pertes sont bien réelles ; 2° à déterminer leur nature, c'est-à-dire les conditions qui les font naître.

1° Ce n'est pas toujours chose très facile que de s'assurer de la réalité des pertes séminales. Il est des malades qui sont convaincus d'en être affectés, sans en avoir jamais présenté. Atteints d'une blennorrhée rebelle, par exemple, ils prennent pour du sperme le muco-pus qui, dans ces cas, s'écoule avec les dernières gouttes d'urine. D'autres fois, il s'agit d'individus chez lesquels les efforts de la défécation déterminent l'écoulement du liquide prostatique, ou bien de jeunes gens chez qui les excitations génésiques provoquent l'émission du liquide des glandes de Cowper et Littre (*uretrorrhea ex libidine sexuali*). L'examen microscopique du produit de sécrétion vous permettra de juger si vous avez affaire à une spermatorrhée vraie ; car, en cette occurrence, il révèlera la présence dans le liquide d'animalcules spermatiques.

Pareille recherche ne s'imposera d'ailleurs comme nécessaire qu'au seul cas où les malades se plaindraient d'être affectés de la forme de spermatorrhée qui ne s'accompagne ni d'érection, ni d'éjaculation proprement dite. Dans le cas contraire, le récit circonstancié fait par les intéressés vous permettra d'affirmer de prime abord la réalité des pertes séminales.

2° Lorsqu'il sera bien établi que vous aurez affaire à la spermatorrhée, vous aurez encore à en déterminer les causes. Vous n'oublierez pas que vous pouvez être en présence de trois variétés de pertes séminales : *a.* Celles qui résultent d'une affection des organes génito-urinaires ; *b.* Celles qui sont la conséquence d'une affection spinale au début ; *c.* Celles enfin qui traduisent une perturbation générale du système nerveux.

Les pertes séminales du premier et du second groupe ont, vous le savez, un retentissement beaucoup moins marqué que celles du troisième sur les fonctions cérébrales. L'examen attentif du canal de l'urèthre, de la prostate, la recherche des symptômes par lesquels se révèlent les myélites ou l'ataxie locomotrice, vous mettront d'ailleurs à même de reconnaître la pathogénie de la spermatorrhée en face de laquelle vous vous trouverez. Si vous êtes en présence de pertes séminales d'origine nerveuse, les antécédents héréditaires ou personnels du malade, l'absence de toute lésion importante du testicule, de l'urèthre ou de la moelle, le développement remarquable des troubles névropathiques, vous mettront en général très vite sur la voie du diagnostic nosologique.

Vous devinez que la gravité des pertes séminales et des symptômes qui les accompagnent est très variable suivant les cas. Si la spermatorrhée d'origine uréthrale est en général facilement curable, celle qui se rattache à une lésion spinale a la valeur d'un symptôme sérieux, en ce sens qu'elle révèle une affection de la moelle, presque toujours irréparable. Quant à la spermatorrhée *névropathique,* elle est d'ordinaire, elle aussi, d'un sombre pronostic. Prédisposés le plus souvent par leur hérédité à cette série de maux qui constitue le fâcheux apanage des individus à système nerveux taré,

les malades qui en sont atteints sont trop souvent prédestinés à des troubles cérébro-spinaux à peu près permanents, on a de fâcheuses récidives de ces troubles, dans les cas où une thérapeutique appropriée en aura eu momentanément raison.

Je n'entrerai pas dans de longs développements sur le *traitement* de la spermatorrhée. Je me contenterai de vous indiquer sommairement les principales indications à remplir.

Il va de soi que lorsque la spermatorrhée est provoquée, entretenue ou aggravée par une lésion uréthrale, il importe de s'attaquer tout d'abord à cette lésion. Dans le cas notamment où les malades sont atteints de blennorrhée, la cautérisation du canal de l'urèthre à l'aide du nitrate d'argent en solution donne de bons résultats. Lallemand a beaucoup insisté sur la valeur de ce procédé thérapeutique, dont il a certainement exagéré les heureux effets. Trousseau a préconisé la compression de la prostate et des vésicules séminales, au moyen d'un instrument en forme d'olive, maintenu en permanence dans le rectum, et il affirme avoir produit ainsi dans l'état des malades une amélioration positive.

Je suis loin de nier la valeur du traitement local, et je vous conseille, le cas échéant, d'y recourir en suivant les préceptes édictés par les auteurs. Mais, encore une fois, ne l'oubliez pas, la spermatorrhée est le plus souvent la manifestation d'une affection générale du système nerveux; et, dans les cas de cet ordre, c'est surtout aux méthodes et aux procédés de traitement usités contre la névropathie qu'il vous faudra recourir. Aussi devrez-vous attendre de bons résultats surtout de l'hydrothérapie, du bromure de potassium, d'une bonne hygiène cérébrale, et des médications qui ont pour effet d'amener une sédation très appréciable du système nerveux.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Première séance du 6 avril 1885. — Présidence de M. Trélat.

Cette première séance a été consacrée à la discussion, au vote des statuts et règlements et à la constitution du bureau pour cette première session.

Les statuts et règlements ont été adoptés tel que nous les avons publiés (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 1173), sauf de légères modifications. Il a été décidé que le congrès siégerait toujours à Paris et qu'il aurait lieu à l'avenir pendant la seconde quinzaine d'octobre.

Le bureau pour l'année 1885 a été ainsi constitué : président, M. Trélat; vice-président, M. Ollier; secrétaire général, M. Pozzi; présidents d'honneur, MM. Verneuil, Tilanus (d'Amsterdam), Socin (de Bâle), Eugène Bœckel (de Strasbourg), Gross (de Nancy), Alph. Guérin, Rochard, Larrey et Kæberlé (de Strasbourg); secrétaires des séances, MM. L. Petit, Prengruëber, Coudray, Picqué; secrétaires adjoints, MM. Redard, Castex, Poirier, Jullien, Bazy, Poulet.

Les membres du comité d'organisation, MM. Verneuil, Trélat, Pozzi, Horteloup, Chauvel, Monod et Bouilly sont proclamés, par acclamation, membres du comité permanent du Congrès.

La séance est levée.

Deuxième séance du 6 avril 1885. — Présidence de M. Trélat.

M. le Président rappelle les origines du Congrès français de chirurgie, la proposition faite par M. Demons (de Bordeaux) à la Société de chirurgie dans la séance du 5 mars 1884, l'accueil fait à cette proposition, la commission nommée pour la mettre à l'étude; il rend justice au travail et au zèle de cette commission transformée, le 4 juin 1884, en comité d'organisation et remercie particulièrement M. Pozzi, secrétaire général, de son active intervention. Désireux, dit-il, de constituer un être viable et même vigoureux, le comité n'a rien négligé pour confirmer le succès de l'œuvre en lui assurant la pleine lumière d'une large publicité.

Rappelant ensuite les progrès considérables accomplis dans ces derniers temps en chirurgie, sa complète transformation, grâce à ces deux grandes découvertes, l'anesthésie d'une part et l'antisepsie d'autre part, M. Trélat salue les noms de Pasteur, de Lister et d'Alphonse Guérin. La chirurgie française, dit-il, quoique marchant toujours dans la voie du progrès, est une chirurgie essentiellement médicatrice et qui a su tout aussi bien abandonner toutes les méthodes surannées, devenues insuffisantes ou inefficaces que se prémunir contre d'audacieuses tentatives que les résultats de la pratique n'ont pas jusqu'ici suffisamment justifiées.

Quelle part revient à la chirurgie française dans cette ère de progrès? dans quelle mesure s'est-elle initiée aux méthodes nouvelles? les a-t-elle adoptées? quels résultats lui a fournis sa façon de se conduire, dont l'habileté n'exclut pas la sagesse et la prudence? C'est pour répondre à ces diverses questions, dit M. Trélat, que vous avez été conviés à ces grandes assises chirurgicales. Nous vous remercions d'avoir si largement répondu à notre appel; vous avez fait preuve, non seulement d'esprit scientifique, mais aussi de dévouement patriotique. Quant aux membres étrangers qui, de l'Allemagne, de l'Angleterre, de l'Espagne, de l'Italie, de la Hollande, de la Russie, de la Pologne, sont venus en si grand nombre honorer le Congrès de leur présence, qu'ils reçoivent nos remerciements sans mélange pour le légitime intérêt qu'ils prennent aux progrès de la chirurgie française. A tous nous souhaitons la même bienvenue. (Applaudissements.)

COMMUNICATIONS

Tarsotomie postérieure dans les pieds bots anciens. — **M. Gross** (de Nancy) fait une communication sur la tarsotomie ou mieux la tarsectomie appliquée au traitement des pieds bots invétérés. Les communications qui ont été faites jusqu'ici sur ce sujet s'appuyaient sur des observations de date trop récente pour que cette opération pût être appréciée à sa juste valeur. On manquait de renseignements et de détails sur les résultats éloignés de l'opération. C'est pour combler cette lacune que M. Gross fait connaître les résultats d'un certain nombre de tarsotomies qu'il a pratiquées depuis plusieurs années.

Il déclare que, depuis l'emploi de la méthode antiseptique, cette opération n'offre plus aucun danger. La première observation, qui date de novembre 1883, a trait à une jeune fille de onze ans, atteinte d'un pied bot varus équin gauche, non pas congénital, mais remontant aux premiers temps de sa vie et qui, deux mois après l'opération, était complètement guérie. La guérison s'est maintenue depuis. A l'étranger, on pratiquait la tarsotomie dite cunéiforme; M. Gross enlève l'astragale, sectionne le tendon d'Achille et applique un appareil redresseur élastique.

La pauvre fille qu'il a ainsi opérée marche très bien, se tient debout en appuyant également sur le sol le talon et l'extrémité antérieure du pied, jouit même de quelques mouvements d'extension et de flexion.

M. Gross a obtenu un résultat tout aussi satisfaisant chez un jeune garçon de dix ans, atteint d'un pied bot varus équin congénital; mais tout en ayant obtenu chez ces deux malades un résultat fonctionnel très satisfaisant, il remarqua qu'il persistait une courbure interne très accentuée. C'est pour remédier à cet inconvénient qu'il ajoute, dans la plupart des autres cas, à l'ablation de l'astragale, la résection de l'extrémité antérieure du calcanéum. Il obtient ainsi une correction très heureuse. Il en cite plusieurs exemples, entre autres celui d'un enfant atteint de deux pieds bots varus équins invétérés, chez lequel il a pratiqué, avec succès, deux tarsectomies successives.

Non seulement, chez ses premiers opérés, le résultat obtenu est

resté aussi satisfaisant qu'après l'opération, mais il s'est même amélioré; dans plusieurs cas, le pied s'est allongé et l'empreinte laissée par lui sur le sol se rapproche de plus en plus de la normale.

M. Gross se résume en disant que depuis la méthode antiseptique la tarsectomie est une opération nullement dangereuse, et que c'est une opération de choix, qu'à l'ablation de l'astragale il faut joindre la résection de l'extrémité antérieure du calcanéum, que les suites de cette opération ne présentent aucune gravité; que le résultat fonctionnel est généralement très satisfaisant, aussi bien pour la marche que pour la station debout; que ce résultat dépend en grande partie de l'état musculaire antérieur; qu'enfin la récidive de la difformité, après cette opération, paraît très peu probable.

Tarsectomie antérieure totale. — M. OLLIER (de Lyon) rappelle que l'ablation ou la résection des os du pied ont été longtemps des opérations contestées et contestables au point de vue de leur valeur. L'ablation partielle des os du pied a été pratiquée depuis longtemps. Moreau a enlevé le cuboïde; d'autres ont extrait le scaphoïde, d'autres une partie de l'astragale. Ces opérations n'ont pas été adoptées par la majorité des chirurgiens qui a continué à leur préférer l'amputation ou la désarticulation tibio-tarsienne. Il est certain qu'aujourd'hui encore, dans beaucoup de cas, si l'on considère l'intérêt immédiat du malade, mieux vaut pour lui l'amputation que ces opérations. Toutefois il est aussi bien des circonstances où la résection des os du pied est formellement indiquée et de beaucoup préférable à l'amputation.

Parmi ces diverses résections, M. Ollier ne veut envisager dans cette communication que la tarsectomie antérieure totale, c'est-à-dire la résection du cuboïde, du scaphoïde et des trois cunéiformes. On sait, dit-il, que ce qui constitue la gravité des ostéo-arthrites du pied, c'est précisément la multiplicité des articulations de cette région. On n'est jamais sûr de tout enlever. Or, pour peu qu'on en laisse, il faut ensuite recourir à l'amputation. Il y a donc tout avantage à pratiquer l'ablation hâtive des os voisins de l'os primitivement affecté. La tarsectomie totale antérieure est une opération délicate, longue, laborieuse, mais pouvant être soumise à des règles sûres, précises, et n'offrant d'ailleurs pas de dangers, grâce aux progrès de la méthode antiseptique.

M. Ollier a pratiqué sept opérations de ce genre. Les premières lui ont donné un résultat très satisfaisant au point de vue fonctionnel, mais non quant à la forme du pied restée vicieuse. Cette opération se fait par quatre incisions : une incision interne et inférieure correspondant au bord inférieur du premier cunéiforme, une incision externe au niveau du bord externe du cuboïde, et deux incisions sur la face supérieure, parallèles aux deux premières. Il faut avoir soin de ménager le tendon du long péronier latéral. On enlève les os avec la rugine. Cette résection est longue. Mais l'opération ne compromet aucun organe important; il faut avoir soin de ménager l'artère pédieuse. Les os enlevés, il reste une cavité assez large et deux surfaces sensiblement parallèles. Il faut drainer largement; jamais M. Ollier ne recherche la réunion immédiate. La réparation demande pour se faire deux ou trois mois.

Quelles sont les indications de cette opération? La localisation de l'inflammation à la région, caractérisée par la présence d'un bourrelet demi-circulaire. Comme objection, on a fait intervenir la nature tuberculeuse des lésions. C'est pourquoi M. Ollier ne pratique pas cette opération chez les adultes, mais seulement chez les adolescents de quinze à vingt-cinq ans. Si l'on arrête dès le début ces arthrites, on est fatalement conduit à pratiquer l'amputation.

La première observation est celle d'un jeune garçon de dix-sept ans, opéré en février 1882, marchant très bien aujourd'hui et travaillant sans appareil. Les opérés présentent une déformation caractéristique; la voûte du pied s'efface et est remplacée par une voûte en sens inverse, c'est-à-dire que la concavité devient une convexité. Cette déformation disparaît peu à peu.

Comment se répare cette perte de substance? Le périoste de ces os du pied est un mauvais reproducteur. On enlève une zone du pied de 35 à 40 millimètres; il s'en reproduit à peine 10 à 15 millimètres. Quoi qu'il en soit, le résultat fonctionnel est satisfaisant. Ces opérés peuvent se tenir sur la pointe du pied, ce qui prouve la solidité des articulations nouvelles.

Sur sept opérations, pas un seul cas de mort; un seul opéré a dû être amputé plus tard. C'était un tuberculeux avéré. D'ailleurs la nature tuberculeuse de la lésion est une contre-indication de ces opérations, à moins qu'elle ne soit extrêmement limitée. Cependant M. Ollier a opéré un tuberculeux de quarante-six ans; contre son espérance, il a conservé son pied, et la tuberculisation n'a pas marché plus vite.

La tarsectomie totale antérieure est une opération de choix, peu dangereuse, qui est appelée à rendre de grands services.

Pathogénie et traitement des exostoses des sinus frontaux. — M. PANAS dit que le progrès ne consiste pas seulement à faire de nouvelles découvertes, mais aussi à reviser et à perfectionner ce que faisaient nos maîtres et nos prédécesseurs. C'est pourquoi il communique une observation propre à modifier l'histoire des exostoses des sinus frontaux.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, qui se présenta, il y a deux ans, à la clinique ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu, avec une énorme tumeur remplissant l'orbite et rejetant l'œil en bas et en dehors. Cet œil était perdu; l'ophthalmoscope révélait une atrophie papillaire par compression. La tumeur était dure, osseuse. Était-ce une exostose ou une tumeur molle ou liquide ayant soulevé la paroi crânienne? Une paracentèse exploratrice permit de constater qu'il s'agissait d'une masse éburnée, dure. Il était aisé de reconnaître que la racine de cette tumeur devait être dans le sinus frontal. Les auteurs prétendant que, dans ce cas, en ouvrant largement le sinus maxillaire, on arrive d'emblée sur la tumeur, M. Panas chercha à ouvrir le sinus frontal; mais après avoir longtemps sculpté la région, il ne rencontrait qu'un bloc de masse osseuse dure comme du marbre. Il ne retrouvait là rien qui ressemblât aux descriptions classiques. Il s'appliqua alors à dégager uniquement la portion orbitaire et arriva à débarrasser l'orbite. En continuant à sculpter, il s'aperçut qu'il risquerait de pénétrer dans le crâne. Il se borna donc à une opération incomplète. Le soir, la température monta à 39, le lendemain à 40 degrés; la malade succomba le cinquième jour à une méningo-encéphalite. L'autopsie montra que le diagnostic, comme le traitement, était incomplet, et que le pronostic avait été autrement grave qu'on pourrait le croire à la lecture des auteurs. En effet, la tumeur pénétrait dans le crâne et il y avait communication entre la cavité crânienne et le sinus frontal.

L'auteur, Berlin, a réuni un certain nombre d'observations de ce genre, et il arrive à une mortalité de 38 p. 100. Encore, dans les cas publiés, faut-il tenir compte de la tendance qu'on a généralement à publier les succès et à taire les insuccès.

M. Badal (de Bordeaux) a publié un cas de ce genre où il y avait même hernie du cerveau. L'opération a été pratiquée et a réussi. Mais c'est une de ces guérisons miraculeuses sur lesquelles il ne faut pas trop compter. On ne doit, en effet, entreprendre ces opérations qu'avec la plus grande réserve.

M. Panas cite l'exemple d'une autre malade atteinte d'une exostose fronto-orbitaire, développée à l'âge de quatre ans, ayant beaucoup progressé jusqu'à l'âge de quatorze ans, puis étant restée stationnaire jusqu'à ce jour où la malade est âgée de quarante-six ans. Sauf quelques névralgies, de l'anesthésie du côté opposé, un strabisme mécanique, cette malade n'éprouve pas de troubles autrement fâcheux et son œil est intact.

Or cette lésion ne demande l'intervention que quand l'œil est menacé. Si l'œil est perdu, plutôt même que de tenter l'ablation partielle de ces tumeurs, il vaut mieux recourir à l'énucléation qui fait cesser les douleurs.

Toutefois M. Panas ne condamne pas d'une façon absolue l'ablation de ces tumeurs. C'est une question d'outillage.

Relativement à la pathogénie de ces tumeurs, M. Panas admet, avec Virchow, que ce sont des enostoses, c'est-à-dire des tumeurs se développant dans le diploé de l'os frontal.

L'observation qu'il vient de communiquer prouve combien doivent être modifiées les descriptions classiques de ces tumeurs, tant au point de vue du diagnostic que du pronostic et du traitement.

Ostéotomie et ostéoclasie dans le traitement du genu valgum. — M. DEMONS (de Bordeaux), après avoir vivement défendu l'ostéotomie qu'il trouvait infiniment préférable à l'ostéoclasie, a, depuis les faits de M. Robin (de Lyon) et l'appareil qu'il a imaginé, complètement changé d'opinion et préfère aujourd'hui à l'ostéotomie l'ostéoclasie pratiquée avec l'ostéoclaste de M. Robin. Son opinion est aujourd'hui basée sur un grand nombre d'expériences cadavériques et sur plusieurs opérations sur le vivant. Il a comparativement étudié sur le cadavre les résultats de l'ostéotomie et de l'ostéoclasie. Ces résultats sont tout à l'avantage de la dernière opération. Il a pratiqué sur le vivant 6 ostéotomies et 6 ostéoclasies. L'ostéoclasie est, selon lui, une opération plus simple, moins dangereuse, dont les suites sont moins douloureuses et moins longues et qui laisse après elle une raideur articulaire disparaissant beaucoup plus vite qu'après l'ostéotomie.

En résumé, l'ostéoclasie mécanique, qui constitue une fracture simple, est préférable à l'ostéotomie, qui constitue une fracture compliquée de plaie.

La séance est levée.

Première séance du 7 avril 1885. — Présidence de M. Ollier.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DES AFFECTIONS CHIRURGICALES

Antisepsie. — M. ABADIE s'applique à démontrer que l'antisepsie est surtout une question de milieu. Il rappelle les expériences de Pasteur au sommet des Alpes, où tous les bouillons de culture restent stériles. Les succès sont d'autant plus nombreux que l'altitude est plus élevée et l'atmosphère plus pure. Il en est de même pour les opérations : on obtient d'autant plus de succès que les milieux dans lesquels on opère sont plus purs.

Il est permis de penser que dans l'avenir on pourra créer des milieux artificiels aussi purs que le sont les sommets des montagnes. M. Abadie rappelle à ce sujet les expériences de Tyndall, qui est arrivé à créer ainsi un milieu artificiel d'une pureté aussi grande que possible.

En résumé, il résulte des considérations présentées par M. Abadie que c'est surtout localement que le chirurgien doit agir sans s'adresser à l'économie. Plus on ira, plus le chirurgien s'attaquera aux organes eux-mêmes.

Érysipèles et infections purulentes. — M. CAUCHOIS (de Rouen) fait connaître la statistique du service chirurgical de l'Hôtel-Dieu de Rouen au point de vue des érysipèles et des infections purulentes. Il s'agit du service autrefois dirigé par Flaubert, qui comprend 126 lits. Les statistiques relevées par M. Cauchois portent sur trois périodes, 1864 et 1865, 1873 et 1874, 1883 et 1884.

En 1864 et 1865, il est passé dans ce service 2200 malades; sur ce nombre, on compte 48 érysipèles, dont 5 morts et 14 cas d'infection purulente. En 1873 et 1874, on compte 1730 malades, sur lesquels 51 érysipèles; pas d'infections purulentes. Ainsi, tandis que M. Gosselin, à la Pitié, en 1862 et 1864, avait pour les érysipèles une mortalité de 23 p. 100, à Rouen, à la même époque, la mortalité par les érysipèles était seulement de 10 p. 100. Mais, à cette époque, les principes de l'antisepsie étaient absolument inconnus.

Depuis que M. Cauchois a recours à la méthode antiseptique, principalement à l'iodoforme et à l'acide phénique, toutes les fractures compliquées de plaies sont guéries sans complications septicémiques; il n'y a qu'une seule exception à cette règle. En 1883 et 1884, le service comprenant seulement 75 lits, on y a eu à traiter seulement 850 malades. Sur ce nombre, il n'y a eu aucun cas de septicémie. Cinq érysipèles, dont 3 venant du dehors; sur ce nombre d'érysipèles, 1 décès chez des malades dont les plaies n'ont pas été rendues suffisamment aseptiques. Jamais les malades atteints d'érysipèles ne sont isolés, l'antisepsie étant suffisante pour s'opposer à la propagation. M. Cauchois, dans ces deux années, a pratiqué 70 graves opérations, sur lesquelles il a eu 66 guérisons.

En résumé, l'infection purulente a complètement disparu des salles de l'Hôtel-Dieu de Rouen. Quant aux érysipèles, avant l'antisepsie, en 1862 et 1863, cette complication chirurgicale s'observait dans la proportion de 2,18 p. 100 et la mortalité était de 10 p. 100. En 1873-74, la proportion des érysipèles est de 2,74 p. 100. Après l'antisepsie, elle est seulement de 0,59 p. 100 et la mortatité est nulle.

Du rôle respectif des ptomaïnes et des microbes dans la pathogénie de la septicémie. — M. JEANNEL (de Toulouse) a entrepris, avec M. Laulanie, un grand nombre d'expériences ayant pour but de rechercher quel est l'élément générateur de la septicémie, si elle est le résultat de l'absorption des ptomaïnes ou de celle des microbes, de faire, en un mot, le départ du rôle des ptomaïnes dissous et de celui des microbes. Voici les conclusions de ce travail :

1° Le rôle respectif des microbes et des ptomaïnes peut être déterminé par l'étude comparative de l'absorption des solutions salines et des liquides putrides à la surface des plaies granuleuses.

2° Tout corps soluble déposé à la surface d'une plaie granuleuse est immédiatement absorbé par endosmose. Or les ptomaïnes sont à l'état de solution; donc ils sont absorbés dès qu'ils se produisent à la surface d'une plaie granuleuse.

3° La membrane granuleuse est un filtre qui ne laisse passer que les corps solubles et point les corps en suspension, tels que les microbes ou autres corps albuminoïdes.

4° On n'observe point de fièvre septicémique chez tous les blessés dont la plaie granuleuse est recouverte de pus putride, parce que le filtre est intact.

5° Dès qu'une plaie putride est blessée ou malade (ulcération de la membrane granuleuse), la fièvre éclate, parce que le filtre rompu laisse passer les microbes.

6° Si la membrane granuleuse intacte absorbe par endomose les microbes dès qu'ils existent à sa surface, et si toute la plaie putride n'est pas accompagnée de fièvre; si, d'autre part, la fièvre septicémique, sous l'une ou l'autre de ses formes, éclate dès qu'une blessure de la membrane granuleuse permet l'introduction des corps en suspension et, parmi eux, des microbes, les ptomaïnes n'ont qu'un rôle secondaire et les microbes ont, au contraire, le rôle capital dans la pathogénie de la septicémie.

Pathogénie des abcès fétides des membres. — M. NEPVEU communique les deux observations suivantes recueillies dans le service de M. Verneuil :

Première observation. X..., en 1870, reçoit une balle dans le bras droit. Les suites de cette blessure furent tout d'abord sans gravité. En 1873, M. Pamard, à Avignon, lui enlève des séquestres. Depuis, plus rien; la guérison était complète. En janvier 1875, après avoir soulevé un poids très lourd, il est pris tout à coup d'une violente douleur dans son bras. Il se forme un volumineux abcès et l'on constate une tuméfaction de l'humérus. M. Verneuil ouvre l'abcès du bras; il s'échappe un flot de pus fétide. Il trépane l'humérus; il trouve un second foyer purulent non moins fétide. Ce pus, recueilli dans un tube de Pasteur, contient une prodigieuse quantité de bactériens très petits.

Deuxième observation. Homme de soixante-huit ans, ayant reçu, en 1870-1871, deux blessures par arme à feu dont il avait bien guéri. Quatorze ans après, il ressent de vagues douleurs dans le mollet du membre qui avait été blessé. Il est pris de frissons; on

constate un vaste abcès; une double incision donne issue à un pus fétide et à un fragment d'os.

Ces deux observations sont comparables; il s'agit de deux blessés, en apparence complètement guéris, qui, l'un dix ans, l'autre quatorze ans après leur blessure, sont pris de douleurs auxquelles succède un abcès donnant un pus fétide lequel contient une prodigieuse quantité de bactériens. C'est évidemment à ces bactériens que doit être attribuée la putréfaction dans ces deux cas. Il faut donc admettre que ces bactériens ont été incarcérés pendant tout le laps de temps qui a séparé la blessure de la formation de l'abcès.

Pathogénie de la suppuration. — **M. SOCIN** (de Bâle) admet qu'il existe deux espèces de microbes : les uns innocents, les autres pathogènes. Il s'est efforcé de trouver un moyen qui permît de les distinguer. Avec son collaborateur M. Caré, il a pu y arriver à l'aide des cultures.

Dans l'ostéomyélite, il existe un microbe pathogène spécial, se reconnaissant en ce qu'il colore en jaune les liquides de culture, mais qui n'a rien de caractéristique, puisqu'il se rencontre également dans d'autres affections. Toutefois on le trouve toujours dans l'ostéomyélite; il y joue donc un rôle. Un liquide contenant ce microbe, inoculé aux animaux, ne détermine de l'ostéomyélite qu'à la condition qu'il y soit combiné avec une lésion traumatique des os.

M. Caré, qui a constaté la présence de ce microbe dans le sang des malades atteints d'ostéomyélite, s'inocula de ce sang sous l'ongle de l'annulaire. Il se forma un abcès autour de cet ongle; il fit plus : il se fit sur la peau du bras une friction énergique avec du liquide purulent contenant ces microbes; sur ce bras apparut un vaste anthrax, avec des fusées purulentes, une mortification étendue des tissus, etc., et les dix-sept cicatrices que présente ce bras témoignent du courage de M. Caré. (Applaudissements.)

Or dans le pus provenant de ce vaste foyer on a retrouvé les mêmes microbes, donnant une coloration jaune au liquide de culture.

Il ressort de ces faits que les abcès chauds, le panaris, le furoncle, le phlegmon, sont des affections infectieuses dues à un microbe pyogène bien caractérisé et semblable à celui qu'on trouve dans l'ostéo myélite. Celle-ci est donc une affection infectieuse des os. Non seulement cette infection peut se transmettre par une solution de continuité, mais aussi par une simple friction, ainsi que l'a trop bien prouvé l'expérience de M. Caré.

M. LE PRÉSIDENT croit être l'interprète de tous ses collègues en priant M. Socin de transmettre à son courageux collaborateur les félicitations du Congrès. (Applaudissements.)

Érysipèles. — **M. DUMÉNIL** (de Rouen) fait connaître les résultats d'une pratique de seize années à l'hôpital de Rouen, de 1869 à 1884. Il divise cette pratique en deux périodes : l'une, de 1869 à 1876; l'autre, de 1877 à 1884.

Dans la première période, sur 3821 malades, il compte 52 érysipèles, soit 13 p. 1000; il compte 1 décès sur 5 érysipèles. De 1877 à 1884, 1840 malades, 22 érysipèles, soit 11 sur 1000; pas de décès ; en général, érysipèles très légers. A la fin de 1884, il y eut une petite épidémie d'érysipèle, facilement enrayée.

M. Duménil se croit autorisé à considérer l'érysipèle comme une maladie infectieuse. Il repousse l'influence du froid au point de vue de son étiologie. Le moyen antiseptique le plus propre à prévenir l'érysipèle, est, selon lui, le pansement ouaté.

DISCUSSION

M. VERNEUIL constate une fois de plus, à propos de la communication de M. Socin, que la clinique et l'expérimentation se prêtent un secours utile. Il rappelle qu'un de ses élèves, M. Delore (de Lille), a fait, il y a plusieurs années, sa thèse sur la suppuration orangée, qu'il y démontre que cette suppuration est le plus souvent liée à la pyohémie d'origine osseuse. M. Socin et son collaborateur viennent de confirmer ces recherches en trouvant et en cultivant le micrococcus orangé.

M. OLLIER fait connaître les résultats des expériences de M. Rodet (de Lyon). En injectant dans les veines d'animaux du pus provenant d'une ostéomyélite, M. Rodet a reproduit, chez ces animaux, toutes les formes de l'ostéomyélite aiguë. L'injection sous la peau ne produit rien. Il ajoute que le micrococcus orangé peut persister indéfiniment dans l'organisme en y restant silencieux. C'est ainsi qu'il l'a trouvé sur des gens fort âgés ayant eu une ostéomyélite à l'âge de quinze ans.

MM. SOCIN et **VERNEUIL** ajoutent quelques mots tendant à prouver que nos tissus vivants possèdent en eux tous les microbes, aussi bien celui de l'érysipèle, qui pour M. Verneuil habite la région naso-pharyngienne, que celui de l'ostéomyélite, etc.; mais que nos tissus sont de mauvais terrains pour leur développement. Il faut, pour favoriser ce développement, une cause quelconque, un traumatisme par exemple.

M. BERRUT (de Marseille) distingue la question de pratique de la question de doctrine, et fait quelques réserves relativement à quelques exagérations sur l'importance qu'on attache aux microbes.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les médecins du XVe arrondissement de Paris sont informés que, le dimanche 26 avril 1885, il sera procédé dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance.

— L'Académie royale de médecine de Belgique met au concours les questions suivantes :

1° Déterminer par de nouvelles expériences et de nouvelles applications le degré d'utilité de l'analyse spectrale dans les recherches de médecine légale et de police médicale. — Prix : 1 500 fr. Clôture du concours, 1er avril 1886;

2° Déterminer expérimentalement l'influence que la dessiccation, employée comme moyen de conservation, exerce sur les médicaments simples du règne végétal. — Prix : 600 francs. Clôture du concours, 1er juillet 1885;

3° De l'action physiologique des soustractions sanguines, tant locales que générales; indications et contre-indications dans le traitement des maladies. — Prix : 1500 francs. Clôture du concours, 31 décembre 1885;

4° Faire l'exposé et la critique des diverses méthodes de pansements et de traitements antiseptiques des plaies et des affections chirurgicales. — Prix : 600 francs. Clôture du concours, 15 janvier 1887;

5° Faire l'étude de l'érysipèle charbonneux ou rouget du porc, au point de vue de ses causes, de ses manifestations, de ses lésions, de sa prophylaxie et de son traitement. Établir éventuellement ses rapports avec les affections charbonneuses, bactéridiennes et bactériennes. — Prix : 600 francs. Clôture du concours, 15 janvier 1887.

Les mémoires lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés *franco*, à M. le docteur Rommelaere, secrétaire de l'Académie de médecine, à Bruxelles.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Prosper Lucas, ancien médecin de l'hospice de Bicêtre, puis de l'asile Sainte-Anne, ancien président de la Société médico-psychologique, décédé le 3 avril dernier, à Mennecy (Seine-et-Oise), dans sa soixante-dix-huitième année. M. Prosper Lucas était l'auteur du *Traité de l'hérédité naturelle*, en deux gros volumes, et cet ouvrage remarquable avait été couronné par l'Académie des sciences.

— M. Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, commencera un cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche 12 avril 1885, au grand amphithéâtre de la Salpêtrière, à neuf

heures et demie du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Des malades seront, autant que possible, présentés aux élèves.

— M. le professeur Ball reprendra son cours de clinique des maladies mentales, le dimanche 12 avril, à dix heures, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure (asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 1).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot 19, rue des Saints-Pères. — 17673.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** - 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Deuxième séance du 7 avril. — Présidence de M. Ollier.

COMMUNICATIONS

Procédés d'ablation de l'astragale. — M. **REVERDIN** (de Genève) fait une communication sur un procédé d'extirpation de l'astragale et de résection tibio-tarsienne. Voici les conclusions de ce travail :

Conclusions. — On peut diviser les procédés de résection tibio-tarsienne en procédés à incisions jambières et procédés à incisions tarsiennes.

Tandis que les procédés à incisions jambières répondent aux indications ordinaires des résections traumatiques primitives ou consécutives, les procédés à incisions tarsiennes sont en général préférables pour les résections pathologiques : ils permettent plus facilement que les premiers d'examiner directement la nature et l'étendue des lésions articulaires, et de les poursuivre partout où elles se sont developpées.

A l'occasion d'un cas d'ankylose tibio-tarsienne incomplète avec équinisme, j'ai imaginé un procédé à incision tarsienne postéro-externe ; il m'a donné un excellent résultat et il peut s'appliquer, avec quelques modifications, soit à la résection tibio-tarsienne, soit à l'extirpation de l'astragale.

Dans le premier cas (résection tibio-tarsienne), le tendon d'Achille et les tendons des péroniers latéraux sont sectionnés ; dans le second cas (extirpation de l'astragale), le tendon d'Achille peut être respecté.

Lorsque, l'astragale enlevé, on s'apercevrait que les malléoles sont atteintes, il serait toujours facile de compléter l'incision en arrière pour avoir plus de jour et pour les réséquer sans difficultés.

On pourrait de même transformer la résection entreprise en une amputation tibio-tarsienne à lambeau plantaire interne, si celle-ci était reconnue nécessaire au cours de l'opération.

Mon procédé a l'avantage de ménager les vaisseaux et les nerfs du pied, de donner beaucoup de jour pour l'examen de la jointure et d'être d'une exécution facile et rapide ; il est vrai que deux ou trois tendons sont sectionnés ; mais cela n'a pas, à mon avis, de grave inconvénient.

M. **OLLIER** fait une communication sur le même sujet. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 390.)

Trépanation du crâne.—M. **JULES BŒCKEL** (de Strasbourg) fait une communication sur la trépanation préventive du crâne. Il rappelle les titres de Sédillot à ce sujet, comment cette opération a été si longtemps méconnue et mal jugée, combien nombreuses sont devenues les indications, surtout depuis la méthode antiseptique, de quelle façon la doctrine de Sédillot est aujourd'hui répandue en Allemagne, etc.

M. Bœckel a fait lui-même neuf trépanations et a eu neuf succès ; il en a fait cinq secondaires et a eu deux succès et trois morts. Tous ses opérés jouissent de leurs facultés intellectuelles.

M. **MOLLIÈRE** (de Lyon) fait une communication ayant pour but de démontrer qu'on ne saurait se baser sur les localisations cérébrales pour appliquer la trépanation tardive. Il cite, comme exemple, l'observation d'un homme de vingt-quatre ans, ayant reçu un coup de canne plombée sur la région fronto-pariétale gauche. Il eut ensuite de l'aphasie et de l'hémiplégie droite. Il n'y avait pas de fracture du crâne. Une trépanation, faite au niveau du point où il sentait une légère dépression, fit arriver sur un foyer hémorrhagique. Les accidents n'en furent pas amendés. Une aspiration faite avec la seringue resta également sans résultat. Le malade succomba. A l'autopsie, on trouva un immense foyer hémorrhagique ; on ne trouva aucune lésion pouvant expliquer l'aphasie. Si l'on s'était guidé sur les localisations cérébrales, dans ce cas on aurait appliqué le trépan dans un point où il n'y avait pas d'hémorrhagie.

M. Mollière cite plusieurs observations analogues sur lesquelles il s'appuie pour formuler les conclusions suivantes :

1° La trépanation doit être pratiquée de bonne heure, le plus tôt possible.

Quand elle est faite tardivement, on trouve toujours un certain degré d'hyperostose qui rend l'opération très longue et très difficile. D'ailleurs, au point de vue des résultats comme au point de vue du danger, les trépanations immédiates sont de beaucoup préférables aux trépanations tardives.

Toutefois la trépanation tardive ne saurait être refusée aux malades atteints d'épilepsie partielle d'origine traumatique ou de folie dite traumatique.

Enfin il serait imprudent de se baser uniquement sur les localisations cérébrales pour décider du siège de la trépanation.

M. **DEMONS** (de Bordeaux) communique contradictoirement un travail sur les indications fournies par les localisations cérébrales point de vue de la trépanation.

Un mécanicien, âgé de trente-neuf ans, ayant fait une chute au fond d'un puits, est pris de phénomènes cérébraux de paralysie incomplète du membre supérieur gauche et du membre inférieur droit. Il semblait guéri, quand, deux ans plus tard, il fut pris d'épilepsie partielle et d'hémiplégie gauche. M. Demons appliqua une couronne de trépan en se guidant uniquement sur les localisations cérébrales. Il tomba mathématiquement sur le point ma-

lade. Le malade a très bien guéri et est resté guéri depuis vingt-trois mois.

M. Demons cite plusieurs exemples analogues à l'appui de l'utilité des localisations cérébrales au point de vue de la trépanation.

Beaucoup de chirurgiens échouent, dit M. Demons, parce qu'ils n'ouvrent pas la dure-mère. L'aphasie, les paralysies, l'épilepsie partielle, tels sont les phénomènes cérébraux qui indiquent la trépanation. La doctrine des localisations cérébrales est un guide sûr pour les indications de la trépanation. Il n'est besoin d'aucune trace extérieure; s'il en existe, il ne faut pas en tenir compte. Il faut inciser la dure-mère, et si l'on ne trouve rien, ne pas craindre de pousser plus avant dans l'écorce cérébrale ses investigations.

M. CAUVY (de Béziers) a fait, en 1868, une thèse sur la trépanation du crâne, portant pour épigraphe que cette trépanation était une bonne opération, trop méconnue des chirurgiens, et méritant de tenir une place honorable dans la pratique chirurgicale. Il retrace l'histoire de la trépanation depuis cette époque, rappelle les travaux de Larrey, Sédillot, Broca, Proust, Terrillon, Lucas-Championnière, etc., insiste beaucoup sur l'utilité des localisations cérébrales et sur l'innocuité de cette opération, surtout depuis la méthode antiseptique.

Névrite traumatique. — **M. TRIPIER** (de Lyon) fait une communication sur deux cas de névrite traumatique, dans lesquels la transmission de la douleur se faisait par les nerfs collatéraux intacts.

Dans la première observation, il s'agit d'un homme de trente-trois ans, ayant eu les pieds gelés pendant la guerre. Il subit, à Heidelberg, l'amputation du gros orteil droit; guérison. Deux ans après, il faisait son service militaire à Toulon. Huit à dix ans après, à Mâcon, étant copiste chez un avoué, il fut pris, sans cause appréciable, d'une grande douleur dans la jambe. Un peu plus tard, à Dijon, il dut subir l'amputation de la seconde phalange du gros orteil. Les orteils se fléchirent du côté de la face plantaire. A Lyon, il subit l'étirement du sciatique par la flexion forcée de la cuisse.

L'examen de la sensibilité montre qu'il n'y a pas d'anesthésie plantaire; il y a nettement trois points douloureux dont le simple attouchement produit des crises. Au point de vue de la motilité, on constate la flexion permanente des orteils. Le malade accuse de la douleur et présente un tremblement continuel du membre entier. Les mouvements sont presque nuls du côté opposé. Il y a des troubles trophiques. M. Tripier porte le diagnostic de névrite ascendante. Il donne de l'azotate d'aconitine à la dose de 1/2 milligramme. Il fait de la compression, puis il pratique des sections nerveuses; plus de douleurs. L'examen des corps réséqués montre une intégrité absolue des tubes nerveux. En 1879, le malade dut subir l'amputation du pied. On trouva sur la plaie les lésions de la névrite parenchymateuse.

La seconde observation a trait à un homme de trente-sept ans; il s'agit d'une blessure avec un ciseau de cartonnier; hémorrhagie, compression; guérison. Après quinze jours, douleurs atroces, convulsions. Au niveau de la cicatrice, tumeur excessivement douloureuse. L'anesthésie est complète dans la paume de la main. Il est impossible de dire si le nerf médian est sectionné; il existe de la névrite. On arrête les crises douloureuses par la compression du radial. M. Tripier pratique la résection de ce nerf; il excise la tumeur, trouve le nerf altéré, étend plus loin sa résection, met les deux bouts du nerf au contact et suture. Il y eut une perte complète de la sensibilité pendant cinq mois.

Mal perforant plantaire. — **M. LAGRANGE** (de Bordeaux), au nom de M. Boursier et en son nom personnel, fait une communication sur l'étiologie du mal perforant plantaire. Le mémoire qu'il communique au Congrès est basé sur trois observations prises à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. Denucé. M. Lagrange donne l'analyse de ces trois faits. Dans le premier, il s'agit d'un mal perforant de cause exclusivement mécanique; le deuxième est un exemple de mal perforant d'origine nerveuse. Il s'agit d'un malade atteint d'une lésion médullaire, qui, dans son lit, à l'abri de toute compression, a été atteint d'ulcères perforants multiples. Le troisième fait est remarquable par la coïncidence d'un ulcère de jambe et d'un mal perforant.

Des considérations dont M. Lagrange fait suivre l'analyse de ces trois faits, il n'hésite pas à conclure : 1° qu'il existe des maux perforants d'origine nerveuse; 2° des maux perforants d'origine exclusivement mécanique.

La séance est levée.

Première séance du 8 avril 1885. — Présidence de M. Alph. Guérin.

DES INDICATIONS QUE L'EXAMEN DES URINES FOURNIT A LA PRATIQUE CHIRURGICALE

M. VERNEUIL fait une communication ayant pour titre : *Des urines à dépôt rose comme indice d'une affection hépatique.*

Il cite quatre observations dans lesquelles la présence de ce dépôt rose dans les urines l'a mis sur la voie du diagnostic d'affections hépatiques graves qui, dans plusieurs cas, ont pu être constatées à l'autopsie. En voici un exemple : un mécanicien, âgé de cinquante-six ans, petit, robuste, ayant toujours joui d'une belle santé, entre à la Pitié en janvier 1884, pour un épithélioma limité du plancher de la bouche. Ablation par le thermo-cautère.

Neuf mois après, récidive; tout le plancher de la bouche est pris. Nouvelle ablation, résection du maxillaire, ligature de la faciale, forcipressure, etc. Le troisième jour, première hémorrhagie suivie de plusieurs autres; les urines sont comme de la boue et contiennent une énorme quantité de ce dépôt. La réunion de la plaie se défait, gangrène de tout le foyer, hémorrhagies répétées, broncho-pneumonie; mort. L'autopsie montre qu'il s'agissait d'une broncho-pneumonie gangreneuse. Le foie présentait cet état particulier de cirrhose et de stéatose sur lequel il a déjà appelé l'attention.

M. THIRIARD (de Bruxelles) fait une communication sur les indications fournies par l'examen des urines dans les cas de tumeurs abdominales, au point de vue du diagnostic différentiel des tumeurs malignes et des tumeurs bénignes. Après avoir rappelé les recherches de M. Rommelaere sur ce sujet, M. Thiriard fait connaître les résultats de ses propres observations. C'est sur le dosage de l'urée qu'est basé le moyen de diagnostic qu'il propose.

Voici les résultats auxquels il est arrivé : Dans les tumeurs de mauvaise nature, le chiffre de l'urée diminue et tombe à 12 grammes. Ces tumeurs ont donc une action spécifique sur la formation de l'urée. Cette analyse doit porter sur les urines émises dans les vingt-quatre heures. Il faut tenir compte de l'alimentation; c'est là un précieux moyen de diagnostic de la nature des tumeurs abdominales.

M. Thiriard cite plusieurs observations : Une malade atteinte de tumeur abdominale, ayant des antécédents cancéreux dans sa famille, est considérée par un médecin comme atteinte de cancer. M. Thiriard, appelé en consultation, examine les urines et trouve 21 grammes d'urée, diagnostique une tumeur fibreuse, la considère comme opérable.

Il pratique en effet la gastrotomie, et se convainc qu'il a bien affaire à une tumeur fibreuse, et la malade guérit.

Dans un autre cas douteux, on trouve 9gr,48 d'urée; l'incision exploratrice montre qu'il s'agit d'une tumeur cancéreuse. En résumé, dans les tumeurs abdominales de mauvaise nature, l'hypoazoturie est un précieux élément de diagnostic. M. Rommelaere avait démontré ce fait pour les tumeurs de l'estomac : Un malade d'apparence cachectique paraît atteint d'un cancer de l'estomac; l'analyse de l'urine indique une assez forte proportion d'urée; on diagnostique alors un ulcère simple de l'estomac. L'autopsie a permis

de vérifier ce fait : une résection de cet ulcère aurait pu sauver ce malade. Dans un autre cas, c'est un cancer du pylore, diagnostiqué par l'hypoazoturie, et vérifié à l'autopsie.

Lorsqu'après l'opération, gastrotomie, ovariotomie, hystérotomie, etc., le chiffre des chlorures s'abaisse dans l'urine, c'est un signe d'inflammation en voie de préparation.

M. REDARD fait une communication sur la glycosurie éphémère dans les affections chirurgicales. Il cite un grand nombre d'exemples dont la plupart ont été recueillis dans le service de M. Verneuil.

M. Redard a constaté la glycosurie passagère chez des malades atteints de fracture; dans des cas de plaies simples, alors surtout qu'il y avait des phénomènes inflammatoires, dans des affections inflammatoires de la peau, du tissu cellulaire, à la suite de phlegmons, en particulier de phlegmons diffus dans des cas d'érysipèle, de lymphangite; dans la septicémie, dans les accouchements, etc. Ces glycosuries passagères doivent être rapprochées de celles qu'observent les médecins dans le cours de fièvres éruptives, rougeole, scarlatine, etc.

En résumé, la glycosurie passagère est extrêmement fréquente dans le cours de plusieurs affections chirurgicales. Il faut examiner les urines pendant tout le cours de la maladie.

La quantité de sucre est proportionnelle à la gravité des cas.

M. VERCHÈRES lit un travail ayant pour titre : *Contribution à l'étude de la phosphaturie dans les maladies osseuses*. La phosphaturie et la polyurie s'observent dans les cas de lésions traumatiques des os et de lésions spontanées ou inflammatoires.

Dans les cas de fractures, il y a un rapport constant entre la phosphaturie et le retard de la consolidation. Dans les cas de maladies osseuses spontanées ou inflammatoires, y a-t-il un rapport entre la phosphaturie et la lésion osseuse? La phosphaturie est un symptôme d'un état général particulier.

M. KIRMISSON a fait des recherches analogues à celles de M. Thiriard, sur le chiffre de l'urée dans les cas de cancer. On peut dire que le fait émis par MM. Rommelaere et Thiriard, à savoir que le chiffre de l'urée est inférieur à la normale dans les cas de cancer, est un fait généralement à part. Mais c'est bien loin d'être une loi absolue. M. Albert Robin dénie toute espèce de valeur à ce signe donné par Rommelaere (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 755). Il y a d'autres états que les cancers où l'on constate un abaissement du chiffre de l'urée.

Sur 24 malades atteints de cancers les plus divers, examinés par M. Kirmisson, aidé de MM. Béal et Dumoutier, pharmaciens, il y en eut 19 chez lesquels le chiffre de l'urée était inférieur à 12 grammes, et 5 chez lesquels le chiffre de l'urée était supérieur à 16, 17, 19 et 20 grammes. Il y a donc de nombreuses et importantes exceptions à la loi formulée par M. Rommelaere. Il n'y a donc pas là un élément certain de diagnostic ni d'indication opératoire. D'ailleurs l'hypoazoturie n'a pas d'influence sur la gravité opératoire.

M. AUGAGNEUR (de Lyon) fait une communication sur les néphrites infectieuses dans les affections chirurgicales.

La séance est levée.

Première séance du 9 avril. — Présidence de M. Trélat.

TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA ROTULE.

M. TIDANUS (d'Amsterdam) fait une étude comparative sur le traitement des fractures de la rotule par l'immobilisation et les moyens de coaptation extérieurs et le traitement par la compression, le massage et les mouvements. Les résultats fournis par ce dernier mode de traitement sont très supérieurs à ceux que donne le traitement par l'immobilisation, ainsi qu'on peut en juger par le tableau suivant qui résume la communication de M. Tidanus :

Traitement par l'immobilisation et les moyens de coaptation extérieurs.

DURÉE du TRAITEMENT.	ANGLE DE FLEXION — MOUVEMENT ACTIF		ANGLE DE FLEXION — MOUVEMENT PASSIF		Différence de poids que le membre normal peut lever en comparaison du membre malade.	DISTANCE des FRAGMENTS.	
	Genou normal.	Genou malade.	Genou normal.	Genou malade.		Extension.	Flexion.
I. — 3 mois.	57°	57°	39°	32°	2 kil.	0cm	1/2cm
II. — 2	67	119	40	86	10	1	1,8
III. — 9	44	113	32	97	1	2	3
IV. — 2 1/2	51	71	44	54	4 1/2	1,7	2,8
V. — 3	57	86	45	78	2	1,4	2,8
VI. — 10	60	74	48	64	2	0,5	1
VII. — 3	60	90	50	70	»	8	10
VIII. — 7	65	55	50	50	1	0,5	2
Moy. : 5 mois.	57	83	49	66	3	2	4

Traitement par la compresssion, le massage et les mouvements.

I. — 48 jours.	45°	48°	42°	35°	2 kil.	0,8	1,5
II. — 43	57	60	45	48	2	»	»
III. — 42	50	90	40	80	3	0,05	0,1
IV. — 30	70	70	45	60	0	0	0
V. — 35	40	100	25	95	10	2	4
VI. — 49	70	90	55	85	4	1,5	5,5
Moy. : 41 jours.	55	76	42	86	3,5	0,72	2

M. GUSTAVE RICHELOT fait une communication sur l'état fonctionnel du membre inférieur à la suite des fractures transversales de la rotule. Voici les conclusions de ce travail :

Conclusions. — L'impotence fonctionnelle du membre inférieur, à la suite des fractures transversales de la rotule, ne dépend pas de l'absence de consolidation osseuse. La distance entre les fragments rotuliens, la longueur du cal fibreux ne sont ici que des éléments secondaires.

Presque tous les chirurgiens ont vu des malades marcher fort bien avec des écartements considérables, et d'autres se mouvoir à peine avec des fragments peu éloignés ou même se touchant. Ce défaut de rapport entre l'étendue de la pseudarthrose et le degré de la gêne fonctionnelle nous oblige à chercher ailleurs l'élément essentiel de l'impuissance du membre.

L'*atrophie du triceps*, très variable de gravité, mais très habituelle après les fractures de la rotule comme après toutes les arthrites du genou, est le fait principal qui règle ordinairement, par son intensité et sa persistance plus ou moins grandes, l'intensité et la persistance de la gêne fonctionnelle.

L'écartement détruit ou relâche l'insertion du droit antérieur, qui est à peine le quart de la masse du triceps; le mouvement d'extension en est affaibli. Mais les vastes interne et externe sont toujours en continuité avec les bords latéraux du fragment inférieur, et, s'il n'y a pas d'atrophie, ont toute la puissance nécessaire pour assurer les fonctions du membre.

Il y a des cas où la déchirure des liens fibreux est extrême, et où le muscle est assez bien bien conservé. Force est bien alors d'attribuer un grand rôle à la solution de continuité; mais ces cas sont exceptionnels.

Le plus souvent, les parties fibreuses latérales sont conservées; il n'y a pas de solution de continuité absolue entre la cuisse et la jambe : inutile, en pareil cas, de multiplier les appareils et de s'ingénier à mettre les fragments au contact parfait; encore plus inutile de faire une arthrotomie qui, sans parler des risques opératoires, paraît superflue si le triceps est en bon état, illusoire s'il est atrophié. Après l'immobilité dans un appareil et l'emploi des moyens de coaptation les plus simples, il faut surtout penser au triceps, et, comme l'atrophie n'est pas incurable, instituer un traitement qui réponde à l'indication pressante et rétablisse les fonctions musculaires.

DISCUSSION

M. LARGER s'associe aux conclusions formulées par M. Richelot. C'est aussi, dit-il, une question de terrain, de constitution du

sujet. Quand, par exemple, il y a de l'arthrite sèche, le pronostic est toujours défavorable ; malgré la consolidation, la marche est impossible. D'autre part, il y a des malades qui n'ont pu obtenir de consolidation, conservent un écartement considérable et marchent très bien. Tel un malade, déjà présenté par M. Larger en 1883 à la Société de chirurgie, qui a eu trois fractures de la rotule. A la suite de la dernière fracture il n'y eut aucune consolidation ; il est arrivé un écartement énorme et ce malade marche très bien, soulève des poids, monte et descend les escaliers, avec le fragment supérieur de la rotule au niveau de la partie inférieure de la cuisse.

M. ZIEMBIEÇKI (de Varsovie) dit que des cas semblables plaident en faveur de l'abstention. Toutefois ce sont des cas exceptionnels. Il est indiqué d'agir dans les cas récents, M. Ziembieçki, dans un cas récent de fracture transversale de la rotule, a tenté de faire la suture; il fut impossible de rapprocher les deux fragments; tous les fils ont cassé. Le malade a bien guéri de son arthrotomie, mais cette grave opération a été tout à fait inutile. Le malade n'en a pas moins bien marché. Il était donc inutile de lui faire courir les dangers d'une arthrotomie.

M. Ziembieçki se demande pourquoi on n'emploierait pas, dans les cas de fractures de la rotule, un procédé proposé dans les cas de hernie, c'est-à-dire des injections d'alcool ou d'acide phénique autour du sac herniaire. Ces injections auraient pour but de déterminer une induration de la synoviale qui faciliterait l'ankylose si favorable à la solidité du membre.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE serait disposé à adopter le massage et les mouvements prématurés proposés par M. Tidanus. Il rappelle l'opinion qu'il a déjà exprimée relativement au malade de M. Larger, à savoir que ce malade est un acrobate. C'est là, en effet, une question d'éducation, semblable à celle qui consiste à faire marcher sur les mains. Il n'en est pas moins vrai que la suture de la rotule a, dans un grand nombre de cas, donné de très bons résultats, que c'est une bonne opération et que, contrairement à l'affirmation de M. Richelot, le résultat fonctionnel ne dépend pas uniquement de l'état des muscles.

COMMUNICATIONS

De la non-consolidation des fractures. — M. VIARD (de Montbard) lit une note relative à l'histoire des non-consolidations des fractures et des pseudarthroses qui en sont souvent la conséquence. Il communique six observations. Il conclut en disant qu'il ne faut pas se hâter de recourir aux opérations sanglantes quand il y a un retard de la consolidation, qu'il y a avantage à temporiser.

Localisations osseuses et articulaires de la syphilis tertiaire. — M. MICHEL GANGOLPHE (de Lyon) lit un travail intitulé : *Contribution à l'étude des localisations osseuses et articulaires de la syphilis tertiaire*. Voici les conclusions de ce travail :

CONCLUSIONS. —1° *Localisations osseuses de l'ostéomyélite gommeuse des os longs*. — *A*. La rareté des observations d'ostéomyélite gommeuse des os longs paraît tenir à l'insuffisance des recherches nécroscopiques. Ces lésions, généralement multiples, existent souvent, du reste, à l'état latent.

B. Elles sont caractérisées au point de vue macroscopique :

(*a*) Par les porosités, les vermoulures, les trous et les tunnels qui sillonnent la coque diaphysaire, les productions osseuses nouvelles et font communiquer les espaces sous-périostiques avec le canal médullaire généralement dilaté.

(*b*) Par la coloration jaune rosé ou jaune d'or de la substance qui remplit ces cavités et sinus intra-osseux ;

(*c*) Par leur sécheresse ;

(*d*) Par la rareté des séquestres de quelque étendue.

Ces lésions sont encore remarquables au point de vue *histologique :*

1° Par l'existence d'un tissu fibrillaire, adénoïde, contenant dans ses mailles une masse considérable de petits éléments cellulaires, dont une partie est en voie de désintégration granuleuse ; à la périphérie des lésions existe souvent un processus de limitation scléreuse.

2° Par l'absence de lésions notables du système vasculaire.

C. La séparation des parties osseuses atteintes d'ostéomyélite gommeuse paraît due à un processus de sclérose osseuse et fibreuse.

D. Les fonctions hématopoiétiques de la moelle osseuse permettent de considérer ces lésions comme offrant de grandes analogies avec celles des ganglions de la rate.

E. La syphilis tertiaire rend les os plus fragiles par ses manifestations locales ; l'existence d'une atrophie, d'une raréfaction générale du squelette est encore à démontrer. Aucun fait anatomo-pathologique n'établit l'existence d'une fracture par raréfaction simple, sans lésions localisées.

2° *Localisations articulaires de l'ostéo-arthrite syphilitique*.—*A*. Les lésions articulaires reconnaissant pour cause la syphilis tertiaire ne sont pas *primitives*, mais *consécutives* à un syphilome épiphysaire ou juxta-épiphysaire. Il n'est pas démontré que des dépôts gommeux extra-osseux, sous-synoviaux aient pu déterminer une arthrite secondaire. Nous pensons qu'il n'existe qu'un seul type d'arthropathe syphilitique tertiaire, c'est l'*ostéo-arthrite*.

B. Les lésions se présentent avec des caractères différents, suivant qu'on les étudie à la période de *début*, d'*état* ou de *guérison*.

1° Le début de l'affection est marqué par l'apparition et le développement d'un tissu gélatineux, rosé, dans la région épiphysaire ou juxta-épiphysaire. Peu à peu l'altération s'étend du côté du cartilage diarthrodial, qui est aminci, érodé, et finalement perforé. Toutefois on note dans certaines circonstances l'enkystement du syphilome, dont la périphérie s'entoure de tissus fibreux et d'une zone éburnée.

2° La période d'*état* est caractérisée par l'augmentation de nombre et de calibre des ulcérations, des perforations du cartilage, en même temps que par la destruction d'une étendue plus ou moins considérable de l'extrémité articulaire. La perte de substance qui en résulte est tapissée par une néo-membrane rougeâtre, épaisse, mais nullement fongueuse.

La synoviale est épaissie, enflammée ; un liquide séro-purulent assez abondant remplit la jointure. Les ligaments, généralement intacts, ne sont guère atteints que dans le cas où l'altération gommeuse s'attaque à leurs insertions sur le tissu osseux.

Il n'y a pas de fongosités ; de plus, les parties du cartilage diarthrodial respectées par les lésions sont adhérentes au tissu spongieux sous-jacent, contrairement à ce qu'on observe dans les ostéo-arthrites tuberculeuses.

3° Après avoir détruit la majeure partie d'une extrémité articulaire, ces lésions peuvent guérir soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement spécifique.

Dans les points où le cartilage diarthrodial a disparu, le tissu spongieux épiphysaire, plus ou moins profondément entamé, est éburné, irrégulier, recouvert par une nouvelle synoviale fibreuse, très résistante.

Les îlots cartilagineux persistants sont inégalement proéminents, séparés par des dépressions étoilées.

L'articulation paraît contenir une sérosité normale, et possède à un tel degré l'intégrité de ses fonctions physiologiques, qu'il est difficile de soupçonner sur le vivant l'étendue des lésions.

On observe généralement sur le même sujet et quelquefois sur le même segment du squelette le syphilome épiphysaire et l'ostéomyélite gommeuse diaphysaire. Ces foyers gommeux épiphysaires sont le plus souvent multiples.

C. Au point de vue clinique, l'ostéo-arthrite est caractérisée par la *déformation* plus ou moins marquée des extrémités articulaires et quelquefois par une tuméfaction diaphysaire ; par un épanchement de nature et de quantité variables ; par des craquements, par la multiplicité des articulations atteintes, et l'indolence relative des lésions.

D. Toute intervention opératoire nous paraît formellement contre-indiquée.

Traitement du pied bot par le massage. — M. DELORE (de Lyon), après un rapide exposé des diverses espèces de pieds bots et de leur origine, arrive aux indications opératoires. Il ne veut parler que du pied bot invétéré. Pour le pied bot simple, en effet, il suffit d'une ou de plusieurs sections tendineuses. Pour les pieds bots invétérés, ces sections tendineuses ne suffisent pas, il faut y ajouter le massage forcé fait avec la main, par mouvements saccadés. A quelle époque faut-il faire ce massage? Immédiatement après les sections sous-cutanées. Jamais M. Delore n'a constaté aucun accident en faisant ainsi. Comment agit ce massage? En augmentant l'écartement musculaire, en écartant les tendons divisés, en tiraillant les ligaments. C'est une entorse thérapeutique que l'on produit. Ce massage n'est nullement dangereux. Quelles sont les précautions à prendre? Il ne faut pas employer une trop grande force. Il faut faire tenir la jambe par un aide, de façon que les mouvements ne se fassent pas dans l'articulation tibio-tarsienne. C'est ce que M. Delore appelle la limite de protection. On n'obtient pas toujours un redressement complet; il faut alors faire de nouvelles sections tendineuses et le massage recouvre toute sa puissance. Quand le résultat a été obtenu, il faut appliquer un bandage silicaté. M. Delore cite l'exemple d'un garçon de vingt-huit ans qui avait un pied bot varus équin des plus accentués. Ce malade, grâce à sept opérations et au massage, a aujourd'hui un pied absolument droit. Le traitement a duré un an. C'est un résultat des plus remarquables.

Tumeurs blanches. Ostéites chroniques. — M. POULET fait une communication sur les troubles de nutrition des os et des articulations d'origine nerveuse dans les tumeurs blanches et les ostéites chroniques.

Sa conclusion, relativement à l'intervention chirurgicale, est que, lorsqu'il y a des altérations profondes osseuses ou articulaires, il vaut mieux abandonner les résections partielles, telles, par exemple, que la tarsectomie.

Diagnostic de certaines variétés d'ostéomyélite. — M. TRÉLAT appelle l'attention sur une forme d'ostéomyélite trompeuse, torpide, insidieuse, latente. Il en a récemment observé 2 exemples. Premier fait : garçon de seize ans, pas d'antécédents de syphilis; le 10 novembre 1884, il s'aperçoit que le bas de sa jambe gonfle; il entre à l'hôpital, après plusieurs examens, M. Trélat porte le diagnostic d'ostéomyélite profonde du péroné. Il l'opère le 19 décembre et trouve deux foyers d'ostéomyélite nécrosive parfaitement caractérisée, évidement total, guérison complète. Second fait : vingt-deux ans, scrofuleux, pas d'antécédents spécifiques, gonflement de la jambe, amélioration passagère par des pointes de feu; récidive; petit abcès, grattage, guérison, retour des accidents, opération, extraction d'un séquestre volumineux occupant la partie supérieure de l'épiphyse tibiale, découverte d'un nouveau foyer d'abcès osseux dans la diaphyse, évidement total, guérison.

Ces cas sont peu signalés. James Paget en a parlé. M. Trélat insiste sur un caractère précieux, dans ces cas : l'augmentation du volume de l'os et, conséquemment, l'importance de la mensuration des os. En outre, en pressant on finit par trouver un point fixe extrêmement douloureux. L'évidement ici donne les meilleurs résultats.

M. OLLIER rappelle avoir signalé depuis longtemps certaines formes latentes d'ostéomyélite dans lesquelles l'affection peut rester endormie pendant plus de soixante ans, comme dans un cas qu'il a récemment observé.

Résection précoce dans l'ostéomyélite aiguë des os longs. — M. CERNÉ (de Rouen) fait une communication sur la résection précoce dans l'ostéomyélite aiguë des os longs pendant la croissance avec suppuration de l'articulation voisine. Voici les conclusions de ce travail :

1° La résection précoce dans l'ostéomyélite aiguë des os longs pendant la croissance peut être substituée à l'amputation dans la plupart des cas où celle-ci a été jusqu'ici regardée comme nécessaire ;

2° La résection peut et doit être limitée à l'ablation des parties vouées à la mortification, si l'affection est limitée à l'os ;

3° L'envahissement de l'articulation voisine n'est pas une contre-indication à l'opération, qu'elle rend plutôt urgente.

Gastrotomie. — M. PÉAN fait une communication sur le choix des procédés dans la gastrotomie appliquée au traitement des tumeurs pelvi-abdominales.

La séance est levée.

VARIÉTÉS.

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

XLII

18 janvier 1812. — L'archevêque de Valence, vieillard octogénaire, qui s'était absenté pendant le siège, rentre dans cette ville, appelé par le maréchal; tous les notables et le clergé se rendent à la porte San-Vicente pour recevoir le vénérable prélat; les cloches sonnent à toute volée et un concours prodigieux d'habitants et de nos soldats remplit les rues depuis la cathédrale jusqu'à la porte de la cité.

31 janvier. — La disette se fait sentir d'une manière affligeante dans la population ouvrière.

5 février. — Le maréchal Suchet reçoit la nouvelle de son élévation à la dignité de duc d'Albufera. Le lac de l'Albufera, situé aux environs de Valence, est fort vaste et en communication avec la mer, peuplé d'oiseaux aquatiques et entouré d'immenses rizières, donnant un revenu de 400000 francs. Lorsque le maréchal quitta sa belle conquête du royaume de Valence, il ne conserva que le nom de son duché.

29 mars. — Le premier chirurgien de l'empereur, le baron Boyer, mon ancien professeur à l'hôpital de la Charité, arrive à Valence pour opérer le maréchal d'une fistule à l'anus; l'opération fut pratiquée avec succès et très largement rétribuée. Boyer resta dix jours à Valence; l'empereur lui donna 40000 francs pour son déplacement, et le maréchal 40000 francs pour l'opération. Boyer confia le pansement, qui dura quinze jours, à son gendre Roux qui fut gratifié de 15000 francs. Voilà de la chirurgie lucrative.

J'ai revu plusieurs fois à Paris le professeur Boyer, qui m'accueillit toujours comme son ancien élève privilégié.

8 mai. — La misère du peuple valencien est à son comble; le froment se vend 450 piécettes le *cahile* qui pèse 3 quintaux; les malheureux mangent les herbes des champs comme les animaux; la figure des mendiants qui à tout instant nous tendent la main, porte un cachet effrayant : les yeux enfoncés dans les orbites, le regard abattu, les joues creuses, les alvéoles saillantes, le teint sale et livide, les membres décharnés : tout présage chez eux une destruction prochaine : j'en ai vu expirer dans la rue. A chaque instant du jour le son des cloches ou l'escorte funèbre du Saint-Sacrement annonce la mort d'un de ces infortunés.

14 juillet. — Je reçois l'ordre de partir sans délai et en poste pour Mequinenza, place forte de l'Aragon, à 50 lieues de Valence, afin d'y constater une épidémie dans la garnison : le soir même, je pars avec une escorte de deux hussards; je passe par Murviedro, Castellon de la Plana, Beni Carlo, Uldecoma, Tortose, Xerta, Pinel et Batea. J'arrive à Méquinenza le 18 ; j'y apprends que la garnison et les habitants jouissent d'un bon état sanitaire. Pendant les mois d'avril et mai, une fièvre d'hôpital épidémique avait fait plusieurs victimes ; elle y avait été apportée par le 7e de ligne italien, et elle avait cessé lorsque ce régiment était parti.

Méquinenza est une petite ville située près du confluent de la Sègre avec l'Èbre, au pied et sur le revers d'une montagne cal-

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 31 mars 1885.

caire aride, dont la crête est couronnée par des fortifications : celles-ci furent prises par nos troupes en 1810, après trois heures de canonnade d'une batterie établie sur un plateau qui domine le côté opposé à l'Èbre. La fièvre intermittente y est moins fréquente que dans d'autres localités riveraines de l'Èbre.

22 juillet. — Je rentre à Valence : on venait d'apprendre le beau succès de nos soldats à Castalla, dont mon journal porte le bulletin détaillé. Depuis le commencement de mars, le général Harispe, pour assurer les subsistances de sa division, avait établi son cantonnement en avant-garde aux environs d'Alcoy.

L'armée ennemie, qui depuis six mois s'organisait pour une attaque, voulut signaler l'acceptation de la nouvelle constitution (junte de Cadix) par une affaire générale. Le 20 juillet, elle se mit en mouvement, et, dans la nuit du 20 au 21, le général Delor, commandant notre cavalerie, fut instruit de son approche; sept compagnies du 7e de ligne, 100 cuirassiers du 13e régiment étaient les seules forces à sa disposition, à Castalla, loin de son cantonnement. Le colonel Mesclop était à Ibi avec tout le 44e de ligne et 60 cuirassiers; des ordres furent donnés dans les divers cantonnements pour exécuter un mouvement concentrique vers Castalla et Ibi, qui furent les deux points attaqués. L'armée espagnole, forte de 20 000 combattants, s'avança sur trois colonnes, dont la première sortie d'Alicante avec 6 000 hommes se porta sur Ibi; la deuxième, composée de 10 000 fantassins, 300 cavaliers et 2 pièces d'artillerie, marcha sur Castalla par Novelda; la troisième qui, heureusement pour nous, eut un retard, devait partir de Villena avec 2 000 hommes et 800 chevaux, et se porter sur Biar pour s'opposer au mouvement du 24e dragons cantonné dans ce village. Le 21 juillet, au point du jour, l'ennemi se trouvait en bataille vis-à-vis Castalla. Le général Delor abandonna momentanément le bourg et prit position en arrière. Les Espagnols occupèrent le village; bientôt, le colonel Mesclop, quoique attaqué, lui aussi, envoya un bataillon du 44e au général Delor, et les dragons, partis au galop de Biar, se présentèrent en vue de Castalla. Le général charge avec impétuosité la ligne ennemie; les cuirassiers rentrent dans le village, renversent et sabrent tout ce qui s'oppose à leur élan : les dragons, de leur côté, disposés sur deux de front à cause de l'étroitesse d'un pont à passer, se précipitèrent avec une audace inouïe sur l'artillerie espagnole dont ils sabrèrent les canonniers, chargèrent ensuite un régiment de gardes wallonnes qui avait formé le carré, l'enfoncèrent, rompirent deux autres carrés et mirent l'ennemi en pleine déroute. J'ai entendu le général Harispe déclarer que cette charge des dragons était un des plus beaux faits d'armes de nos fastes militaires. Dès que le bataillon du 44e vit que la victoire était décidée en notre faveur à Castalla, il reprit le chemin d'Ibi, où cinq compagnies tenaient tête à toute la garnison d'Alicante; celle-ci s'était emparée du village, mais un fort résistait encore et ne cessait pas de tirer sur les Espagnols. Sur ces entrefaites, le général Harispe, parti d'Alcoy avec deux compagnies du 116e de ligne, 60 cuirassiers et 2 pièces d'artillerie, arrivèrent en vue d'Ibi. Il fit placer sa troupe sur une hauteur qui flanquait l'ennemi : le feu de ce renfort fut si nourri, si meurtrier, que les Espagnols, abandonnant Ibi, exécutèrent la retraite par des sentiers rocailleux où notre cavalerie ne put les poursuivre. Les résultats de cette affaire ont été 2 600 prisonniers, 800 hommes tués, prise de trois drapeaux, de deux pièces de canon avec leurs caissons. De notre côté, 48 morts dont 1 officier de dragons et 4 officiers d'infanterie. Cette bataille, si elle eût été perdue, aurait peut-être obligé notre armée à se replier vers l'Aragon.

14 août. — Une armée de 15 000 hommes a débarqué au port d'Alicante ; c'est une armée anglaise composée de Siciliens, de Calabrais et de régiments irlandais. Nos troupes font un mouvement pour aller l'observer. Le maréchal part de Valence ; la division d'avant-garde quitte Alcoy pour prendre des positions en avant de Xucar.

16 août. — Tout annonce une attaque prochaine de la part de l'ennemi, dont les forces s'élèvent, dit-on, à 30 000 hommes. Nous sommes réduits à 12 000, mais nous attendons des renforts de l'Aragon et de la Catalogne : retour du maréchal dans l'après-midi du 16.

17 août. — Un pont est jeté sur le Xucar près d'Albérique, afin de disposer de la route royale de Madrid. Le général Paris arrive avec un renfort de 3 000 hommes : on tire le feu d'artifice pour la fête de l'empereur, qui avait été ajournée.

On dit que l'armée du Centre, commandée par Marmont, a éprouvé un grave échec près de Salamanque (bataille des Arapiles) de par le général anglais Wellington : on assure que le maréchal Soult aurait refusé le concours de son armée d'Andalousie à l'armée du Centre, dont le roi Joseph est le commandant supérieur.

18 août. — Une brigade de 4 000 hommes arrive de l'armée de Catalogne comme renfort. Le maréchal repart et établit son quartier général à San-Felipe ; on évacue sur Murviedro et Peniscola le trésor, les magasins, l'artillerie.

19 août. — L'ennemi, au lieu de nous attaquer, nous a débordés et s'est porté sur Almanza. Les bruits fâcheux sur la défaite de notre armée du Portugal et du Centre se confirment : on présume que ce mouvement de l'ennemi a pour but d'empêcher la retraite du roi Joseph sur Valence.

20 août. — Je reçois l'ordre de me rendre au quartier général à San-Felipe : on passe par Catarroja, village habité par les pêcheurs et chasseurs du lac d'Albufera, Albérique où l'on vient d'établir le pont sur le Xucar.

22 août. — On apprend l'entrée des Anglais dans Madrid, et le mouvement de retraite de l'armée du Centre et du roi sur Valence.

24 août. — Le maréchal part pendant la nuit pour aller à la rencontre de S. M. C., que l'on dit être à Almanza. La division Harispe est envoyée pour tourner l'arrière-garde de l'armée royale.

26 août. — Notre armée a fait sa jonction avec celle du roi : l'ennemi se retire en hâte sur Alicante.

27 août. — Le roi Joseph arrive à Saint-Philippe avec sa garde affamée et ses ministres : il est accompagné d'un convoi interminable, composé de 8 à 10 000 personnes, tant Français qu'Espagnols, et de 1 200 voitures... Quel encombrement ! quel désordre ! J'ai le plaisir d'embrasser deux officiers, mes compatriotes. Je suis autorisé à regagner Valence.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 3 avril 1885, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Fluteau, pour la 16e batterie d'artillerie de forteresse ; Mareschal, pour accompagner des batteries d'artillerie au Tonkin. — M. le médecin aide-major de première classe Bonnet, pour le bataillon du 111e d'infanterie, détaché au Tonkin.

— M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, recommencera, à cet hôpital, ses leçons cliniques lundi prochain, 13 avril 1885, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Verrier commencera un cours pratique d'accouchements et de manœuvres le lundi 13 avril prochain, à cinq heures et demie, 93, boulevard Saint-Germain et le continuera tous les jours à la même heure, le jeudi excepté. — Examen comparatif des méthodes, procédés et instruments employés en obstétrique.

On s'inscrit chez M. Verrier, 129, rue Saint-Honoré, les lundis, mercredis et vendredis, de trois à cinq heures.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot 19, rue des Saints-Pères. — 17676.

N° 43. — MARDI 14 AVRIL 1885. 58e ANNÉE. MARDI 14 AVRIL 1885. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital de la Charité. Diagnostic de la fièvre typhoïde dès le premier septénaire. — Congrès français de chirurgie. — Chronique et nouvelles scientifiques.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Diagnostic de la fièvre typhoïde dès le premier septénaire.

Je voudrais aujourd'hui vous parler, à propos de quelques malades du service, du diagnostic de la fièvre typhoïde à la première période, c'est-à-dire dans le premier septénaire, c'est-à-dire avant l'apparition de taches qui sont en quelque sorte la signature de la maladie.

Ce diagnostic est toujours très difficile : aussi beaucoup de médecins attendent-ils cette signature même pour se prononcer. Cependant je crois qu'il est possible de le faire plus tôt dans un assez grand nombre de cas. Je crois que le médecin qui est appelé dès le début de la maladie et qui peut en suivre dès les premiers moments la marche, peut déjà soupçonner tout au moins la fièvre typhoïde, d'après les indications fournies par la température des malades.

En effet, cette température est spéciale dans les quatre premiers jours. Le premier d'entre eux, elle est peu élevée et ne dépasse guère le soir 37°,8. Le lendemain matin, elle baisse à 37°,6 environ ; puis, le soir, elle remonte assez rapidement à 39° ou 39°,4. Le surlendemain, nouvelle rémission à 38 degrés, et le soir surélévation à 40 degrés ; enfin, le quatrième jour, après avoir baissé le matin encore, elle remonte le soir pour atteindre et dépasser même 40 degrés.

Ce qui caractérise donc la fièvre des premiers jours est une ascension rapide le soir, suivie d'une rémission le matin, rémission qui cependant accuse toujours une température un peu plus élevée que la veille à la même heure.

Concurremment, le pouls ne bat guère plus de 100 à 110 fois, et souvent même moins.

Ces mouvements de la température à eux seuls doivent déjà nous mettre sur la voie de la fièvre typhoïde. Ils sont assez constants d'ailleurs. Mais le plus souvent nous ne sommes guère appelés auprès d'un malade qu'alors que la maladie n'en est plus à ses trois ou quatre premiers jours. Dans ces conditions, le diagnostic est beaucoup plus difficile ; néanmoins on peut encore le faire dans un grand nombre de cas.

Examinons donc quels sont, dans les cas habituels, les phénomènes inhérents à la première période de la fièvre typhoïde.

Habitus extérieur. — Le malade reste dans le décubitus dorsal ; il n'a pas d'agitation ; il se meut avec peine ; sa figure est inerte, indifférente à ce qui se passe tout à l'entour. Quelquefois le bas de la figure revêt une teinte subictérique. Les lèvres sont un peu sèches, les narines présentent également une certaine sécheresse et sont pulvérulentes.

Système nerveux. — De ce côté, on observe une obtusion légère de l'intelligence. Le délire est un phénomène très rare. Mais les réponses sont très brèves, le malade ne rit, ni même ne sourit plus, mais son visage exprime la tristesse. Il se plaint souvent d'une céphalalgie intense, sus-frontale ; il a de l'insomnie, des étourdissements, des vertiges, des bourdonnements d'oreille ; quelquefois un peu de surdité, très rarement des soubresauts des tendons.

Appareil digestif. — Nous trouvons ici de l'inappétence ; les vomissements sont rares ; la langue, rouge sur ses bords et à la pointe, est recouverte ordinairement d'un léger enduit blanchâtre. Quelquefois elle est sèche et poisseuse, surtout le matin. La soif est d'habitude assez vive. Les malades demandent des boissons aigrelettes, acidulées, fraîches. Le ventre est peu tendu, il ne présente qu'un léger tympanisme. A la pression, on détermine quelquefois une légère douleur dans la fosse iliaque droite, et quelquefois aussi à gauche. Le gargouillement, cette sensation de gaz au milieu d'un liquide. est encore peu marqué dans la fosse iliaque droite. Au début, il y a encore de la diarrhée, mais celle-ci n'est généralement pas abondante. Les malades n'ont guère plus de trois, quatre ou cinq selles par jour. Les matières fécales revêtent la couleur jaune grisâtre d'une purée de haricots. Elles n'ont point la fétidité que l'on remarque plus tard, alors qu'il existe des ulcérations intestinales avec escarres. Il n'y a pas non plus d'hémorrhagie dans cette première période.

Mais un phénomène important dès le début, c'est la tuméfaction de la rate, tuméfaction que l'on rencontre presque toujours, dix-neuf fois sur vingt.

Quant au foie, il ne présente rien de particulier.

Appareil circulatoire. — Nous avons déjà parlé, en commençant cette leçon, de la fièvre qu'on observait dès le début, fièvre qui précède tous les autres symptômes, et que n'explique encore aucune lésion apparente. Il est néces-

saire, néanmoins, de revenir sur quelques-uns de ses caractères.

Cette fièvre s'annonce par un malaise général, une sensation de chaleur générale aussi ; la peau est chaude, sèche, très rarement en moiteur. Comme dans toute pyrexie, on constate une élévation considérable de la température qui atteint et dépasse même 40 degrés, se continuant souvent jusqu'au vingt et vingt-unième jour, température qui présente des rémissions le matin et des relèvements le soir de 5/10e à 10/10e de degré. Ces oscillations du matin au soir sont régulières. D'autre part, le pouls est assez large, peu résistant, peu fréquent, quelquefois dicrote. Les pulsations varient comme nombre, entre 80, 90 et 100 ; rarement elles dépassent ce dernier chiffre ; plus rarement encore elles atteignent 110.

Dans ce dernier cas, le pronostic est grave, la maladie dangereuse.

Il y a donc généralement défaut de parallélisme entre le pouls et la température, et c'est là un des meilleurs signes distinctifs de la fièvre typhoïde dans la première période.

Appareil respiratoire. — La respiration est généralement assez nette. Quelquefois il existe une toux légère ; quelquefois aussi à l'auscultation on entend des râles sibilants en avant et en arrière. Parfois les malades ont des épistaxis ; ceux-ci cependant ne sont pas constants. Mais ce qu'on observe plus fréquemment, c'est une rougeur du pharynx, de l'isthme du gosier ; dans certains cas même on aperçoit des ulcérations, voire même des fausses membranes.

Appareil urinaire. — Les urines sont importantes à examiner. La quantité quotidienne est diminuée, tombant de 1 200 ou 1 500 grammes, chiffre moyen, à 1 000, 800, 600, et même quelquefois 500 grammes seulement. Leur couleur est plus brune, plus foncée, comme du bouillon gras. Leur densité est augmentée, soit 1 025 à 1 030, au lieu de 1 014 à 1 018.

Elles renferment souvent une petite quantité d'albumine non rétractile, résultant de l'état du sang et non d'une lésion rénale. Elles contiennent aussi de l'indicant et un excès d'acide urique (0gr,75 à 1 gramme au lieu de 0gr,30 à 0gr,40).

Si, dans un verre contenant l'urine d'un malade atteint de fièvre typhoïde, on verse de l'acide nitrique, on voit quatre couches se former assez nettement : une couche inférieure formée par l'acide nitrique et l'indicant ; une seconde couche opaque formée par l'urine albumineuse ; une troisième couche transparente ; une quatrième, enfin, opaque, et dont l'épaisseur est en raison même de la quantité d'acide urique contenu dans l'urine.

Ces caractères sont très importants pour faciliter le diagnostic de la fièvre typhoïde au début.

Quant aux raies dites cérébrales que l'ongle peut tracer sur la peau de l'abdomen, lentes à paraître, persistant pendant quelques minutes, elles ne sont pas constantes. Elles peuvent s'observer dès le troisième jour. Elles tiennent à une paralysie des vaso-moteurs.

Tels sont les phénomènes qui permettent, dans un assez grand nombre de cas, de diagnostiquer à son début, dès le premier septénaire, une fièvre typhoïde.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Première séance du 9 avril. — Présidence de M. Rochard.

DU MEILLEUR PANSEMENT A EMPLOYER DANS LA CHIRURGIE D'ARMÉE EN CAMPAGNE

M. Alphonse Guérin s'applique à démontrer que le pansement ouaté est plus favorable pour le transport des blessés qu'aucun autre. Sa doctrine n'est ni celle de Lister, ni celle de Pasteur ; elle est celle-ci : l'air extérieur contient des micro-organismes dangereux pour les plaies et les blessures ; il faut donc les en préserver, c'est ce que fait le pansement ouaté. M. Guérin cherche à démontrer qu'avec le pansement qu'il a inventé, le transport des blessés devient facile. Ceux qui l'ont vu à l'hôpital savent que l'application du pansement ouaté n'est nullement douloureuse.

On se fait difficilement une idée de la solidité que l'on peut donner à ce pansement, et, par suite, de l'immobilisation dans laquelle on peut maintenir des os fracturés. A plus forte raison en est-il de même pour les parties molles. Une fois le pansement appliqué, il n'y a plus la moindre douleur. Ainsi, en même temps qu'on soustrait la plaie au contact des corps extérieurs, on met les parties lésées sûrement à l'abri du mouvement et de la douleur. On peut, par ce moyen, faire voyager des blessés sans aucun danger. Les chirurgiens militaires avoueront que ce n'est pas là un petit résultat. On a objecté qu'il fallait trop d'ouate ! M. Guérin répond à cela que, dans les commencements, il mettait trop d'ouate et trop de bandes ; c'était une erreur. Qu'arrivait-il ? Il n'y avait pas une compression suffisante ; or il faut une compression élastique. M. Guérin n'insiste pas sur la technique du pansement qu'il a longuement décrite. Il affirme que, sur les champs de bataille, l'ouate comprimée est un pansement possible et facile.

M. Bousquet passe en revue les divers pansements antiseptiques les plus faciles à employer en campagne et se montre partisan du paquet du soldat.

M. Arragon (d'Alençon) préconise un pansement à la valériane, qui est surtout efficace pour calmer la douleur.

M. Audet (de Saint-Cyr) fait une communication qu'il termine par les conclusions suivantes :

Conclusions. — Pour décider quel est le meilleur pansement à employer dans la chirurgie d'armée en campagne, il faut se pénétrer des conditions du milieu : activité fébrile pendant les combats, encombrement après la bataille, impossibilité fréquente des évacuations, installations défectueuses, transports pénibles et très longs.

La base de toute chirurgie d'armée, c'est l'organisation du service de santé : tant vaut la direction sanitaire, tant valent les résultats. Les guerres de Crimée, d'Amérique, de 1870 en France et en Allemagne le prouvent. Partout où la direction médicale a existé, les résultats ont été bons sans antisepsie, grâce à l'hygiène chirurgicale seule.

Actuellement la chirurgie antiseptique s'impose : les conditions générales subsistent, mais grâce à elles les conditions de détail peuvent être améliorées.

Or le détail de l'action chirurgicale est triple pour le chirurgien ; il doit savoir : 1° quand il faut pratiquer une opération ; 2° comment il faut la pratiquer ; 3° comment il faut soigner après l'opération. C'est là toute la chirurgie.

Nous ne parlerons pas de la chirurgie opératoire pure, qui cependant joue un très grand rôle dans l'éducation d'un chirurgien militaire ; nous ne discutons qu'un point : *le pansement*.

Il doit être antiseptique.

Quand peut-on appliquer l'antisepsie ? Comment peut-on l'appliquer, effective ? On a parlé de donner aux soldats une cartouche à pansement ; le moyen nous paraît infidèle et inapplicable. Sur le champ de bataille, même au poste de secours, si le soldat ne s'est pas déjà servi de sa bande pour un autre usage, tout panse-

ment est impossible ; on ne peut que maintenir un membre fracturé et porter rapidement le blessé hors de la zone du feu et des fluctuations du combat.

A l'ambulance divisionnaire, grâce au personnel et au matériel supplémentaires fournis par les hôpitaux de campagne, on peut, on doit traiter à fond.

Pour les plaies des parties molles en général, le pansement est moins important, le blessé peut se mouvoir ; donner trop de temps à ces blessés nombreux serait s'encombrer volontairement.

Les fractures, les plaies d'opération, sont les blessures à protéger contre l'infection ; elles constituent un tiers des blessés au maximum.

L'antisepsie du pansement, en dehors de l'exploration et de l'opération qui doivent être toujours antiseptiques, peut être effectuée de deux manières :

Antisepsie par l'emploi d'un médicament antiseptique ;

Antisepsie par occlusion.

La gaze antiseptique appliquée, suivant l'usage de Lister, sur une surface peu considérable autour de la plaie, ne peut convenir qu'à la chirurgie sédentaire ou bien au pansement des plaies des parties molles ; le moindre déplacement du blessé suffira, dans les fractures des membres, pour laisser l'air passer entre la peau et le pansement ; l'antisepsie n'existera plus.

Le pansement ne peut être réellement antiseptique que s'il est *occlusif*.

Pour les fractures, l'occlusion peut se faire au moyen de l'ouate, même non antiseptique, comprimée en forme de feutre imperméable, élastique, et coupée en larges bandes. Chaque pansement préparé d'avance doit former un petit paquet, recouvert d'un papier et étiqueté, afin de permettre un transport facile, un classement régulier et un emploi rapide.

Ce pansement permanent, serré sur tout le pied, et jusqu'au-dessus du genou pour une fracture de la jambe, par exemple, permet une immobilisation douce au moyen d'une gouttière ou de tout autre appareil extemporané, et un transport à longue distance, sans nécessiter aucune intervention du chirurgien.

M. BEDOIN, partisan du paquet du soldat, c'est-à-dire que chaque soldat porte sur lui ses pièces de pansement en cas de besoin, a cherché à réaliser un pansement aussi léger et aussi peu volumineux que possible. Il fait observer, en effet, que le pansement antiseptique classique est inapplicable dans la chirurgie d'armée ; Lister lui-même le reconnaît. Quant au pansement de M. Guérin, il est trop volumineux.

Le pansement à l'alcool n'est ni un pansement sec, ni un pansement rare. L'amadou salicylé, l'étoupe antiseptique (de Thomas), réalisaient déjà un progrès. Mais M. Bedoin croit avoir fait mieux encore en proposant le papier non collé et purifié ou rendu antiseptique par une préparation de sublimé, d'acide phénique ou d'acide borique, selon les préférences des chirurgiens. Chaque feuille de papier mesure 40 centimètres carrés. Avec huit feuilles, on peut facilement recouvrir et protéger un moignon de cuisse. Il suffit d'appliquer de la gutta-percha par-dessus le papier. Ces huit feuilles peuvent être pliées et contenues dans un paquet très petit et très léger, que le soldat peut avoir dans une poche ou dans la doublure de sa manche. M. Bedoin présente des échantillons de ce papier-pansement.

M. DELORME n'est pas partisan du paquet antiseptique du soldat, qu'il considère comme une surcharge inutile. D'après lui, les pansements doivent varier selon qu'il s'agit des ambulances de l'avant ou des hôpitaux de l'arrière, et selon que le blessé devra être envoyé au loin ou transporté dans le voisinage. Les blessés des parties molles devront être envoyés au loin ; il faudra alors avoir recours à un antiseptique peu énergique, mais durable, à l'iodoforme par exemple. Pour les fracturés, il faut une immobilisation rigoureuse ; le pansement ouaté remplit seul cette condition, d'une façon satisfaisante. Lorsqu'il y a des foyers esquilleux, il faut faire des lavages avec la solution phéniquée forte. Les amputés sont transportables grâce au pansement ouaté.

M. LÉOPOLD DEJACE, de Flémalle-Grande (Belgique), fait une communication sur les pansements secs et durables. Voici les conclusions de ce travail :

Conclusions. — Depuis la révolution chirurgicale due à la méthode antiseptique, de notables progrès ont été réalisés sur les procédés primitifs de Lister. Certaines pratiques jugées inutiles ont été supprimées, d'autres modifiées. L'introduction de l'iodoforme a fait faire un pas marquant vers la raréfaction des pansements. Neuber (de Kiel) a modifié la technique du pansement antiseptique de Lister en se servant de certaines substances jouissant de propriétés germicides et hygrophiles, telles que le torfmull et le torfmoos. Mais un pas plus grand vers l'idéal du pansement antiseptique a été fait en Belgique, dès le milieu de l'année 1884, à la clinique de M. le professeur Van Winniwarter (de Liège). Mettant à profit l'importante modification apportée aux pansements de Neuber par le professeur Bruns (de Tubingue), il a supprimé le makintosh extérieur et les toiles imperméables du pansement antiseptique inaugural. Le pansement, humide sous ces enveloppes imperméables, devient sec par leur suppression. Le professeur Van Winniwarter recouvre les plaies de gaze iodoformée et d'un coussin fabriqué avec de la sciure de bois traitée et mélangée de goudron. Par cette méthode, on obtient une occlusion typique des plaies accidentelles et opératoires ; l'exhalation des liquides se fait à la surface du pansement, où tous les produits sécrétés par la plaie viennent s'évaporer et se dessécher. Le pansement, de la sorte, reste sec et devient durable, permanent. Les résultats obtenus par ce procédé dépassent de beaucoup les remarquables résultats que donnaient la méthode de Lister. Le pansement sec et durable trouve les plus heureuses applications dans la pratique hospitalière, mais la chirurgie privée, en ville et à la campagne, peut en retirer de plus grands bénéfices encore. La chirurgie de guerre y trouvera, sans contredit, des avantages inappréciables.

La séance est levée.

Deuxième séance du 9 avril. — Présidence de M. Larrey.

COMMUNICATIONS

Colotomie lombaire et colotomie iliaque. — M. PAUL RECLUS fait, en son nom et au nom du professeur Verneuil, une communication sur la valeur comparée de la colotomie lombaire et de la colotomie iliaque.

Les partisans de la colotomie lombaire invoquent en faveur de cette opération cinq arguments d'importance fort inégale, que l'orateur examine successivement.

1° L'anus lombaire, situé en arrière comme l'anus normal, constituerait une infirmité moins répugnante et moins tolérée par les malades. M. P. Reclus conteste cette proposition ; il cite un certain nombre d'observations de Duret, de Serand, de Miriel, de Verneuil, où rien ne laissait soupçonner l'existence d'un anus iliaque. Il conclut que, toutes choses égales d'ailleurs, on doit préférer à l'anus d'Amussat, l'anus de Littre placé sous les mains et sous les yeux de l'opéré, qui peut alors se livrer lui-même au soin de la propreté la plus minutieuse.

2° Le renversement, le prolapsus de la muqueuse, sa procidence au travers de l'anus artificiel, seraient, dit-on, plus fréquente dans l'anus de Littre que dans celui d'Amussat. Cette assertion est absolument erronée ; la lecture des observations prouve que le renversement est aussi bien la règle dans l'une et dans l'autre colotomie. Allingham, Curling, l'ont observé très souvent dans leur anus lombaire ; Rochard et Verneuil, dans leur anus iliaque. Cette hernie est due à l'étendue de l'incision intestinale ; elle est assez rare lorsque cette incision ne dépasse pas 3 centimètres ; très souvent une procidence muqueuse s'atténue pour disparaître sous l'influence du rétrécissement progressif de l'anus artificiel.

Ce rétrécissement est aussi de règle dans l'anus de Littre et dans l'anus d'Amussat ; il faut aller jusqu'à l'oblitération presque complète de l'orifice artificiel. Renault de Joinville, Nélaton, Curling, M. Richet, en ont vu des exemples. La rétraction inodulaire est très difficile à vaincre, et, dans trois cas, M. Verneuil a dû recourir à une

nouvelle incision. On peut, avec un petit spéculum, vaincre ce rétrécissement ; mais le chirurgien oscille toujours entre deux écueils : orifice trop étroit, issue difficile des matières fécales ; orifice trop large, prolapsus énorme de la muqueuse.

3° La coudure brusque imprimée au côlon, descendant pour l'amener à fleur de peau et le suturer à la paroi abdominale, amène la formation d'un éperon saillant qui fait défaut dans l'anus iliaque. Or cet éperon dérive le bol fécal au dehors et empêche sa pénétration dans le bout inférieur où il provoque de graves accidents : douleurs vives, épreintes, rectites, inflammations diffuses, péritonites mortelles ; dans des fistules vésico-intestinales, l'éperon de l'anus artificiel s'oppose au passage des matières fécales dans le réservoir urinaire. Mais M. Reclus prouve, observation en main, qu'il y a là exagération ; l'éperon de l'anus lombaire n'est pas suffisant pour amener la dérivation complète ; des matières s'engagent dans le bout inférieur. Pour préserver ce passage, il faut pratiquer l'anus iliaque, suivant le procédé de M. Verneuil ; attirer à travers l'incision abdominale une anse de l'S iliaque. On constitue ainsi deux orifices : un supérieur, par où s'écoule la totalité des matières fécales ; un inférieur, qui permet le lavage du segment rectal.

4° Le côlon descendant appliqué contre la paroi postérieure de l'abdomen par une lame péritonéale plus fixe, par conséquent, que l'S iliaque mobile d'un flanc à l'autre, grâce à la laxité de son mésocôlon. Huguier n'a-t-il pas affirmé que, du moins chez les enfants, l'S iliaque était plus souvent dans le flanc droit que dans le gauche? Mais les recherches de Bourcart, de Giraldès, de Curling, ont démontré la fausseté de cette assertion ; l'S iliaque est fixe à gauche, il l'est beaucoup plus même par le côlon descendant ; aussi Curling dit-il qu'il faut avoir recours à l'anus de Littre chez les enfants imperforés.

Et M. Reclus, contre Curling, ajoute : Il en est de même chez les adultes ; la fixité de l'S iliaque est beaucoup plus grande que celle du côlon descendant ; après l'incision, on arrive *toujours* sur l'S iliaque ; on manque *souvent* le côlon descendant ; les opérations incomplètes et manquées ne sont pas rares ; Curling, Allingham, Smith, Trélat, Lockvood, Erskine, Mason, d'autres encore, ont ouvert une ou plusieurs fois l'intestin grêle pour les gros intestins, et la mort rapide fut la conséquence de cette erreur.

5° Le péritoine ouvert dans la colotomie inguinale est respecté dans la colotomie lombaire, de ce fait beaucoup moins dangereuse. La première partie de la proposition est contestable et souvent dans la colotomie lombaire le péritoine est ouvert. Curling, MM. Duménil, Allingham, Trélat, l'ont blessé dans quelques-unes de leur opération. Mais qu'importe, car si dans ces derniers cas la mort a été rapide, ce n'est pas la blessure du péritoine qui en est cause, — on sait qu'on peut le diviser impunément, — c'est que l'opération a été lente, hésitante, mal conduite et que peut-être on a ouvert l'intestin grêle.

Les statistiques nous disent que la mortalité est la même dans les deux opérations, environ 30 p. 100 de léthalité dans les colotomies iliaques-lombaires par cancer ano-rectal. Encore ces statistiques sont-elles fausses au détriment de la colotomie iliaque. Les relevés de Peyrol, ceux de L.-H. Petit, rangent dans la colonne des colotomies iliaques, non seulement l'anus ouvert sur l'S iliaque, mais l'anus de Nélaton, l'entérotomie de l'intestin grêle, dont le pronostic est des plus graves. Il faut donc que la colotomie iliaque proprement dite soit bien peu dangereuse pour qu'on ait pu la charger impunément des désastres de l'entérotomie. N'est-ce pas ce que prouve d'ailleurs la statistique de M. Reclus? En ajoutant les 10 cas de M. Verneuil aux 14 cas de Maydl, on arrive à 24 cas dans lesquels, pour des cancers ano-rectaux, la mortalité a été moindre de 10 p. 100.

Aussi M. Reclus résume-t-il sa communication en disant : L'anus de Littre mieux placé, d'une exécution plus facile et plus sûre, d'une gravité moindre, est et demeure l'opération de choix.

Colotomie lombaire et cæcotomie dans le traitement des ulcérations dysentériques du gros intestin. — M. FOLET (de Lille) fait une communication sur ce sujet. Il rapporte l'observation d'un malade ayant contracté en Cochinchine une dysenterie chronique avec diarrhée fétide ; après avoir eu recours à toutes les médications topiques et internes habituellement employées en pareil cas, le mal s'aggravant, et le rétrécissement du rectum devenant de plus en plus marqué, M. Folet songea à recourir à une intervention chirurgicale. Il hésita entre la cæcotomie et la colotomie lombaire. Il fallait ici tenir compte de la possibilité, à un moment donné, de supprimer l'anus contre nature, si les ulcérations intestinales venaient à guérir. Il se décida pour la cæcotomie. Il fit l'opération en deux temps, et n'ouvrit le cæcum que deux jours après, ayant attendu l'établissement des adhérences. Les suites de l'opération furent simples ; toutefois la dépression du malade alla toujours en s'augmentant ; l'hypothermie devint de plus en plus accusée, et le malade succomba le cinquième jour. L'autopsie permit de constater la présence, depuis l'anus jusqu'au cæcum, de vastes ulcérations larges, mais superficielles, avec amincissement considérable des parois. Dans le rectum, il y avait des ulcérations saignantes, fongueuses, et un rétrécissement très marqué. M. Folet se reprocha de n'être pas intervenu deux ans plus tôt, car il y avait fort longtemps que le malade souffrait, et il aurait pu être sauvé par une cæcotomie faite de bonne heure.

Cancer du rectum, anus contre nature ; oblitération du bout inférieur. — M. POLOSSON (de Lyon) fait une communication sur l'oblitération du bout inférieur de l'intestin dans le cancer du rectum. Dans ces cas, où faut-il faire l'anus artificiel ? Il se décida pour l'anus iliaque. Cet anus établi, il sutura le bout inférieur de façon à l'oblitérer. Pour ne pas commettre d'erreur et ne pas suturer le bout supérieur au lieu du bout inférieur, il eut soin d'introduire une sonde par l'anus. Le bout inférieur, ainsi oblitéré, fut fixé à l'angle inférieur de la plaie. Le bout supérieur fut fixé au pourtour de l'ouverture abdominale.

Suites de l'opération. — Il y eut un petit phlegmon autour de l'ouverture ; mais les matières stercorales s'échappèrent dès le jour même de l'opération par l'anus artificiel. Le malade survécut trois mois. A l'autopsie, on trouva des adhérences solides, peu étendues, un anus labié bien conformé. Il n'y avait aucune accumulation de matières dans le bout inférieur rétracté, revenu sur lui-même. Le cancer était, avant l'opération, compliqué de phlegmon périnéal ; ces masses indurées étaient revenues sur elles-mêmes ; toute inflammation avait cessé, et si le malade avait vécu plus longtemps, M. Polosson aurait pensé recourir ultérieurement à l'ablation du rectum cancéreux. Il regrette que ce malade fût mort avant qu'il ait pu pratiquer cette seconde opération.

DISCUSSION

M. VERNEUIL n'est pas partisan de cette oblitération du bout inférieur dans le cancer du rectum. Dans ces cas, il y a généralement une énorme accumulation de matières fécales entre le bout inférieur oblitéré et l'anus artificiel. C'est ainsi qu'il a opéré une femme qui a mis plusieurs mois à se débarrasser de 40 bols gros comme des marrons.

M. Verneuil a fait dix opérations d'anus iliaque ; il n'a perdu qu'un seul malade de phlegmatia alba dolens. Les neuf autres ont survécu de sept à dix-huit mois. Il termine en déclarant qu'il n'est pas opposé à l'extirpation ultérieure du rectum.

M. MARTEL (de Saint-Malo) signale un accident qui peut survenir à la suite de l'établissement d'un anus contre nature : c'est l'ouverture de l'intestin grêle dans le gros intestin, et le rétablissement du cours des matières dans le bout inférieur.

M. TRÉLAT rappelle l'opinion qu'il a plusieurs fois exprimée à la Société de chirurgie, relativement à la thérapeutique du cancer du rectum : ablation totale dans les cas de cancers limités ; rectotomie pour parer à certaines conséquences fâcheuses du cancer inopérable, colotomie lombaire dans les cas de cancer trop étendus. Relativement à cette dernière opération, M. Trélat déclare que son expérience personnelle lui a appris que chaque fois que le côlon lombaire est à sa place, il est facilement accessible. C'est

une opération simple dans son exécution, dans ses suites et bonne dans ses résultats.

Il a ainsi opéré une malade qui a eu une survie de vingt-cinq mois. Il faut compter avec des anomalies de siège du côlon. Sur huit colotomies, deux fois M. Trélat s'est trouvé en présence de ces anomalies. Dans ces deux cas, les malades ont succombé.

M. Trélat ne méconnaît pas les bons résultats de l'anus iliaque, mais jusqu'à nouvel ordre il préfère l'anus lombaire.

M. RECLUS rappelle que la comparaison des statistiques est en faveur de l'anus iliaque.

De la résection de la hanche dans la coxalgie. — M. EUGÈNE BŒCKEL (de Strasbourg) fait une communication sur la résection de la hanche dans la coxalgie, ses indications et ses résultats ultérieurs.

Il a pratiqué 33 résections de la hanche, 21 avant l'ouverture des abcès. Sur ce nombre, il a trouvé quatre fois la cavité cotyloïde perforée, huit fois la tête du fémur disparue. Dans toute coxalgie confirmée, la tête du fémur est donc vouée à la destruction. Vaut-il mieux laisser la nature accomplir cette destruction? Vaut-il mieux que ce soit le chirurgien?

Sur 32 opérations, M. Bœckel a obtenu 24 guérisons et 8 morts. Les causes de mort ont été la tuberculose méningée, la néphrite, a pneumonie, la péritonite suppurée, les abcès pelviens. En somme, la mort n'est pas attribuable à l'opération, mais à la maladie. Il a pratiqué la résection de la hanche, et, plus tard, la résection du genou chez le même malade, qui a très bien guéri.

Au point de vue de la rapidité de la guérison, la résection est bien supérieure à l'expectation. Il faut, pour obtenir la guérison, autant d'années avec l'expectation que de mois après la résection. Celle-ci est une bonne opération chez l'enfant, mais non chez l'adulte. Après quarante ans, mieux vaut la désarticulation de la cuisse.

M. Bœckel se résume dans les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS. — 1. Une coxalgie suppurée chez un jeune sujet ne guérit que lorsque la tête est luxée ou détruite.

2. L'opération de la résection n'est pas dangereuse par elle-même, mais par l'état général qui la motive ou la complique.

3. La tuberculisation pulmonaire ou méningée cause la plupart des décès parmi les réséqués, comme aussi chez les coxalgiques.

4. Plus la résection est hâtive et moins elle est étendue, plus aussi la guérison est rapide et parfaite.

5. L'arrêt de développement est faible dans ces cas favorables.

6. Il est considérable après les résections tardives, ainsi que dans les coxalgies suppurées qui ont mis des années à guérir.

7. Quand une coxalgie est suppurée, la résection est la méthode la plus sûre d'en finir vite et bien.

8. Les contre-indications à la résection sont fournies par une tuberculisation prononcée d'un organe interne.

9. L'albuminurie, étant susceptible de guérir après la guérison, n'est pas une contre-indication absolue.

M. OLLIER, longtemps opposé à la résection de la hanche, est revenu sur sa première opinion. Il a pratiqué 29 fois cette opération. Depuis que l'inoculation permet de reconnaître la vraie tuberculose de la fausse, on sait qu'il y a des ostéites infectieuses qui simulent la tuberculose. Ce sont ces ostéites dans lesquelles la résection de la hanche fournit les meilleurs résultats. Cette opération est indiquée quand il s'agit d'une coxalgie progressive et menaçant l'existence. Ce n'est pas une opération de choix, c'est une opération de nécessité. Quant aux abcès intra-pelviens, il faut les traiter comme les autres abcès. Le drainage, habituellement très bon, est quelquefois insuffisant.

L'expérience a montré que les résections précoces donnaient de très bons résultats, tandis que les résections tardives en donnaient de très mauvais. La mortalité, après ces dernières, est très considérable, mais elle est la conséquence de la maladie et non de l'opération. Toutefois M. Ollier préfère à la résection, autant que possible, le drainage et l'antisepsie comme donnant de meilleurs résultats fonctionnels. Après la résection, il se fait une ascension graduelle du fémur qui entraîne un raccourcissement beaucoup plus considérable. En résumé, la résection de la hanche est une opération peu grave chez les enfants, mais c'est une opération de nécessité et non de choix. Elle donne des résultats déplorables chez l'adulte.

M. LERICHE (de Mâcon) fait une communication sur l'emploi de l'aspiration dans les coxalgies suppurées. Il se résume en disant que l'expectation est blâmable dans les coxalgies suppurées, que l'aspiration sous-cutanée donne d'excellents résultats et peut souvent éviter la résection.

M. TRÉLAT commence par déclarer que, dans cette discussion, il est bien évident qu'il ne s'agit, sous ce nom de coxalgie, que d'arthrites fongueuses ou tuberculeuses, et non de coxalgies rhumatismales ou hystériques. Or, dit M. Trélat, nous traitons des coxalgies pendant longtemps sans que nous voyions se produire de collections purulentes. Par la précocité du diganostic et l'opportunité du traitement (immobilisation dans la gouttière de Bonnet), nous arrivons à reculer souvent indéfiniment la suppuration dans les coxalgies. M. Trélat appelle l'attention sur certaines pseudo-coxalgies ou abcès périarticulaires de la hanche, que l'on ouvre, que l'on gratte, et qui, s'ils sont circonscrits, guérissent très rapidement. Mais souvent ces abcès présentent dans quelque recoin un boyau s'acheminant vers l'articulation et la curette révèle une ostéite tuberculeuse.

M. VERNEUIL n'a pratiqué que deux résections de la hanche pour des coxalgies ; il a eu une guérison et un décès. Il établit une grande distinction entre les coxalgies de l'hôpital et les coxalgies de la ville. Ces dernières, qu'il voit en très grand nombre, guérissent presque toujours. Il n'a pas vu mourir en ville plus de trois à quatre enfants. La résection n'est pas généralement indiquée dans les cas de ce genre où les conditions de milieu et de soins hygiéniques permettent d'atteindre la guérison sans opération. C'est seulement très long.

La séance est levée.

Première séance du 10 avril. — Présidence de M. KÆBERLÉ.

CURE DES ABCÈS FROIDS

M. BOUILLY fait une communication sur les résultats primitifs et éloignés du traitement des abcès froids. Il relate un grand nombre d'observations personnelles. Il donne la préférence, comme traitement, à la large incision, au grattage et à l'application antiseptique du chlorure de zinc.

M. CAZIN (de Berck-sur-Mer) se montre également partisan du traitement des abcès froids par l'incision et le grattage.

M. HOUZEL (de Boulogne-sur-Mer) fait connaître un nouveau mode de drainage employé dans le traitement des abcès froids. Voici ses conclusions :

CONCLUSIONS. — Dans les plaies fraîches, le pus est un danger; dans les plaies vieilles ou dans les plaies transformées, dans celles qui résultent de l'ouverture d'abcès froids, de résections, d'abcès ossifluents, non seulement il est dangereux, mais il est souvent fort gênant par son abondance extrême.

Alors qu'il serait si essentiel de laisser les plaies ou les surfaces osseuses dans un repos favorisant la guérison, de faire des pansements rares, on est souvent forcé, par une suppuration profuse, qui irrite la peau, souille les pièces de gaze ou de ouate, de faire des pansements fréquents, parfois même quotidiens, et dans certaines plaies en particulier, les résections du coude et de la hanche par exemple, comment mettre des gouttières, des appareils, s'ils doivent être changés presque chaque jour, sous peine de maintenir le membre dans un bain de pus?

Un mode de pansement qui permettrait de prendre le pus où il se forme, au fur et à mesure de sa sécrétion, de le transporter au loin sans toucher au pansement, sans le salir, constituerait certainement un progrès et serait un pansement *antiseptique par excellence*. Je crois y être arrivé en substituant aux drains ordinaires les

siphons tels qu'ils sont employés dans le pansement de la taille hypogastrique.

La cavité suppurante, abcès froids, abcès par congestion, abcès osseux, etc., etc., ayant été bien nettoyée, rendue aseptique, j'y enfonce, aussi profondément que possible, deux tubes en caoutchouc, accolés en canon de fusil si la cavité est étroite, ou divergents à partir du point où ils pénètrent sous la peau, si la cavité suppurante est vaste. Le calibre de ces tubes est proportionné à l'abondance de la suppuration. Avant de les introduire, j'ai pris soin de les fenêtrer, à la manière des drains ordinaires, dans toute la partie engagée dans la cavité suppurante, et qui est destinée à ercevoir et à aspirer le pus dès que l'appareil fonctionnera.

A l'orifice de sortie de la plaie, les tubes sont accolés, entourés d'iodoforme et d'une collerette de charpie un peu tassée afin d'obturer la plaie cutanée. Par-dessus le tout, je mets un pansement de gaze phéniquée, ou de ouate antiseptique et un makintosh percé d'un trou pour laisser passer les tubes, qui excèdent d'environ 15 à 20 centimètres, suivant les cas. Les tubes sont alors engagés, à frottement doux, dans les deux trous d'un bouchon en caoutchouc jusqu'à ce que ledit bouchon affleure le pansement, où il est fixé par une ou deux épingles; enfin, ces tubes sont enfermés dans une vessie aplatie en caoutchouc, contenant un peu d'acide phénique pur ou de chlorure de zinc, vessie qui, par son élasticité, vient se fixer dans une rainure ménagée autour du bouchon.

J'ai ainsi deux cavités affaissées, celle de l'abcès et celle de la vessie, communiquant par les tubes, à l'abri du contact de l'air, au travers du pansement, et se vidant de l'une dans l'autre.

L'abondance de la suppuration n'est plus alors une gêne, et de plus l'asepsie est parfaite.

Que se passe-t-il alors? Et ceci n'est pas une simple vue de l'esprit, mais m'a été démontré par l'expérience, comme je le prouverai par des observations à l'appui : chassé par la *vis a tergo*, le pus emplit d'abord les tubes, puis, comme leur extrémité, enfermée dans la vessie de caoutchouc, a été mise dans une position inférieure à celle de la cavité suppurante, l'action des siphons commence : ils sont amorcés et continuent non seulement à laisser couler le pus, mais à l'aspirer très doucement au fur et à mesure qu'il est sécrété. La cavité suppurante est vidée plus vite, plus complètement, d'une manière plus aseptique qu'avec les drains ordinaires, car, au lieu de souiller le pansement, le pus est immédiatement recueilli dans la vessie en caoutchouc, où il est neutralisé par une substance antiseptique puissante.

M. SOCIN (de Bâle) traite les abcès froids par l'incision, le grattage et la large ablation de la poche. Puis il réunit complètement la plaie au catgut, place deux ou trois drains et fait un pansement aussi occlusif que possible. Il a relevé ainsi 94 observations d'abcès froids, sur lesquels il y en a 69 d'ossifluents et 25 d'idiopathiques. Encore sur ces 25, y en a-t-il beaucoup de douteux au point de vue de la présence ou non d'altérations osseuses. Sur les 69 abcès ossifluents, 25 avaient pour point de départ la colonne vertébrale, 17 les côtes, 3 le sternum, 10 les membres, 5 le bassin. Sur les 25 abcès d'origine vertébrale, il a eu 5 guérisons complètes et promptes, 16 guérisons incomplètes avec fistules, et 4 insuccès opératoires; sur les 17 d'origine costale, 12 guérisons complètes; sur les 3 d'origine sternale, 3 guérisons incomplètes. Sur les 25 abcès idiopathiques, il a obtenu 19 guérisons complètes et 6 incomplètes.

M. VERNEUIL regrette de jeter une note discordante dans ce concert d'éloges en faveur des opérations pour la cure des abcès froids. Le contenu de ces abcès n'est rien, le contenant est tout. Il a toujours obtenu les meilleurs résultats des injections d'éther iodoformé et n'a eu qu'exceptionnellement l'occasion de recourir à la méthode sanglante.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur, pour services exceptionnels pendant la dernière épidémie cholérique :

Au grade de commandeur : M. le professeur Brouardel. — *Au grade d'officier :* MM. les docteurs Proust (de Paris); Combalat, Queirel, Métaxas (de Marseille); Benoît (de Montpellier), et Panard (d'Avignon).

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Benoît (de Privas); Labrote (de Saint-Germain-Ardèche); professeur Mayet (de Lyon); professeurs Nicolas-Duranty, Rampal, Villard (de Marseille); Trastour (de Marseille); Gay (d'Arles); Bourguet (d'Aix); Giustiniani (de Corse); Laurens (de Nyons); Dussaud (de Nîmes); Cambassédés (du Vigan); André (de Toulouse); Hamelin et Massé (de Montpellier); Marie (de Prades); Fodéré (de Paris); Long, Perreymond et Rey-Escudier (de Toulon); Campagne (de Montdevergne); Fonteneau (d'Oran); Mouilleron (de Bône); Jette (de Constantine), et Mme Breysse, en religion sœur Saint-Paulin, attachée à l'hôpital d'Oran.

— Par décret, en date du 8 avril 1885, M. Régnier, aide-pharmacien de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade d'aide-pharmacien dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle du 29 mars 1885, rendue par application des dispositions du décret du 23 du même mois, les médecins inspecteurs dont les noms suivent ont été désignés pour procéder, en 1885, à l'inspection générale du service de santé militaire :

Ier arrondissement (1er, 2e et 3e corps d'armée), M. Baudouin. — IIe arrondissement (4e, 10e et 11e corps d'armée), M. Perrin. — IIIe arrondissement (6e et 7e corps d'armée), M. Daga. — IVe arrondissement (8e, 9e et 12e corps d'armée), M. Levié. — Ve arrondissement (13e, 14e et 15e corps d'armée), M. Gaujot. — VIe arrondissement (16e, 17e et 18e corps d'armée), M. Védrènes. — VIIe arrondissement (5e corps d'armée et gouvernement militaire de Paris), M. Colin. — VIIIe arrondissement (19e corps d'armée et division d'occupation de Tunisie, M. Poulet.

— Par décision ministérielle, en date du 7 avril 1885, ont été désignés pour le corps expéditionnaire du Tonkin :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Pommay et Comte.

MM. les médecins aides-majors de première classe Simon, Castel et Sabatier.

— M. le docteur Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra le mardi 14 avril, ses leçons cliniques des maladies des femmes.

— M. le professeur Peter commencera ses conférences cliniques au lit des malades des salles Saint-Jean-de-Dieu et Sainte-Madeleine, à l'hôpital de la Charité, le mercredi 15 avril 1885, à neuf heures du matin, et les continuera les lundis et mercredis suivants à la même heure.

— *Muséum.* — M. le professeur P.-P. Dehérain commencera le cours de physiologie végétale, le mardi 14 avril 1885, à deux heures, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure.

Il étudiera les plantes cultivées dans la région septentrionale de la France, céréales, légumineuses et graminées des prairies. Il discutera l'influence qu'elles exercent sur le produit net des cultures, l'ordre dans lequel elles se succèdent et les engrais qui leur sont distribués. Les méthodes analytiques employées dans les recherches de physiologie végétale seront l'objet de démonstrations pratiques dans le laboratoire, rue de Buffon, 63. Elles auront lieu immédiatement après les leçons d'amphithéâtre.

— M. le professeur Albert Gaudry commencera le cours de paléontologie le mercredi 15 avril 1885, à trois heures et demie, et le continuera le vendredi et le mercredi de chaque semaine, à la même heure.

Il présentera un résumé de l'histoire des êtres de tous les temps géologiques, en commençant par l'époque les plus anciennes et en passant d'âge en âge jusqu'à l'époque actuelle. Les leçons auront

lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée. Les lundis, le professeur fera une conférence pratique, soit dans le laboratoire de paléontologie, soit dans les galeries publiques.

— La commission chargée de la publication d'une nouvelle édition de l'*Annuaire de l'internat* prie les internes ou anciens internes des hôpitaux qui auraient à signaler quelques erreurs ou quelques modifications survenues depuis la dernière édition, de bien vouloir en informer M. le directeur Sevestre, 7, rue Scribe, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot 19, rue des Saints-Pères. — 17685.

N° 44. — JEUDI 16 AVRIL 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 16 AVRIL 1885. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le Congrès de chirurgie nous a mis en retard avec l'Académie de médecine. Nous avons à rendre compte aujourd'hui de deux séances, de celle du 7 avril et de celle d'hier 14. La séance du 7 a été remplie en grande partie par la lecture du rapport général sur le service médical des eaux minérales en France pendant l'année 1882, fait au nom de la commission des eaux minérales par M. Armand Gautier; puis, par une série de rapports faits au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux par M. Méhu; et enfin, par deux lectures de médecins étrangers à l'Académie : M. le docteur Vaslin, sur un cas d'amputation de la cuisse au tiers supérieur, pratiquée avec succès chez un homme de soixante-douze ans, pour un ostéosarcome pulsatile du fémur; et M. le docteur Viard (de Montbard), sur le traitement de l'angine couenneuse par les cautérisations pratiquées dès le début de la maladie.

Entre les deux rapports, l'Académie a procédé à l'élection d'un associé national dans la première division. L'heureux élu a été M. le docteur Oré (de Bordeaux), bien connu de nos lecteurs, et dont le nom ne figurait pas sur la liste de présentation de la commission, mais qui est devenu le candidat de l'Académie.

La séance d'hier a été occupée tout entière par deux lectures importantes : la première, que nous regrettons d'autant plus de n'avoir pu bien entendre qu'il ne nous a pas été possible de la consulter au secrétariat après la séance, est le rapport de M. Constantin Paul sur le concours du prix Desportes, portant sur des sujets multiples et divers; la deuxième est une très intéressante enquête clinique de M. le professeur Leudet (de Rouen) sur la question, toujours si pleine d'actualité, quoique agitée depuis bien longtemps, de la tuberculose pulmonaire dans les familles.

M. Leudet, en sévère clinicien qu'il est, se maintenant uniquement sur le terrain de l'observation médicale, a exposé avec une grande méthode et une grande clarté les résultats de tout ce qu'il a vu et constaté lui-même dans une vaste enquête analytique portant sur un nombre considérable de familles, dans lesquelles il a eu à soigner des tuberculeux durant sa pratique déjà longue à Rouen. Son enquête a eu particulièrement pour objet l'étude des questions suivantes : quelle part faut-il faire à l'hérédité dans l'étiologie de la tuberculose? L'hérédité peut-elle persister dans une famille pendant plusieurs générations, en épargnant quelques-unes d'entre elles? L'alliance d'un membre d'une famille saine avec un individu descendant de tuberculeux, peut-elle éteindre la prédisposition de la phtisie? La propagation de la tuberculose par contagion existe-t-elle dans les familles?

L'énoncé seul de toutes ces questions en fait suffisamment ressortir toute l'importance. On trouvera dans le compte rendu les conclusions qui y répondent d'une manière plus ou moins explicite.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Fièvre intermittente du type quarte.

Le malade sur lequel je veux surtout appeler votre attention, est un homme de trente et un ans, né à Saumur, qui arrive de la Corse, où il a contracté la fièvre intermittente, après dix-huit mois de séjour.

Avant d'avoir eu des accès réguliers, il a commencé à éprouver pendant quelque temps des malaises, de la céphalalgie, de la courbature, des vertiges, tous symptômes qui ont duré deux mois environ. Puis la fièvre est apparue, quotidienne pendant quelque temps; puis les accès se sont réglés tous les deux jours; enfin, quelques mois plus tard, la fièvre affectait la forme quarte, c'est-à-dire que les accès avaient lieu tous les trois jours, dans l'après-midi. Il est bien entendu qu'à plusieurs reprises sa fièvre a été coupée par le sulfate de quinine.

Cet homme a quitté la Corse il y a deux ou trois mois, et depuis son arrivée à Paris la fièvre a reparu sous la même forme quarte. De plus, éprouvant des malaises plus grands et des douleurs dans la région splénique, il s'est décidé à venir dans notre service.

La rate est volumineuse, elle ne mesure pas moins de 21 centimètres de long; elle est aussi douloureuse à la pression. Le foie ne présente rien de particulier. Les poumons sont sains; on entend seulement, à l'auscultation, quelques petits râles de bronchite. Au cœur, nous n'avons rien trouvé non plus; mais dans les vaisseaux, on entend un souffle avec renforcement. L'hydrohémie est prouvée aussi par l'examen du sang (7 milligrammes d'hémoglobine au lieu de 12, chiffre normal), par l'oppression, etc. En somme,

cet homme a une fièvre intermittente avec la forme cachectique.

Ici deux questions se présentent : 1° Pourquoi notre malade s'est-il cachectisé aussi rapidement ? 2° Pourquoi sa fièvre présente-t-elle le type quarte qui est assez insolite ? La réponse se trouve dans l'origine même de sa maladie, car si l'influence paludique est la cause ordinaire de la fièvre intermittente, cependant il faut aussi tenir compte des dispositions individuelles et de la nature même du pays qui a engendré la maladie.

Or, bien que la Corse soit un pays en apparence salubre entre tous, balayé qu'il est par les vents, et soumis à une température modérée, dont les oscillations sont peu considérables, cependant sur sa rive orientale, les montagnes sont plus éloignées de la mer, et les torrents qui en descendent entraînent des éléments schisteux et les déposent créant comme des deltas avant de déboucher dans la Méditerranée, si bien que la direction des eaux est souvent changée et que leur écoulement est souvent difficile. De là des débordements fréquents, et la formation d'eaux stagnantes en certains points. C'est ainsi que sur une longueur d'une centaine de kilomètres, on trouvera de nombreux marais dont la surface n'occupe pas moins de 250 hectares, et dont les eaux se mélangent aux infiltrations de la mer. Pendant la belle saison, ces marais sont soumis à des conditions de desséchement continu ; de là un paludisme endémique, tel même que certaines localités ne sont plus habitables pendant les mois de juin, juillet et août, et que les ouvriers qui viennent faire la moisson dans leurs parages s'empressent d'en finir au plus tôt pour remonter dans leurs montagnes.

Notre malade a été surtout atteint non seulement parce qu'il travaillait comme maçon dans ce milieu paludique, mais encore parce qu'il y commençait son travail de très bonne heure le matin, dès quatre ou cinq heures, c'est-à-dire à une heure du jour où les brouillards qui s'élèvent sur la contrée favorisent encore le développement de la fièvre intermittente. Dans cette partie de la Corse, la fièvre y est particulièrement tenace, et le type quarte appartient aux formes les plus tenaces également, et entraîne ainsi plus facilement la cachexie paludique.

Ainsi a évolué la maladie chez lui, et ce n'est point un fait exceptionnel qui tienne à sa constitution, mais au terrain dont les miasmes l'ont intoxiqué. En quoi consiste un miasme ? Toutes les recherches faites jusqu'à ce jour ne l'ont pas encore montré positivement, et la question est encore à l'étude. En tous cas, le sol est le point de départ d'un agent quelconque inspiré ou ingéré. Salisbury, qui a cru qu'il était dû à un végétal très inférieur, voulant faire un certain nombre d'expériences, a fait transporter à New-York, dans son laboratoire, des mottes de terre de différents pays paludiques. Mais les ayant oubliées pendant quelque temps pour d'autres travaux, il vit, un jour, un de ses collègues, qui travaillait d'habitude sur une table où ces caisses avaient été posées, contracter la fièvre intermittente, alors que celle-ci ne règne jamais à New-York. Il vit aussi deux jeunes gens présenter des accès de fièvre pour être restés quelque temps dans le voisinage de terres fébrigènes rapportées dans une localité où la fièvre n'existait pas.

Depuis, on a fait, dans différents pays, de nombreuses observations, et partout où il existe des marécages, on a trouvé des spores de différentes sortes, et même un bacille d'une espèce particulière auquel, après diverses expériences de culture, on a cru pouvoir attribuer la fièvre intermittente.

Mais je m'arrête sur ce sujet, me bornant à rapporter ces faits sans insister davantage.

Quoi qu'il en soit, il existe donc un miasme palustre, un être microscopique, provenant des terrains en question, et qui peut être le point de départ de la fièvre intermittente.

Comme pronostic, je dirai que, vu la ténacité des fièvres intermittentes d'origine corse, vu l'état cachectique de notre malade et son état de faiblesse, sa guérison sera difficile et longue à obtenir.

Quant au traitement, nous aurons recours au sulfate de quinine, qui est toujours le meilleur fébrifuge, et nous l'administrerons par la bouche. Quelques auteurs lui préfèrent le quinquina ; mais s'il peut être bon pour modifier l'état général, il est insuffisant pour couper la fièvre.

A l'époque où on employait le quinquina, on le donnait à haute dose et à la distance la plus grande possible de l'accès, à cause du temps nécessaire pour que la quinine qu'il renferme puisse agir. Mais avec le sulfate de quinine on n'a pas besoin d'attendre autant ; il suffit de la donner seulement assez tôt pour que son maximum d'action se produise à peu près au moment où l'accès doit se produire. Cependant, dans ces conditions, on risque d'obtenir seulement de reculer l'accès ; aussi m'a-t-il toujours paru préférable de donner la dose de sulfate de quinine en deux fois : la première, huit heures avant l'accès ; la seconde, quatre heures avant. Chacune de ces doses sera ici de 40 centigrammes. Puis, dès que la fièvre sera coupée, nous supprimerons le médicament, vu la faiblesse du malade, pour le remplacer par l'acide arsenieux à doses toniques ; enfin nous associerons à ce traitement l'hydrothérapie qui contribue beaucoup à diminuer la tuméfaction de la rate en même temps qu'elle est un tonique général. Enfin, si la faiblesse générale persiste, nous aurons aussi recours aux ferrugineux, et peut-être au quinquina.

THÉRAPEUTIQUE

Du fer au point de vue de l'assimilation.

Par M. le docteur Albert Blondel,
ancien interne des hôpitaux.

Nous savons tous quel intérêt il y a d'administrer le fer aux repas ; nous évitons par là de molester par une action topique un estomac déjà dyspeptique, et nous favorisons l'absorption du médicament qui profite de l'orgasme digestif suscité par la présence des aliments.

Est-ce à dire que nous devions retirer des avantages particuliers de l'emploi de ferrugineux incorporés préalablement à des substances alimentaires : chocolat, biscuit, croquettes, etc. ? En aucune façon. Ce qui importe par-dessus tout dans la thérapeutique martiale, c'est le choix judicieux du ferrugineux, et nous savons tous combien avec des préparations insolubles, qui seules peuvent entrer dans la composition de ces analeptiques ferrés, nous savons tous combien souvent nous nous heurtons à de l'intolérance stomacale avec ses manifestations de pesanteur, gastralgie, pyrosis, langue saburrale, etc.

En fait, ce qui doit dominer toute la thérapeutique martiale, c'est la constatation qui n'est que trop facile à faire chez nos anémiés de la diminution d'énergie des grandes fonctions, et particulièrement des fonctions digestives et d'assimilation, d'où l'obligation étroite pour nous de porter notre choix sur un

ferrugineux physiologique, si possible, en quelque sorte tout élaboré, et qui n'a rien à emprunter pour son absorption aux sucs digestifs d'un estomac délabré.

Nous devons avouer qu'à part l'iodure ferreux, qui dans la diathèse scrofuleuse agit d'ailleurs autant, si ce n'est plus, par son iode que par le fer lui-même, la majeure partie des ferrugineux ordinaires nous ont fourni trop souvent des résultats infidèles.

Étant formellement admis aujourd'hui que le fer doit s'administrer à faible dose, quelques thérapeutistes ont pu un instant se demander si le fer dans les aliments n'existait pas en quantité suffisante pour suffire aux besoins de la réparation hématique. C'était là une thèse qui, de prime abord assez spécieuse, ne compte cependant plus de partisans aujourd'hui.

Il est bien démontré, en effet, que dans l'anémie essentielle et la chloro-anémie, c'est-à-dire dans la pénurie hématique due à une altération spontanée de la fonction hémato-poïétique, à une perturbation dans le processus de régénération du globule sanguin, l'intervention du fer est formellement indiquée, et rien, absolument rien, ne saurait le suppléer.

Il nous est personnellement arrivé de traiter des chloro-anémiques par des toniques appropriés, par une hygiène rationnelle, hygiène alimentaire et climatérique, sans avoir recours aux ferrugineux. Or ces malades, malgré l'apparence d'une bonne santé, sont restés comme devant achalybémiques et sujets à des épistaxis, à des vertiges cérébraux, etc. Chez des femmes dont la menstruation était imparfaite ou totalement disparue, le mieux survenu a toujours été éphémère et de durée plus ou moins courte.

D'autre part, il paraît certain qu'à notre époque de vie surmenée, où chacun brûle à outrance, où la dépense physiologique de tous les jours, supérieure à la recette, conduit fatalement à une anémie en quelque sorte endémique; il paraît certain que par cela même le fer est appelé à élargir tous les jours son action dans le domaine de la thérapeutique reconstituante.

Il paraît donc d'un intérêt capital pour le praticien de s'inquiéter d'un ferrugineux facilement assimilable, et c'est le moment de rappeler que les physiologistes d'aujourd'hui sont d'accord sur ce point que : « le fer ne pénètre dans l'économie que combiné à une substance protéique nutrimentive, et surtout à l'albumine, le plus assimilable de tous les principes organisés. » (Claude Bernard.)

Ce n'est pas d'aujourd'hui d'ailleurs qu'il a paru rationnel de chercher dans l'économie elle-même le véhicule qui doit y transporter les divers éléments destinés à en devenir parties constitutives. Sachant en effet que l'albumine, répandue à profusion et sous tant de formes dans les tissus vivants, jouit de propriétés dissolvantes énergiques sur les sels, il devait venir naturellement à l'esprit de se servir de ces propriétés pour faire arriver dans l'économie, sous une forme qui lui plût, les sels jusque-là mal supportés ou rejetés par elle. Cette ingénieuse théorie déjà soupçonnée par Lassaigne, par l'éminent physiologiste Claude Bernard, par Trousseau, Pidoux, etc., semble aujourd'hui pleinement confirmée depuis les travaux de M. Laprade sur ce sujet ; nous en rappellerons seulement les conclusions :

« L'albumine concourt à l'absorption du fer en s'y combinant.

« A défaut d'autre albumine, le fer la prend dans l'organisme, partout où il la trouve, et cela forcément aux dépens des tissus et des liquides animaux qu'il rencontre avant son absorption. »

Si donc nous donnons au malade le fer tout préparé, à l'état d'albuminate, nous évitons les inconvénients du médicament, et nous augmentons d'autant toutes ses chances de succès.

Dans ces conditions, nous croyons le fer combiné à l'albumine, appelé à occuper en thérapeutique une place tous les jours plus large. Depuis ces dernières années, du reste, nous avons recours exclusivement à l'*albuminate de fer*, associé à l'écorce d'oranges, et nous pouvons dire que nous obtenons de la *liqueur de Laprade* les meilleurs résultats dans la chlorose et l'anémie sous toutes leurs formes.

Nous nous promettons d'ailleurs de revenir sur ce sujet et de chercher à expliquer d'une manière moins succincte l'action thérapeutique de l'albuminate de fer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 avril 1885. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend des lettres ministérielles relatives aux eaux minérales et aux remèdes secrets ou nouveaux.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Mottet et Napias, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale ;

2° Une note de M. le docteur R. Chassinac, médecin à Hyères (Var), sur une épizootie de rage canine dans le département du Var. (Comm. : MM. Bouley, Colin [d'Alfort] et Leblanc.)

RAPPORTS

Eaux minérales. — M. A. Gautier, au nom de la commission permanente des eaux minérales, donne lecture du rapport annuel sur l'exercice des eaux minérales en 1882. (Les conclusions de ce rapport seront discutées en comité secret à la fin de la séance.)

Remèdes secrets. — M. Méhu, au nom de la commission permanente des remèdes secrets ou nouveaux, lit une série de rapports sur des remèdes secrets ou nouveaux dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre correspondant national dans la première division.

La commission a présenté la liste de candidature suivante : en première ligne, M. Mignot (de Chantilly); en deuxième ligne, M. Rollet (de Lyon); en troisième ligne, M. Feltz (de Nancy).

L'Académie, dans le comité secret, a ajouté à cette liste le nom de M. Oré (de Bordeaux).

Le nombre des votants étant de 52, majorité 27, M. Oré obtient 33 suffrages, M. Mignot 10, M. Rollet 7, M. Feltz 2.

En conséquence, M. Oré ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé élu.

LECTURE

Ostéosarcome pulsatile du fémur. — M. L. Vaslin donne lecture d'une observation d'ostéosarcome à forme pulsatile de l'extrémité inférieure du fémur gauche chez un homme de soixante-douze ans, pour lequel il a pratiqué l'amputation de la cuisse au tiers supérieur, suivie de guérison. De ce fait se dégagent deux considérations sur son résultat immédiat et sur le résultat éloigné.

Le résultat immédiat, c'est-à-dire la guérison de l'amputation de cuisse au tiers supérieur à soixante-douze ans, dit M. Vaslin, est peut-être unique dans la science. Ce succès doit être attribué, suivant lui, à la prodigieuse vitalité du sujet, aux conditions hygiéniques dans lesquelles il a été placé et principalement au mode de pansement employé, mode de pansement semi-occlusif où ont été combinés les différents moyens préservateurs et prophylactiques des infections chirurgicales : épaisse couche de ouate salicylée, sutures profondes et superficielles, drainage, injections d'alcool, d'acide phénique ou de sublimé, etc.

Comme résultat éloigné, absence de récidive du néoplasme et rétablissement rapide du sujet; M. Vaslin fait remarquer que, sans conclure encore que la reproduction de l'affection doive désormais être considérée comme définitivement écartée, il est hors de doute que le malade eût succombé rapidement sans l'intervention chirurgicale. Il ajoute que, depuis l'ablation de son sarcome, cet homme a recouvré une somme de force et de vitalité qui lui per-

met d'espérer une longévité comparable à celle de ses frères qui sont ses aînés de dix et douze ans.

La communication de M. Vaslin est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Tillaux, Marc Sée et Polaillon.

Angine couenneuse. — M. VIARD (de Montbard) donne lecture d'un travail sur l'angine couenneuse, sa nature, sa marche, son mode de propagation et d'extension, sa gravité, ses causes, etc.

Voici en quels termes il résume lui-même ce travail :

1° Je m'appuie sur le résultat invariablement heureux de quatorze nouvelles observations pour affirmer encore que l'angine couenneuse traitée à temps guérit presque toujours, sinon toujours, au moyen de la cautérisation précédée de l'enlèvement de la fausse membrane.

2° Si l'on raisonne à postériori, on arrive facilement à conclure que l'angine pseudo-membraneuse est d'abord locale; puis qu'au bout d'un certain nombre de jours, le virus pénétrant peu à peu dans l'organisme finit par l'envahir tout entier.

3° Plus on est rapproché du début de la maladie, et plus la cautérisation a de chances de dépasser les limites de l'envahissement et de détruire complètement le virus sur place. Il est donc indiqué d'agir le plus tôt et le plus rapidement possible.

4° Plusieurs cautérisations par jour sont inutiles; une seule, pourvu qu'elle soit énergique, suffit.

Le travail de M. le docteur Viard est renvoyé à l'examen d'une commission précédemment nommée, à laquelle s'adjoindra M. Féréol.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du rapport de M. Gautier.

Séance du 14 avril 1885. — Présidence de M. BERGERON.

CORRESPONDANCE

La correspondance ne comprend qu'une seule pièce, une lettre de M. le docteur Maurice Laugier, qui se porte candidat pour la place vacante dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

RAPPORT

Prix Desportes. — M. CONSTANTIN PAUL, au nom de la commission du prix Desportes, lit le rapport sur les ouvrages envoyés à l'Académie pour le concours de ce prix.

Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

LECTURE

Tuberculose pulmonaire dans les familles. — M. LEUDET (de Rouen), membre associé national, lit sous ce titre un mémoire dans lequel, sans attendre les résultats des enquêtes en cours, soit en France, soit à l'étranger ; il vient faire connaître les conclusions de recherches qu'il a entreprises depuis une vingtaine d'années, et depuis lors continuées sans interruption. Son enquête a été limitée aux familles de la pratique de la ville, la pratique hospitalière ne pouvant servir de sujet d'analyse.

Aujourd'hui comme autrefois M. Leudet croit à l'existence d'un produit hétéromorphe sans analogue dans l'économie, tel que Laënnec l'avait prévu et que les travaux modernes le démontrent. Mais cette question n'a pas fait le sujet de son étude. Il reste sur le terrain de l'observation médicale.

Le point auquel il attache une grande importance, est celui qui est relatif à l'aptitude morbide; c'est à elle que se rattache la question, si débattue de l'hérédité, de la transmission en ligne directe pendant plusieurs générations.

L'étude de cette question le conduit à celle de la contagion qui lui est étroitement liée.

La propagation de la tuberculose parmi les membres d'une même famille, qu'elle soit héréditaire ou non, soulève également la question de la contagion.

Les observations sur lesquelles ce travail se base, portent sur cent quarante-trois familles comprenant mille quatre cent quatre-vingt-cinq personnes et ayant présenté trois cent douze tuberculeux.

Voici l'ordre successif des questions qu'étudie M. Leudet dans ce mémoire :

Quelle part faut-il faire à l'hérédité dans l'étiologie de la tuberculose ?

L'hérédité peut-elle persister dans une famille pendant plusieurs générations, en épargnant quelques-unes d'entre elles ?

L'alliance d'un membre d'une famille saine avec un individu descendant de tuberculeux peut-elle éteindre la prédisposition de la phthisie ?

La propagation de la tuberculose par contagion existe-t-elle dans les familles ?

La contagion maritale est-elle fréquente ?

Voici les conclusions qui résument ce mémoire :

1° Les familles se divisent en familles qui n'ont présenté qu'un seul individu atteint de tuberculose, et en familles qui en ont présenté plusieurs ;

2° La tuberculose chez un seul membre d'une famille étudiée pendant plusieurs générations est celle que l'on a dite acquise. Cette tuberculose acquise frappe de préférence les individus débilités, soit congénitalement, soit par des maladies antérieures.

Les pneumonies, bronchites, ne semblent pas y prédisposer d'une manière plus marquée.

Les personnes des mêmes familles indemnes de tuberculose succombent, à un âge avancé, à des affections le plus souvent étrangères aux organes respiratoires.

3° La transmission héréditaire de la phthisie existe dans plus de la moitié des cas.

L'hérédité tuberculeuse directe des père et mère aux enfants a été constatée dans vingt-deux familles sur cent trente-deux.

L'hérédité transmise du père, de la mère, du grand-père et de la grand'mère, de l'oncle et de la tante aux descendants existait dans cent huit familles sur deux cent quatorze. On ne trouvait aucune trace d'hérédité dans cent huit familles.

La transmission héréditaire est plus fréquente dans la ligne maternelle que dans la ligne paternelle.

La tuberculose pulmonaire apparaît en général chez le descendant à l'âge maximum de l'affection, c'est-à-dire de treize à trente-cinq ans, quel que soit l'âge auquel la phthisie se manifeste chez l'ascendant.

La tuberculose héréditaire se manifeste à un âge moins avancé que la tuberculose acquise.

L'hérédité tuberculeuse des deux ascendants augmente les chances de transmission chez le descendant. Il en est de même si un des ascendants tuberculeux est uni à une personne issue d'une famille tuberculeuse.

Dans les familles tuberculeuses, une génération peut être indemne de la maladie, les autres en étant frappées.

4° La tuberculose pulmonaire constitue quelquefois une sélection morbide qui frappe de mort *les familles dégénérées.*

L'extension de la maladie est préparée chez les ascendants par l'existence de la tuberculose, d'affections cachectiques, paralysie générale, folie, idiotie, etc.

Chez les descendants, elle s'explique par la fréquence de la tuberculose pulmonaire, osseuse chez les uns et, chez les autres, par des arrêts de développement, par l'idiotie, l'hémophylie, la surdité, les otites internes, les coxalgies, la paralysie infantile.

5° Les maladies des os et des articulations se rencontrent dans 20 p. 100 des familles tuberculeuses.

Les affections tuberculeuses des os et des articulations précèdent le plus souvent la tuberculose du poumon. L'auto-inoculation est plus fréquente pendant la suppuration de l'ostéite tuberculeuse. La coxalgie, l'ozène, l'otite, semblent des lésions moins graves, plus susceptibles de guérison : elles existent seules dans certaines branches de familles contaminées.

6° L'alliance d'un conjoint sain ou issu d'une famille saine avec une personne tuberculeuse elle-même ou issue de tuberculeux,

même pendant plusieurs générations, diminue les chances de tuberculose chez le descendant, mais ne l'éteint pas.

7° La propagation de la tuberculose par contagion existe-t-elle dans les familles?

Cinquante-cinq familles, comprenant quatre cent quinze individus, n'ont présenté qu'un tuberculeux. Quatre-vingt-huit familles, comprenant mille soixante-dix individus, ont présenté plusieurs tuberculeux.

La contagion n'est donc pas la règle.

8° La contagion maritale est au moins assez rare. Elle n'a paru possible que dans sept ménages sur soixante-huit.

Dans soixante et un ménages, un des conjoints est resté indemne de la maladie.

9° La contagion semble trouver un appui dans ce fait que dans trente-trois familles, dont quinze étaient entachées de tuberculose héréditaire, soixante-treize enfants sur cent vingt-quatre furent atteints de tuberculose pulmonaire, dans un espace de temps variant de un à neuf ans. Plus de la moitié des enfants atteints ainsi, à peu de distance, de tuberculose, étaient débiles et d'une faible constitution.

10° La marche de la tuberculose pulmonaire est beaucoup plus lente dans la classe aisée que dans la classe ouvrière.

Les pauvres dont la tuberculose s'arrête meurent souvent d'affections viscérales dégénératives consécutives.

11° La rapidité ou la lenteur de la tuberculose n'a aucun rapport avec l'hérédité.

12° La guérison de la tuberculose pulmonaire se rencontre aussi bien dans la phthisie héréditaire que dans la phthisie acquise. La tuberculose peut guérir à toutes les périodes. Ce sont les tubercules crus ou ramollis peu étendus qui guérissent le plus souvent.

Cette communication est accueillie par les applaudissements de l'assemblée.

A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret : 1° pour entendre la lecture des conclusions du rapport de M. Constantin Paul; 2° pour entendre la lecture du rapport de la commission d'élection pour une place d'ssocié national.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 30 mars 1885, des récompenses comprenant des médailles d'honneur, des mentions honorables et des lettres de félicitations sont accordées aux personnes ci-après désignées, qui se sont signalées par leur courage, leur dévouement et leurs services, pendant l'épidémie cholérique de 1884, savoir :

MÉDAILLES D'OR DE PREMIÈRE CLASSE.

Hautes-Alpes. — MM. les docteurs Jaubert, à Serres; Bompard, à Embrun; M. Léon Faure, pharmacien à Gap.

Ardèche. — MM. les docteurs Dupoux, maire de Vallon; Lagarde, à Vals; Léon Bouveret, chef de la mission médicale lyonnaise; Étienne Josserand, membre de la mission lyonnaise; M. Lucien Meurer, interne des hôpitaux de Lyon.

Aude. — MM. les docteurs Petit, maire de Carcassonne; Jalabert, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Carcassonne; Paul Peyronnet, à Carcassonne; Rigail, à Carcassonne; Marty, médecin de l'état civil de Narbonne.

Bouches-du-Rhône. — MM. les docteurs Albenois, secrétaire de la commission sanitaire; Isnard, à Marseille; Casimir Cartier, chirurgien en chef de l'hôpital d'Arles; MM. Fernand Giraud, Constantin Oddo, Émile Imbert, internes à l'hôpital du Pharo, à Marseille.

Drôme. — M. Paul Bernard, étudiant en médecine.

Gard. — M. Clément, interne des hôpitaux de Montpellier.

Garonne (Haute-). — MM. les docteurs Labéda, professeur à l'École de médecine de Toulouse; Adrien Bouteille, directeur de l'asile d'aliénés de Bracqueville; Cazes, à Aspet; M. Timbal-Lagrave, pharmacien à Toulouse.

Hérault. — MM. les docteurs Mestre, à Gigean; Vedel, à Lunel.

Pyrénées-Orientales. — MM. les docteurs Bocamy, inspecteur du service des enfants assistés; Fines, à Perpignan; Massina, à Thuir; MM. Bigorre, Puig-Guitard, Boix, étudiants en médecine de la Faculté de Paris; Pierre Vidal, étudiant en médecine de l'École de Toulouse; Lévy, étudiant en médecine de la Faculté de Montpellier.

Seine. — MM. les docteurs Lailler, Gérin-Roze, Hayem, Dujardin-Beaumetz, médecins des hôpitaux de Paris; Gibert, médecin du bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement de Paris; Morétin, médecin de l'état civil du IVe arrondissement de Paris; Landois, Dubuisson, membres de la commission des logements insalubres; Gueit-Dessus, maire du IVe arrondissement de Paris; Mouton, médecin de l'état civil du XIe arrondissement de Paris; Goujon, sénateur, maire du XIIe arrondissement de Paris; MM. Duflocq, Broca, internes des hôpitaux de Paris.

Seine-Inférieure. — M. Bottard, interne à l'hôpital du Havre.

Var. — MM. les docteurs Estor, professeur à la Faculté de Montpellier; Paul Gibier (de Paris), Bérillon (de Paris), chargés d'une mission médicale dans le Var; Jonany, Guiol, médecins à l'hôpital Bon-Rencontre; Loro, à la Seyne; M. Gabrielly, chef-interne à l'hôpital Bon-Rencontre.

Vendée. — M. le docteur Gustin, à Noirmoutier.

Algérie. — MM. Vinciguerra, directeur de la Santé, à Oran; S. Seguy, médecin communal à Oran.

MÉDAILLES D'OR DE DEUXIÈME CLASSE.

Aude. — MM. les docteurs Marfan, conseiller général; Garetta, conseiller général; Rougé, à Limoux; Heyles, maire de Mayreville; Devilla, maire de Peyriac; Louis Delmas, à Rieux-Minervoix; Vaysse, médecin des épidémies.

Bouches-du-Rhône. — MM. les docteurs Abram, Gautier, à Marseille; Marius Maunier, à Aix; Dupeyron, à Septèmes; MM. A. Ferran, chef-interne à l'hôpital d'Arles; Bossano, Icard, Tasso, externes à l'hôpital du Pharo; Rippert, Bernard, élèves en pharmacie à l'hôpital du Pharo.

Drôme. — M. E. Rion, pharmacien à Valence.

Gard. — MM. les docteurs Gaillard, Delfau, Vidal, Waton, médecins de la Compagnie houillère de Bessèges; Mathieu, chef de clinique à Lyon; Demorcy-Delettre, Teissonnière, à Saint-Hippolyte-du-Fort; Mathieu, à Bouillargues; M. Louis Besson, interne des hôpitaux de Nîmes.

Garonne (Haute-). — MM. les docteurs Sanné, à Aspet; Cassagne, à Soueich.

Hérault. — MM. les docteurs Blaise, agrégé de la Faculté de Montpellier; A. Guinié, P. Ducloux, à Cette; A. Vialette, à Montbazin; Borel, aide-major au 27e bataillon de chasseurs à pied.

Loire-Inférieure. — MM. les docteurs Eugène Bonamy, à Nantes: Emmanuel Chartier.

Pyrénées-Orientales. — M. le docteur Sabarthes, à Rivesaltes; M. Pradel, médecin à Prades.

Seine. — MM. les docteurs Babinski, ancien interne des hôpitaux de Paris; Audigé, Tisné, médecins du bureau de bienfaisance du VIIe arrondissement de Paris; Mottet, vice-président de la commission d'hygiène du XIe arrondissement de Paris; Gaube, à Paris; M. de Molènes, interne des hôpitaux de Paris.

Var. — MM. les docteurs Lannegrâce, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Chapuis, Laure, Pellegrin, Tourrette, à Toulon; Patritti, Gradelet, à Brignoles; Antelmy, à Carces.

Vaucluse. — M. Beauchamp, pharmacien, maire de Thor.

MÉDAILLES D'ARGENT DE PREMIÈRE CLASSE.

Alpes (Hautes-). — M. le docteur Coronat, à Gap; M. Ravoux, étudiant en médecine.

Aude. — M. Henri Mordagne, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Aveyron. — M. le docteur Blancard, à Saint-Affrique.

Bouches-du-Rhône. — MM. G. de Cliou, L. Ducasse, Mme Tkatcheff, élèves en médecine de la Faculté de Montpellier.

Gard. — MM. les docteurs Marius Blanc, à Uzès; Albert Bourras, à Pompignan; M. Émile Defferre, pharmacien à Nîmes.

Garonne (Haute-). — MM. les docteurs F. Caillau, Bonneau, à Toulouse.

Hérault. — MM. Jean Scheydt, Gaston Lachapelle, internes à l'hôpital de Cette; Dermont, Lapeyre, Grach, Gayraud, étudiants en médecine.

Loire-Inférieure. — MM. les docteurs S. Leduc, Hervouet, Ollive, Gauduchaud, à Nantes; Plantard, à Chantenay; MM. Bécigneul, Grias, internes des hôpitaux de Nantes; Brauds, externe des hôpitaux de Nantes.

Pyrénées-Orientales. — MM. les docteurs Calmont, à Céret; Roig, à Millas; Fabre, Conte, à Rivesaltes; MM. Tronyo, médecin à Millas; Pons, médecin à Corbère; Lutrand, interne à l'hospice de Perpignan; Puig, étudiant en médecine de la Faculté de Lyon.

Seine. — MM. les docteurs Richard, à Paris (Ier arrondissement); Davesne, à Paris (IVe arrondissement); Naulin, à Paris (XIIe arrondissement); M. Yvon, pharmacien à Paris.

Seine-Inférieure. — MM. Valin, externe des hôpitaux de Paris; Caron, étudiant en médecine.

Var. — MM. les docteurs Planchon, Dessale (de Montpellier); Mireur, Joseph, dit Orme, à la Seyne; Sedan, médecin-major de première classe au 61e de ligne; Ruot, Boyer, à Vidauban; MM. Daspres, Fabre, internes à l'hôpital Bon-Rencontre; Cambray, externe à l'hôpital civil de Toulon; Gautier, étudiant en médecine à Brignoles.

Vaucluse. — M. le docteur Larché, à Avignon.

Vendée. — M. le docteur Blé, à la Roche-sur-Yon.

MÉDAILLES D'ARGENT DE DEUXIÈME CLASSE.

Garonne (Haute-). — MM. Mazel, interne des hôpitaux de Toulouse; Meilhan, Manon, internes à l'asile d'aliénés de Toulouse.

Hérault. — MM. Piquot, Breton, Guibert, Maquet, Castrioties, étudiants en médecine.

Seine. — MM. les docteurs Grenet, à Paris (VIIe arrondissement); Thorens, à Paris; Guède, à Paris (XVIe arrondissement).

Var. — MM. Guérin, pharmacien en chef des hospices civils de Toulon; Sérénaud, Fauret, Bizat, Lafont, Pradal, Caldecarrera, Matignon, Clément, Rauzier, Estor fils, Vosticar, Lyon, Courrent, Gombert, Maquet, Bert, Bellier, étudiants en médecine de la Faculté de Montpellier; Lecocq, étudiant en médecine à Amiens; Vial, interne en pharmacie à l'hôpital Bon-Rencontre.

MENTIONS HONORABLES.

Alpes (Basses-). — M. le docteur Bec, maire de Mézel.

Garonne (Haute-). — MM. les docteurs Calès, Mellier, Izard, à Villefranche; MM. Gratadour, Roques, internes provisoires à l'asile d'aliénés de Toulouse.

Hérault. — M. Gervais, pharmacien à Gigean; Mlle Anna Puéjac, accoucheuse en chef de la Maternité de Montpellier.

Algérie. — M. Debeaux, médecin du paquebot *le Kléber*.

LETTRES DE FÉLICITATIONS.

Bouches-du-Rhône. — M. le docteur Sollier, à Marseille; M. Beltrude, interne à l'asile d'aliénés de Saint-Pierre.

Gard. — M. le docteur A. Jacob, à Sauve.

Garonne (Haute-). — M. le docteur Peyrat, à Villefranche.

Hérault. — MM. les docteurs Carrieu, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier; Thomas, à Béziers; Cathala, médecin en chef de l'hôpital de Cette; Petit, à Cette; Jules Fabre, à Graissessac; Viguier, Joliou, étudiants en médecine de la Faculté de Montpellier.

— Par décret, en date du 10 avril 1885, M. le docteur Bornet, ancien président de la Société botanique de France, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 12 avril 1885, ont été nommés :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe (armée de réserve). — MM. les docteurs en médecine Sauve, Alem, Séné, Salvat, Delpech, Bottey, Ferran, Haza, Grenier, Chevrot, Bos et Boutineau.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe (armée territoriale). — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Savoye, Ressayré, Passelaigne, Mure, Foulon, Reynaud, Savin, Patouillard, Fontaine, Body et Péreton.

— Par décret, en date du 13 avril 1885, M. Senès, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Duffourc, ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, est nommé chef adjoint du laboratoire de clinique médicale, chargé des travaux chimiques à l'hôpital de la Charité (emploi nouveau).

— L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine aura lieu le dimanche 19 avril, à deux heures très précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. le professeur Béclard, président. Cette assemblée a pour objet :

1° La lecture du compte rendu de l'année 1884, par M. le docteur Henri Barth, secrétaire général adjoint.

2° L'élection d'un président et de deux vice-présidents. Les candidats proposés aux suffrages de l'assemblée par la commission générale sont : président, M. Béclard; vice-présidents, MM. Richet et Blanche.

3° Le tirage au sort de vingt-deux membres titulaires de la commission générale, et de quarante-quatre suppléants.

Les recettes pour l'année 1884 s'élèvent à 52234 fr. 50. Il a été distribué en secours 30875 francs.

Une somme de 18463 fr. 35 a été placée en rente 3 p. 100.

— Dans sa séance annuelle du 13 de ce mois, l'Association générale des médecins de France a élu membres de son conseil général : MM. Louis Thomas (de Tours), René Marjolin, Passant; réélu : MM. Hugot (de Laon), Boutin, Horteloup, Lunier; et nommé M. Blache vice-secrétaire.

— M. le docteur Mercier a été élu dimanche dernier conseiller général du canton d'Antony (Eure-et-Loir).

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Edme Perier, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées, en retraite, décédé à Paris le 12 avril, à l'âge de soixante-treize ans.

— M. le professeur Léon Le Fort reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker, le jeudi 16 avril 1885, à dix heures du matin, et les continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Descroizilles recommencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles, le vendredi 17 avril, à dix heures, à l'amphithéâtre de l'hôpital des Enfants-Malades, et les continuera les vendredis suivants à la même heure. — Visite à neuf heures, salles Saint-Augustin et Saint-Ferdinand. Consultation le mardi.

— M. le docteur Dieulafoy, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera des conférences cliniques à l'hôpital Saint-Antoine, le samedi 18 avril, à dix heures, et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. A. Angot commencera le cours de météorologie et de physique du globe, vendredi prochain 17 avril 1885, à dix heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure, dans la salle des conférences de la Sorbonne.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot 19, rue des Saints-Pères. — 17695.

N° 45. — SAMEDI 18 AVRIL 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 18 AVRIL 1885. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Deuxième séance du 10 avril. — Présidence de M. GROSS.

TRAITEMENT DU PÉDICULE DANS L'OVARIOTOMIE ET L'HYSTÉROTOMIE.

M. KŒBERLÉ dit que l'ovariotomie est devenue une opération courante depuis l'antisepsie et depuis la réduction du pédicule. La réduction du pédicule ou son abandon dans la cavité abdominale constitue une grande simplification de l'ovariotomie, la rend plus rapide et plus facile, supprime toutes les difficultés qu'entraînait autrefois le traitement du pédicule extra-péritonéal, et permet de rechercher et d'obtenir la réunion immédiate complète. En outre, elle écarte un certain nombre de complications post-opératoires, telles par exemple que des accidents d'étranglement interne. Avec l'antisepsie et la réduction du pédicule, l'ovariotomie devient un traumatisme réduit à sa plus simple expression. Les opérées ne présentent pas d'élévation de température et guérissent comme par enchantement, du moins dans les cas simples. Dans les cas où le traumatisme est beaucoup plus grave, par suite d'adhérences ou d'autres complications, on peut voir survenir la mort immédiate ou quinze ou vingt heures après l'opération. D'autre part, si l'hémostase n'a pu être parfaite, il peut y avoir consécutivement un épanchement sanguin qui devient un liquide de culture pour les microbes, jusque-là innocents, et les malades meurent alors par péritonite septique. La ligature perdue a contre elle ce danger d'hémorrhagie, quand elle est mal faite. C'est pour la prévenir que Kiew (d'Édimbourg) a recours à la cautérisation du pédicule. M. Kœberlé préfère se contenter de choisir un bon fil.

Bien que resté réfractaire à la méthode listérienne, il a vu la mortalité, à la suite de l'ovariotomie, diminuer dans des proportions considérables. Il lie le pédicule avec un fil de soie de Chine, fin, fortement serré ; il ne fait qu'un seul tour et qu'un simple nœud. Quant à l'hystérotomie, M. Kœberlé considère, au point de vue du traitement du pédicule, la ligature élastique comme un progrès important.

DISCUSSION

M. POZZI ne veut parler que du traitement du pédicule dans l'hystérotomie. Deux traits, dit-il, dominent la question : on peut avoir affaire à un pédicule creux, d'où le danger de septicémie par voie utéro-vaginale, ou bien à un pédicule très vasculaire, d'où le danger d'hémorrhagie. Dans les cas simples, le procédé de choix doit être la réduction intra-péritonéale. Dans les cas où il s'agit d'un pédicule creux, court et gros, mais par trop saignant, il faut préférer la méthode intra-péritonéale. Si le pédicule est assez long et saignant, il vaut mieux choisir la méthode extra-péritonéale et la ligature élastique. Quand le pédicule est court et saignant, il n'y a pas d'inconvénients à recourir à la ligature élastique avec la méthode intra-péritonéale. Cette ligature élastique est très bien tolérée et ne donne lieu qu'à une inflammation éliminatrice très légère. Le meilleur caoutchouc est le caoutchouc noir anglais.

M. Pozzi présente, en terminant, un ligateur élastique de son invention. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 1102.)

M. TERRILLON a pratiqué 39 ovariotomies, dont 36 complètes. Sur ces 36 ovariotomies, il y en a 31 dans lesquelles la tumeur n'était pas incluse dans le ligament large. Dans tous ces cas, il a fait la ligature perdue du pédicule avec un fil de soie solide, double. Il n'a jamais eu à regretter d'avoir fait la ligature perdue, attendu que sur les quatre décès qu'il a eus, il n'a constaté, à l'autopsie, ni hémorrhagie, ni inflammation, ni aucune lésion attribuable au pédicule.

Il est un point que M. Kœberlé a laissé dans l'ombre : c'est le traitement du pédicule dans les cas d'inclusion du kyste dans le ligament large. M. Terrillon a eu cinq cas de ce genre, un kyste simple, un dermoïde et trois multiloculaires volumineux. Dans aucun de ces cas, M. Terrillon n'a fait ni suture des lambeaux ni drainage ; il a cependant eu quatre succès et un seul insuccès par péritonite suraiguë.

M. DUMÉNIL (de Rouen) fait une communication sur un cas de colotomie. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 989.)

Gastrostomie. — **M. SEGOND** présente une jeune femme à laquelle il a pratiqué une gastrostomie, le 12 septembre 1884. Elle avait des accidents de dysphagie, de retrécissement œsophagien, datant de huit mois. Elle avait eu des antécédents scrofuleux et elle présentait un petit ganglion à la base du cou. Il s'agissait donc, selon M. Segond, d'une sorte de retrécissement cicatriciel dû à des ulcérations œsophagiennes d'origine scrofuleuse.

Cette malade en était arrivée à ne plus pouvoir s'alimenter ; elle rejetait tout ce qu'elle prenait et dépérissait. Une intervention chirurgicale était devenue indispensable.

M. Segond pratiqua l'opération en suivant les points de repère indiqués par M. Labbé. Il arriva, non sur l'estomac, mais sur le côlon transverse qu'il ouvrit, croyant avoir affaire à l'estomac. S'étant aperçu de son erreur, il sutura la petite plaie faite au côlon. Il finit par trouver l'estomac, le sutura et l'ouvrit dans la même séance, n'étant pas partisan de l'opération en deux temps. Les suites furent des plus simples ; la malade est en parfaite santé et se nourrit très bien par sa bouche stomacale.

M. Segond attribue, dans ce cas, la blessure du côlon transverse à ce qu'il a suivi trop rigoureusement les préceptes opératoires formulés par M. Labbé. Le seul et vrai point de repère pour trouver l'estomac, c'est, selon lui, le rebord du foie.

De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage. — **M. LAGRANGE** (de Bordeaux), après avoir

pratiqué une opération de gastrostomie pour un cancer de l'œsophage, dut faire l'autopsie de son malade, treize jours après l'opération.

Il constata l'existence d'un cancer de la plèvre, d'une généralisation aux deux poumons. Les ganglions médiastinaux étaient atteints.

La gastrostomie ne pouvait par conséquent rendre aucun service à ce malade. Après avoir fait de longues recherches sur ce sujet, M. Lagrange reste convaincu que, dans l'immense majorité des cas de cancer de l'œsophage, la gastrostomie est inutile et dangereuse. Il ne faut pas à cet égard s'en rapporter aux statistiques, car quand on remonte aux sources, on arrive à se convaincre que les malades qui ont survécu longtemps à la gastrostomie présentaient un cancer de l'œsophage encore relativement peu développé, sans généralisation, sans obstruction de l'œsophage. Les malades auraient certainement vécu sans gastrostomie. Cette dernière opération a certainement rendu très peu de service aux malades atteints de cette redoutable affection.

M. LARGER donne une description du manuel opératoire de la gastrostomie. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 1005.)

Traitement du genu valgum. — **M. ROBIN** (de Lyon) montre des photographies de malades atteints du genu valgum qu'il a traités par l'ostéoclasie sus-condylienne, pratiquée avec l'instrument de son invention. Il rappelle les avantages de ce procédé qui fait une fracture simple sans plaie, sur l'ostéotomie qui constitue une fracture compliquée de plaie. Il a appliqué avec succès ce même traitement pour corriger une ankylose du genou.

Cholécystotomie. — **M. JULES BŒCKEL** (de Strasbourg) fait une communication sur la cholécystotomie appliquée au traitement des calculs biliaires. Voici ses conclusions :

I. La cholécystotomie emprunte sa gravité à la présence ou à l'absence de fistule biliaire.

A. I. Dans le premier cas (existence d'une fistule ayant démontré ou fait soupçonner la présence d'un ou plusieurs calculs), l'intervention opératoire s'impose.

II. Bien que la guérison s'obtienne quelquefois spontanément, il y a tout avantage à intervenir de bonne heure.

III. L'intervention hâtive assure et hâte la guérison en conjurant les accidents dus à l'écoulement incessant de la bile.

IV. L'opération est d'une simplicité et d'une bénignité remarquables, grâce aux adhérences qui unissent la vésicule à la paroi abdominale ; lors même qu'on est amené à ouvrir le péritoine, la cholécystotomie pratiquée dans ces conditions peut être considérée comme inoffensive, grâce à la méthode antiseptique.

B. I. Dans le deuxième cas (absence de fistule et d'adhérences), l'opération est infiniment plus grave ; ses indications sont plus délicates à saisir.

II. Avant tout, il faut établir le diagnostic causal de l'obstruction des voies biliaires et être certain de la présence de calculs, pour ne pas s'exposer à faire une opération d'une utilité douteuse.

III. Lorsque les commémoratifs, la marche de l'affection, l'examen attentif du malade, et surtout la *présence d'une tumeur biliaire*, lorsque la *ponction exploratrice* aura révélé la présence de calculs biliaires, la cholécystotomie faite en temps opportun me paraît indiquée.

IV. Le diagnostic bien établi, l'opération doit être faite de bonne heure, pour parer aux accidents graves, mortels même, qui peuvent être la conséquence de l'abstention.

V. Dans toute autre circonstance, l'opération est trop grave par elle-même, ses résultats trop incertains, pour exposer les malades à en courir les risques sans grand profit.

VI. L'état actuel de nos connaissances ne permet pas d'établir si c'est à la cholécystotomie ou à la cholécystectomie qu'il faut avoir recours. A l'avenir appartient d'apporter des faits nouveaux et de résoudre le problème.

Intervention chirurgicale dans certains cas de lithiase biliaire. — **M. THIRIAR** (de Bruxelles) lit sur ce sujet un travail dont voici les conclusions :

L'extirpation de la vésicule du fiel, bien que proposée par Herlin et Campaignac, n'avait pas encore été faite chez l'homme, lorsque Langenbuch (de Berlin), en 1882, la pratiqua pour un cas de lithiase biliaire. Depuis lors, les annales de la chirurgie en ont enregistré sept cas ; cinq opérations ont été faites par Langenbuch, et deux me sont personnelles.

Cinq guérisons radicales ont été obtenues, et si Langenbuch a observé deux cas de mort après l'opération, ils sont survenus par suite d'accidents étrangers à celle-ci.

Cette nouvelle audace de la chirurgie moderne a rencontré jusqu'ici de nombreux adversaires, qui lui ont opposé diverses objections, tant physiologiques qu'anatomo-pathologiques, pouvant se résumer dans les propositions suivantes :

1° Nécessité de l'existence d'une vésicule biliaire chez l'homme au point de vue de la digestion ;

2° Les calculs peuvent se former ailleurs que dans la vésicule du fiel ;

3° La cholécystectomie est une opération trop grave, trop dangereuse ;

4° L'établissement d'une fistule biliaire, c'est-à-dire la cholécystotomie, doit lui être préférée.

Tout démontre que la vésicule du fiel n'est pas indispensable à la régularité des fonctions digestives de l'homme. Cet organe manque chez beaucoup de mammifères, et il n'est pas rare de le rencontrer complètement obturé et atrophié chez l'homme.

Si l'on doit admettre que ce n'est pas seulement dans la vésicule que les calculs peuvent se former, c'est là un fait excessivement rare en dehors de certains états pathologiques qui provoquent la formation des cholélithes dans les canaux et conduits biliaires. Or ces états pathologiques (cancer, obstruction des voies biliaires) préexistants sont précisément d'une contre-indication formelle de la cholécystectomie.

Cette opération est évidemment délicate et difficile à pratiquer, mais étant donné le peu de gravité des lésions péritonéales produites, en observant les règles de la méthode antiseptique, j'estime que de toutes les laparotomies, c'est l'extirpation de la vésicule biliaire qui paraît la moins grave, la moins dangereuse. C'est une opération qu'il est permis de pratiquer dans les cas de lithiase biliaire qui ont résisté au traitement médical et qui produisent de violentes crises.

Quant à la cholécystotomie proposée par Lawson Tait, si elle est plus facile à pratiquer que la cholécystectomie, elle a l'inconvénient de laisser à sa suite une fistule biliaire avec tous ses dangers, elle n'enlève pas l'organe producteur des calculs ; ceux-ci peuvent se reformer.

Diathèse et traumatisme. — **M. DEHENNE** communique une observation de rappel de diathèse (impaludisme) à la suite d'une opération de cataracte.

Cure radicale des hernies. — **M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** communique cinq observations personnelles de cure radicale de hernies. Il a toujours eu recours à la méthode antiseptique. Voici le résumé de ces cinq observations :

Premier cas : Jeune homme atteint d'hydrocèle, de varicocèle et de hernie réductible ; cure radicale du varicocèle, extirpation du sac herniaire, suture, réunion, opération laborieuse. Guérison.

Deuxième cas : Femme atteinte de hernie inguinale droite, énorme, réductible, impossible à maintenir par un bandage, entraînant toute incapacité de travail. Opération pratiquée fin juin 1881. Guérison complète le 1er août. Résection du sac, cinq points de suture sur le collet, réduction de ce moignon dans l'abdomen ; baie comblée par un lambeau de peau amené devant cette ouverture et constituant un bouchon ; double plan de sutures. Guérison.

Troisième cas : Petite hernie inguinale gauche, irréductible ; extirpation totale du sac, adhérences épiploïques. Guérison complète pendant six mois. Bronchite déterminant une récidive de la hernie ; mais elle peut maintenant être contenue par un bandage.

Quatrième cas : Hydrocèle communiquant avec l'abdomen et

contenant une anse intestinale, hernie de l'épiploon; résection, opération laborieuse, extirpation totale. Guérison.

Cinquième cas : Femme atteinte de hernie crurale droite, irréductible; dissection du sac; suture profonde au catgut; péritonite locale légère, ictère. Guérison.

En résumé, la cure radicale des hernies exige une opération non dangereuse, mais délicate et difficile.

Tumeur de l'épididyme. — **M. TERRILLON** communique l'observation d'un malade qui portait une tumeur dure, du volume d'une noix, datant de deux ans, adhérente au corps de l'épididyme, mais pédiculée, déterminant des névralgies très douloureuses, qu'il a enlevée avec une très faible partie de l'épididyme. La guérison a été très rapide. Il s'agissait d'un myome à fibres lisses.

La séance est levée.

Première séance du 11 avril. — Présidence de M. Socin.

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS LES BLESSURES PROFONDES DE L'ABDOMEN.

M. CHAVASSE fait une communication sur les indications opératoires dans les traumatismes de l'intestin sans lésion des parois abdominales. Voici les conclusions de ce travail :

1° La laparotomie doit être pratiquée dans tous les cas de rupture de l'intestin sans lésion des parois abdominales.

2° L'opération sera faite aussi hâtivement que possible, avant que la péritonite ait pris une trop grande intensité.

3° Si la déchirure est minime, on fera une suture perdue et on refermera l'abdomen en mettant un tube à drainage; si elle est totale ou comprend la moitié de la circonférence de l'intestin, on établira un anus artificiel.

4° Cette opération est d'une utilité incontestable, étant donné l'excessive léthalité dans les lésions de ce genre. Elle n'est pas et ne peut pas être nuisible, même quand elle se borne à une simple incision exploratrice.

5° Les contre-indications sont un état de collapsus trop prononcé et indiqué par une température de 36 à 35 degrés, les lésions concomitantes de la rate, du pancréas, des reins et du foie (vésicule exceptée).

M. G. MAUNOURY (de Chartres) fait une communication sur les indications opératoires dans la déchirure traumatique sous-cutanée du rein.

Depuis plusieurs années on a parlé à plusieurs reprises de l'intervention chirurgicale dans les déchirures et les contusions sous-cutanées du rein, mais jusqu'à présent tout ce qui a été dit sur ce sujet est resté purement théorique. Jamais on n'est intervenu, comme le conseillait Simon, pour arrêter une hématurie inquiétante, et la néphrectomie, si souvent employée aujourd'hui dans diverses affections du rein, n'a jamais été pratiquée dans les suppurations traumatiques de cet organe. Un fait que j'ai eu lieu d'observer et dans lequel l'intervention, très simple d'ailleurs, fut suivie de succès, m'engage à vous présenter quelques considérations à ce sujet. Dans ce que j'ai à vous dire, je me limiterai à la question telle qu'elle a été posée au congrès : il ne sera question que des blessures profondes du rein, les indications étant toutes différentes dès qu'il y a une plaie intérieure.

Voici d'abord mon observation :

Le 31 août 1883, je suis appelé pour voir un jeune homme de vingt-sept ans, charretier, qui me raconte ce qui suit: Le 29 juin, c'est-à-dire neuf semaines auparavant, il conduisait une voiture attelée de cinq chevaux, lorsque, en sortant par la porte cochère d'une ferme, ses chevaux ayant tourné trop brusquement, la chaîne formant le trait l'appliqua violemment et le roula contre le pilier de la porte. Cet homme sentit une sorte de craquement dans le ventre et tomba à terre. On le porta de suite dans son lit; il se plaignait d'une vive douleur du côté, avec difficulté de respirer. Le lendemain l'urine était rose, et elle resta telle les trois ou quatre jours suivants. Le surlendemain de son accident, il se leva et se promena un peu sans éprouver aucune douleur. Deux jours plus tard, il alla en voiture à quelques lieues de là pour consulter le rebouteur, qui lui trouva une fracture de la clavicule droite, dont on trouva effectivement la trace. Enfin, six jours après son accident, il quittait complètement le lit, restait levé toute la journée : l'urine était parfaitement claire.

Quinze jours après son accident, le malade, se croyant complètement guéri, retourne à pied à 8 ou 9 kilomètres de là, pour reprendre son métier de charretier; mais dans la journée, étant dans les champs, il est pris de vives coliques avec douleurs de rein, et deux heures après il urine un litre de liquide noirâtre épais. On le ramène chez lui en voiture; en arrivant, il pisse des caillots de sang. La nuit suivante, rétention d'urine; il va chez le pharmacien qui lui vend une sonde, avec laquelle il se pratique lui-même le cathétérisme. Pendant quinze jours il rend ainsi des caillots de sang, soit spontanément, soit par la sonde; au bout de ce temps il est extrêmement faible et doit garder le lit. Huit jours après, l'urine était redevenue claire : elle n'a, paraît-il, jamais renfermé de pus. Mais, malgré cela, l'affaiblissement continue à augmenter; on voit survenir de la fièvre le soir, de l'œdème des pieds, une ulcération au sacrum; bref, le malade m'appelle le 31 août.

Je le trouve dans un état de cachexie profonde. Maigreur excessive; face jaune et terreuse; langue sèche et couverte de muguet; œdème du pied gauche, eschare au sacrum. Pouls, 130. Température, 38°,4.

Rien dans la poitrine, sauf de la submatité et des frottements à la base gauche. Ventre souple, mais la moitié gauche se laisse déprimer moins profondément que la moitié droite. Enfin il existe une certaine saillie dans la région lombaire gauche. Il est évident qu'il y a là une grosse collection autour du rein contusionné; je conseille d'inciser, et, si besoin en est, de pratiquer la néphrectomie.

Je vais pratiquer l'opération trois jours après (3 septembre): même état, mais tous les signes locaux ont disparu, et il serait actuellement impossible de faire le diagnostic. Ponction exploratrice donnant issue à du pus gris rosé.

Opération. Chloroforme. Incision classique de la néphrectomie lombaire, à 8 centimètres des apophyses épineuses. J'ouvre l'abcès, d'où il s'échappe environ un litre de pus gris rosé, mélangé de caillots de sang et de fragments de rein. Avec des lavages et avec la main, j'enlève tous ces fragments; je retire ainsi 50 grammes de tissu rénal; le plus gros fragment pèse 25 grammes; il renferme des débris de la couche corticale et des pyramides de Malpighi; il forme une tranche prise sur le bord convexe. Les parois de la cavité sont lisses, recouvertes d'une membrane jaunâtre : je n'y touche pas et ne vais pas à la recherche des débris hypothétiques qui pouvaient encore se trouver inclus dans ces parois. Pansement de Lister.

Suites extrêmement simples. — 18 septembre, le malade sort dans la rue. — 22 octobre, le blessé reprend son métier de charretier. La plaie est complètement cicatrisée. — En septembre 1884, je le revois; il vient de faire les grandes manœuvres comme réserviste, il jouit d'une excellente santé.

Je laisserai de côté tout ce qui a trait aux symptômes et au diagnostic, pour ne m'occuper que de l'intervention.

1° La suppuration à la suite de la contusion du rein est moins rare qu'on ne le croyait jadis. A quoi tient-elle? A plusieurs causes. Dans certains cas, l'état général; dans d'autres, l'état de l'appareil urinaire. Mais il est à remarquer que la plupart des observations se rapportent à des jeunes sujets. Nous pensons qu'il y a peut-être lieu d'incriminer le cathétérisme. Dans presque tous les cas où il y a eu suppuration, on l'a pratiqué; au contraire, c'est très rare dans les cas où il y a eu guérison sans suppuration. Sans être absolu sur ce point qui ne peut être établi que sur une série d'observations complètes, nous pensons qu'il faudra prendre de grandes précautions lorsqu'on sera obligé de pratiquer le cathétérisme.

2° Ce qui a empêché l'intervention d'être plus fréquente dans ces suppurations de rein déchiré, c'est la difficulté du diagnostic;

aussi est-il indiqué de toujours faire une ponction exploratrice pour établir ou pour confirmer le diagnostic.

3° Le point le plus important est de savoir à quel moment il faudra intervenir. Chez notre malade nous n'avions pas le choix, puisque au moment où nous sommes appelé la suppuration existe. Mais si nous avions vu le malade au moment de l'hématurie, la question eût été plus embarrassante. Voilà un homme qui, malgré un grave traumatisme du rein, se porte bien pendant quinze jours, lorsqu'une hématurie survient et en quinze jours le met dans un état de faiblesse extrême. S'il est jamais indiqué d'intervenir dans l'hématurie, c'est à coup sûr dans ce cas-là. Mais on n'intervient pas, l'hématurie s'arrête, et au lieu d'une opération redoutable nous n'avons plus à pratiquer qu'une ouverture d'abcès. Notre fait est donc loin d'être favorable à l'intervention au moment de l'hématurie. Si nous ajoutons que cette opération est extrêmement dangereuse, qu'elle peut même déterminer une mort immédiate, nous en concluons que son utilité est encore à démontrer, et que jusqu'à nouvel ordre elle doit être rejetée.

4° Une fois la suppuration constatée, comment faut-il intervenir? Faut-il pratiquer la néphrectomie? Mais on ne peut appeler ainsi l'opération très simple que nous avons pratiquée. Il est très rare de trouver, comme dans notre cas, des lambeaux de rein complètement isolés, mais le plus souvent on aura des lambeaux attachés par des brides fibreuses et par des pédicules plus ou moins vasculaires.

Il serait dangereux de vouloir à tout prix pratiquer une néphrectomie totale, au risque d'ouvrir des vaisseaux ou de blesser le péritoine. Ouvrir la collection, aller avec la main sentir les lambeaux qui flottent dans la cavité, retirer ceux qui sont libres, jeter une ligature sur les pédicules des autres et les réséquer ensuite, telle est l'indication dans ces cas.

M. VASLIN (d'Angers) fait une communication sur la tolérance des tissus pour les corps étrangers. Il cite plusieurs observations dans lesquelles les projectiles de guerre ont pu être conservés fort longtemps sans donner lieu à aucun accident ; il rapporte, entre autres, un exemple dans lequel un biscaïen ayant pénétré dans l'abdomen est resté inclus dans la fosse iliaque interne.

DISCUSSION

M. POZZI pense que dans tous les cas de blessures de l'abdomen, dès qu'il y a intolérance péritonéale, il faut ouvrir largement l'abdomen. S'il s'agit d'une petite plaie de l'intestin, il faut suturer et refermer le ventre. S'il s'agit d'une plaie étendue, il faut faire un anus artificiel provisoire. Il faut suivre la même conduite pour l'estomac et la vessie. Pour ces deux organes, il faut redouter les conséquences d'une suture un peu longue, à cause de leur distension qui peut amener la désunion. C'est pourquoi, dans ces cas, il est préférable de faire une opération en deux temps ; de faire dans un premier temps la fistulisation préalable, puis, dans un second temps, de fermer la fistule.

M. Pozzi rappelle que, dans le cours d'une ovariotomie ayant ouvert dans toute sa hauteur la vessie prise pour un kyste, il se contenta de suturer sa partie postérieure et laissa le reste largement ouvert. La malade a très bien guéri, et de son ovariotomie et de sa blessure de la vessie. Dans les cas de résection de l'estomac, peut-être serait-il utile de faire ainsi une gastrostomie provisoire.

M. BOUILLY dit que lorsqu'il y a une blessure du tube digestif, il est indiqué d'opérer. A quel moment faut-il intervenir? On dit qu'il faut opérer avant le développement de la péritonite ; mais il est impossible de diagnostiquer la rupture d'un viscère quelconque avant le développement de la péritonite, qui en est précisément le premier symptôme. Les caractères de cette péritonite varient selon le liquide épanché : si c'est du sang, on constate des phénomènes de collapsus ; si c'est un liquide irritant comme la bile ou l'urine, la péritonite éclate dès les premières heures ; dans un cas d'épanchement de bile, celle-ci fait défaut dans les vomissements : c'est donc au moment même de l'explosion de ces accidents péritonéaux qu'il faut agir.

M. DEMONS communique l'observation d'un charretier qui, ayant été pris entre sa charrette et un mur, a eu une rupture intestinale. Il fit la laparotomie, constata une rupture de l'intestin grêle, sutura cet intestin et referma le ventre. Le malade mourut. L'autopsie montra que la cause de la mort était une seconde déchirure d'une anse intestinale qui avait passé inaperçue. Ce fait porte avec lui son enseignement : il faut faire dans ces cas une longue incision, et bien s'assurer s'il n'existe pas une ou plusieurs ruptures.

M. VERNEUIL cite plusieurs cas de ce genre dans lesquels les malades ont guéri sans intervention chirurgicale. Il se rattache à l'opinion émise par M. Pozzi relativement à l'opération en deux temps, dont un premier temps de fistulisation préalable. C'est là une conduite moins brillante, mais plus sûre. Dans un cas d'abcès de la cavité de Retzius, M. Verneuil a accidentellement ouvert la vessie. Le malade n'en est pas moins bien guéri. Dans un autre cas de rupture de la vessie dans la cavité de Retzius, il a fait une longue incision sur la ligne médiane, a drainé la poche, et le malade a bien guéri sans suture de la vessie.

M. SOCIN cite l'observation d'un jardinier qui, en tombant d'un arbre, s'était rupturé la vessie et fracturé l'avant-bras. Il fit une incision abdominale sans atteindre le péritoine. La rupture était extra-péritonéale et en partie sous-péritonéale. Il ne fit pas la suture de la vessie ; il établit une fistule vésicale, plaça un drain, et obtint une guérison rapide. Dans les cas de rupture de la vessie pouvant être diagnostiquée avant la péritonite, M. Socin conseille d'ouvrir le ventre, de ne jamais suturer complètement la vessie, mais d'appliquer un tube de drainage. Dans les cas d'hématurie provenant du rein, il emploie les injections sous-cutanées d'ergotine.

M. MARTEL a obtenu de très bons effets de l'emploi de l'essence de térébenthine à l'intérieur dans les cas d'hématurie.

Pathogénie des petits kystes de l'épididyme. — M. MONOD fait sur ce sujet une communication dont voici les conclusions :

1° L'auteur cherche à établir que les petits kystes de l'épididyme sont en relation avec le travail de sclérose dont le testicule est le siège chez les individus âgés de cinquante à soixante ans et au delà.

2° Cette sclérose, qui est surtout péricanaliculaire, aboutit par places à l'oblitération complète des conduits de l'épididyme, d'où la dilatation variqueuse de ceux-ci en arrière de l'obstacle.

3° La formation de la cavité kystique résulte du développement de ces dilatations ampullaires.

4° Ces dilatations kystiques sont : ou très multipliées et disséminées dans toute l'épaisseur de la tête de l'épididyme ; ou plus rares et forment de petites tumeurs isolées, se laissant plus ou moins aisément détacher du tissu épididymaire sous-jacent.

5° Ce processus est analogue à celui des formations kystiques qui se développent dans le cours des néphrites interstitielles ou dans les parotidites par ligature du conduit excréteur.

M. SOCIN (de Bâle), au moment de lever la séance, remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en le nommant président. « Je sais bien, dit-il, que cet hommage ne s'adresse pas à ma modeste personnalité, mais bien au pays que je représente. Aussi est-ce au nom de la Suisse que j'adresse ici tous mes remerciements aux chirurgiens français. » (Applaudissements.)

La séance est levée.

Deuxième séance du 11 avril. — Présidence de M. Trélat.

COMMUNICATIONS

Ostéite déformante ou pseudo-rachitisme sénile. — M. POZZI communique deux observations de malades présentant cette rare affection.

Première observation. — Femme de soixante ans, sans antécédents de scrofule, ni de syphilis, ni de rachitisme ; s'étant aperçue, il y a un an, que son tibia droit d'abord, puis le gauche, deve-

naient douloureux et présentaient une courbure antéro-postérieure. La taille semblait diminuée. Les fémurs étaient intacts. Le doigt indicateur de la main gauche était atteint d'un spina bifida. Le radius droit était courbé en arrière; il y avait un écoulement séro-purulent par l'oreille. Du reste, pas de fièvre, pas de douleurs; l'état général restait satisfaisant. M. Pozzi prescrit les toniques et reconstituants.

Deuxième observation. — Femme de soixante-seize ans, présentant la même affection ayant débuté par le côté gauche.

En résumé, cette affection s'observe de préférence chez des femmes d'un âge avancé. Quelquefois la déformation porte également sur les fémurs, sur les côtes, les os du crâne. Ces malades ont un habitus particulier, une démarche de gorille, un aspect simien. Il n'y a pas de troubles généraux de la santé. L'affection est purement inflammatoire.

Traitement de l'érysipèle. — M. ROUYER (de Laigle) a obtenu de très bons effets, dans le traitement de l'érysipèle, de l'emploi d'une solution concentrée de nitrate d'argent (15 grammes de nitrate d'argent par 10 grammes d'eau). Il a ainsi obtenu la guérison rapide d'un cas d'érysipèle phlegmoneux traumatique.

Fracture du cubitus par cause indirecte et fracture du radius par torsion. — M. BROSSARD (de Lyon), s'appuyant sur les faits cliniques et un grand nombre d'expériences cadavériques, démontre que la fracture, par cause indirecte, du cubitus résulte :

1° Du choc vertical quand, dans l'adduction générale du membre, l'inclinaison cubitale de la main fait du cubitus l'agent de transmission au carpe des pressions reçues;

2° De la torsion, lorsque par une pression exagérée, les faces postérieures des deux os se rencontrant, leur contact tend à fléchir le cubitus d'avant en arrière.

Enfin la torsion dans la pronation détermine sur le radius une fracture longitudinale dont la forme varie avec l'âge du sujet.

Anévrysme du tronc brachio-céphalique. — M. MARTEL (de Saint-Malo) communique une observation d'anévrysme du tronc brachio-céphalique. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 478.)

Abouchement anomal du rectum dans l'urèthre. — M. DURET (de Lille), ayant eu à traiter un enfant nouveau-né présentant une imperforation anale et un abouchement anomal du rectum dans l'urèthre, a eu recours, pour remédier à cet état de choses, à l'opération d'Amussat. Le succès qu'a obtenu M. Duret démontre que la méthode d'Amussat pour l'anus artificiel peut être tentée avec chances de succès pour certains abouchements anomaux du rectum dans l'urèthre. Un stylet introduit dans la fistule uréthro-rectale sert de guide pour rencontrer l'ampoule rectale. Sans doute celle-ci est difficile à mobiliser, mais pour peu qu'elle soit distendue en arrière, en pratiquant la résection du coccyx, on peut l'inciser et la fixer à la peau de l'anus. Il n'est pas absolument nécessaire que la muqueuse et la peau arrivent au contact et soient exactement suturées ensemble. L'ampoule peut descendre plus tard, attirée par la cicatrisation des parties.

Allongement hypertrophique du col utérin. — M. LEBLOND a observé un certain nombre de faits qui montrent :

1° Que le cul-de-sac vaginal descend quelquefois plus bas qu'on ne l'a admis, et que cette disposition doit être présente à l'esprit du chirurgien lorsqu'il pratique l'amputation conoïde du col, selon le procédé d'Huguier;

2° Que l'allongement hypertrophique peut être observé chez la vierge.

M. POZZI ajoute qu'il a pu vérifier récemment de nouveau une disposition analogue à celle dont vient de parler M. Leblond et qu'i a examinée avec lui chez M. Gallard. La pièce nouvelle, qu'il a recueillie sur une vieille femme morte phthisique, est très démonstrative. Le péritoine y forme un cul-de-sac entre la vessie et le col utérin, de sorte que ce cul-de-sac, sur la partie faisant saillie hors de la vulve, recouvrait immédiatement le col, et que le bistouri disséquant le col était exposé à blesser en avant le péritoine plutôt que la vessie, ainsi que cela a lieu ordinairement, toujours d'après les idées généralement reçues. M. Pozzi s'est livré à ce sujet à quelques recherches anatomiques sur le cadavre et il a vu qu'à l'état normal, le péritoine descendait parfois très près du cul-de-sac du vagin, si bien que lorsque celui-ci est retourné par la descente de la tumeur utérine, il peut être entraîné en avant, entre la vessie et le col.

Traitement des suppurations mastoïdiennes sans trépanation. — M. LŒWENBERG fait sur ce sujet une communication qu'il termine par les conclusions suivantes :

Avant de recourir, dans les cas de suppuration mastoïdienne, à la trépanation, je conseille de suivre dans chaque cas, scrupuleusement et patiemment, les indications thérapeutiques suivantes, dont la mise en pratique m'a permis d'éviter cette opération toujours dangereuse :

1° Faciliter l'écoulement à travers la caisse et le conduit auditif du pus formé dans l'apophyse mastoïde, et du même coup un accès commode aux applications thérapeutiques. Pour cela, élargir considérablement les perforations du tympan trop petites et avoir soin de les tenir largement béantes. Au cas où l'ouverture fermée spontanément se trouve trop haut, en établir une deuxième plus bas. Détruire les végétations polypoïdes, s'il en existe, dans le conduit ou dans la caisse. Répéter souvent les insufflations d'air par la trompe d'Eustache. Pratiquer fréquemment des nettoyages au moyen d'injections vigoureuses et abondantes d'eau boriquée ou d'une faible solution de sublimé.

2° Instituer d'emblée un traitement antiseptique, énergique et vigoureux. A cet effet, rejeter les émollients et commencer immédiatement par une très grande concentration de la solution sursaturée d'acide borique dans l'alcool absolu que j'ai proposé et que je considère comme répondant le mieux à toutes les indications à remplir ici.

3° En cas de nécessité, ouvrir les abcès déjà formés extérieurement, les drainer, et recouvrir les ouvertures de poudre fine d'acide borique, qu'on arrosera plusieurs fois par jour d'alcool absolu.

Ayant réussi à guérir par cette méthode, depuis six ans, tous mes malades, je me crois autorisé à recommander son emploi rigoureux et patient. Elle rendra inutile, dans la grande majorité des cas, la trépanation réputée seule jusqu'ici capable de sauver les malades. Il ne faudra recourir à l'opération qu'après avoir essayé les moyens que j'ai signalés ou dans les cas où il existe manifestement des séquestres. Grâce à cette manière de procéder, la trépanation, au lieu d'être la règle, ne devra désormais être que la ressource suprême dans le traitement des inflammations et suppurations mastoïdiennes.

Cautère vétérinaire Paquelin et De Place. — M. PAQUELIN. En créant le thermocautère, j'ai utilisé les propriétés de condensation des métaux pour les gaz ; et parmi les métaux condensateurs, j'ai choisi le platine, qui occupe parmi eux une des premières places.

J'ai pu donner ainsi à la chirurgie des cautères à fonction continue, brûlant en chambre close sans flamme extérieure un mélange gazeux composé à la volée d'air et de vapeurs hydrocarbonées.

Mais le platine n'a pas toutes les qualités. Revêt-il la forme d'aiguilles creuses et fines, et le porte-t-on ainsi travaillé à une haute température : il devient mou et peut se courber facilement. C'est là ce qui arrive quand le chirurgien, se servant du thermocautère à ignipuncture, plonge l'instrument dans des tissus résistants et à plus forte raison dans les tissus d'un animal à réaction violente, comme le cheval.

Les vétérinaires demandaient donc un cautère-aiguille rigide à fonction continue, comme le thermocautère, mais qui put aller sans broncher jusqu'au centre des articulations, et que, chemin faisant, il ne fit pas défaut à l'opérateur.

Ici, plus de platine, plus de chambre close, plus de combustion sans flamme, mais un foyer ouvert, constitué par une chambre métallique en cuivre que traverse une aiguille pleine en fer de

2 à 3 millimètres de diamètre, et de 8 centimètres de longueur, laquelle en sort à la volonté de l'opérateur et y rentre à sa volonté pour récupérer instantanément la chaleur perdue.

Même procédé de chauffage que pour le thermocautère.

Toutefois le mélange gazeux ne se fait plus au hasard. Il se fait en proportions parfaites : un flacon carburateur porte à cet effet un robinet régulateur.

Trois autres figures, en usage dans l'art vétérinaire, le cautère à raie, le cautère à pointe, le brûle-queue, complètent l'appareil.

ÉLECTIONS

L'assemblée procède à l'élection du président et du vice-président pour la session prochaine.

M. Ollier est élu président et M. Verneuil vice-président.

M. LE PRÉSIDENT déclare la séance close. Avant de lever la dernière séance, il tient à faire constater que le succès obtenu a été au-dessus des espérances. Il remercie tous les membres de la province et de l'étranger d'avoir ainsi répondu à l'appel des chirurgiens de Paris.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté, en date du 31 mars 1885, il est accordé aux personnes ci-après désignées, pour actes de dévouement pendant l'épidémie cholérique de 1884, les récompenses suivantes :

MÉDAILLES D'OR.

Bouches-du-Rhône. — MM. les docteurs Dargelos, Rimbaud, à Aix; Gustave Crouzet; Charles Hacks; Edmond Heckel; Dupré, sénateur; de Belley-Adhémar; Gimbert (de Grasse); L. Dieulafait, professeur à la Faculté des sciences; MM. Giraud, Offand, officiers de santé; Léon Rieugert, aide-naturaliste.

Garonne (Haute-). — M. le docteur Ripoll, à Toulouse.

Loire-Inférieure. — M. le docteur Malherbe, à Nantes.

Seine. — MM. les docteurs Corties, à Paris; Jourjon, à Paris (XIIe arrondissement).

Vaucluse. — M. le docteur Febvré, à l'asile de Montdevergues.

MÉDAILLES D'ARGENT.

Bouches-du-Rhône. — MM. les docteurs Gustave Bouisson, Henri Chevalier, D'Astros père, Léon d'Astros, Giraud (A.-M.-G.), Th. Mitre, Nokowoski, Eugène Poucel, Roméo, Vayssettes, Arthur Eyriès, Jules Bousquet, Blanc-Aillaud, Émile Laget, Lucien Magon, Tronc, Alph. Villeneuve fils, Joseph Vincent, Albert Pauchon, Louis Rampal neveu, Fauré; MM. Malbos, officier de santé; Delassus aîné, H. Sasia, pharmaciens; Burais (de Grenoble), Justinien Pierre, étudiants en médecine.

Vaucluse. — MM. Georges Augan, Paul Fouriel, internes à l'asile de Montdevergues.

MÉDAILLES DE BRONZE.

Bouches-du-Rhône. — MM. les docteurs André fils, Alezais, Marius Amalbert, Jules André, Bernard (J.-P.), Solary, Clément, Combe, G. Deluna, Descosses, Paul Dol, Charles Frézard, C. Flavard, Émile Garnier, Lucien Goy, Fr. Grimaud, L. Grognard, Jourier, Henri Isaac, Jarieu, L. Jubiot fils, L. Michel père, Ménecier, Émile Marnac, E. Merenty, Jules Teyssier, A. Testevuide, Paul Vidal, J. Pellegrin, Pluyette (J.-F.-E.), V. Pourrière, G. Rougier, L. Roubaud, Salvy, G. Savornin, Amic, Bonnet, Bartlez, Burlot, Paul Bastide, Benet (A.-L.), Cambon, C. Carcassonne, Collomp, David, J. Eyssautier, Espanet, Grangeneuve, G. Gallerand, Gal, Giraud (L.-A.-F.), Nicolas jeune, P. Olive, G. Olive, A. Payan, Rouquette, Sicre; MM. J. Daumos, Ch. Depouzier, Digne, A. Dufay, Eyraud, A. Frèze, J. Grand, A. Giraud, L. Maurin, E. Vial, F. Votrin, A. Payan, Arnoux, Couturier, Durbec, Eyriès, Fabre, Omellot, Raybaud, Roustan, H. Villevieille, pharmaciens; Boyer, Jules Boy, Ch. Aubert, Valiche, internes des hôpitaux.

LETTRES DE FÉLICITATIONS.

Basses-Alpes. — MM. les docteurs Veray (de Lyon), Arnaud (de Marseille); M. Tissot, étudiant en médecine de la Faculté de Lyon.

— Le concours pour la nomination à six places d'aides d'anatomie doit s'ouvrir jeudi prochain, 23 avril 1885, à midi et demi. Le jury, tiré au sort, se composera de : MM. les professeurs Béclard, Richet et Sappey, et de MM. les docteurs Farabeuf, chef des travaux anatomiques, et Paul Segond, agrégé. Les candidats sont au nombre de treize.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Denucé, professeur de clinique externe, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1884-1885, par M. Demons, chargé des fonctions d'agrégé.

M. Guillaud, professeur d'histoire naturelle, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1884-1885, par M. Périer, chargé des fonctions d'agrégé.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — MM. Rochet et Pravaz sont nommés aides d'anatomie.

— *École de médecine de Caen.* — M. Gosselin (Arsène-Ulysse), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Gamel (Louis-Paul), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Hervouet (Henri-Marie), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Halsey, docteur en médecine, agrégé de l'enseignement spécial, est maintenu, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1884-1885, dans les fonctions de chargé du cours complémentaire de physique à l'École préparatoire de médecine et pharmacie de Toulouse.

— *Muséum.* — M. Maquesme (Léon-Marie-Gervais), délégué dans les fonctions d'aide-naturaliste près la chaire de physiologie végétale, est nommé titulaire de ces fonctions.

M. Beauregard (Emmanuel-Henri), délégué dans les fonctions d'aide-naturaliste près la chaire d'anatomie comparée, est nommé titulaire de ces fonctions.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Camille Le Noir, médecin inspecteur des écoles du Ier arrondissement de Paris, décédé le 16 de ce mois, à l'âge de cinquante-deux ans.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Hardy reprendra ses leçons de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, le samedi 18 avril 1885, à dix heures du matin, et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

M. le docteur Landouzy, professeur agrégé, chargé du cours d'hygiène pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1884-1885, commencera ses leçons le mardi 21 avril 1885, à quatre heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Il traitera, pendant la durée du cours, les questions suivantes : 1° causes et modes de diffusion des maladies épidémiques, endémiques et contagieuses; prophylaxie individuelle, familiale, hospitalière, publique; 2° hygiène de la maison (eaux, latrines); hygiène urbaine (eaux, égouts); 3° hygiène des âges : allaitement, sevrage, crèches, mortalité des nouveau-nés; hygiène scolaire; hygiène professionnelle.

Pendant le mois de juin auront lieu des visites aux établissements parisiens et suburbains ressortissant à l'hygiène publique.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot 19, rue des Saints-Pères. — 17705.

N° 46. — MARDI 21 AVRIL 1885. 58e ANNÉE. MARDI 21 AVRIL 1885. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois · **10** fr. » — 6 mois · **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Un cas de diabète sucré.

Je vous parlerai aujourd'hui de la malade qui est couchée au n° 13 de la salle Laennec.

Cette femme, âgée de soixante et un ans, est sortie le 3 de ce mois. Elle a toujours joui d'une bonne santé, du moins en apparence. A l'âge de vingt-huit ans, elle a commencé à prendre un embonpoint exagéré, tournant bientôt à une obésité qui est restée depuis lors stationnaire et définitive. Vers l'âge de cinquante et un ans, elle a eu plusieurs manifestations rhumatismales du côté des articulations. A cinquante-cinq ans, elle a traversé la ménopause, et quelque temps après elle a eu un psoriasis, pour lequel elle a été soignée à l'hôpital Saint-Louis par M. Vidal. C'est à cette époque que, pour la première fois, ses urines furent examinées et décelèrent la présence d'une quantité assez grande de sucre. Les questions qui lui furent faites apprirent qu'elle avait une faim excessive et qu'elle mangeait énormément. D'ailleurs, jusqu'alors, le diabète sucré que l'on venait de découvrir, n'avait eu aucune influence fâcheuse sur sa santé.

Cette femme fut mise immédiatement à un régime antidiabétique rigoureux, et guérit complètement. Cette guérison paraît s'être maintenue pendant trois ans, car c'est seulement il y a deux ans qu'elle est retournée à Saint-Louis, où l'on a constaté de nouveau la présence dans ses urines d'une quantité notable de sucre. Nouveau régime antidiabétique, nouvelle guérison pendant un an.

Au printemps de 1884, son appétit va toujours croissant, mais elle souffre de quelques maux d'estomac, et entre à l'hôpital Necker, chez M. Rigal. Cette fois, il semble que le changement de régime n'ait pas eu une influence aussi rapide sur son diabète, car c'est seulement le 20 août qu'elle fut guérie et put quitter l'hôpital.

La guérison ne s'est maintenue, cette fois aussi, que pendant trois mois seulement, car dès le mois de novembre, elle vit de nouveau ses urines se décolorer ; et une nouvelle analyse montra la présence du sucre. Néanmoins sa santé continuant à être bonne, ce n'est que trois mois plus tard, il y a deux jours, qu'elle est venue dans notre service.

Le premier examen des urines, pour les vingt-quatre heures qui ont suivi son entrée, nous a donné 62gr,51, ce qui constitue un diabète *fort*.

En résumé, nous sommes donc en présence d'une femme dont la première manifestation du diabète, ou mieux, la première révélation, remonte à cinq ans, et dont la maladie n'a pas affecté une marche continue.

Voyons maintenant les renseignements que nous pouvons en tirer.

Le premier est celui qui se rapporte à l'étiologie. Ainsi voilà une femme, qui, par son régime de vie et par son travail, ne se trouve pas dans les conditions prédisposant à l'obésité, et qui cependant prend un embonpoint considérable. Donc cette obésité est la conséquence d'un désordre dans la nutrition, et, par la dystrophie portant sur les éléments amylacés, elle prédispose au diabète. L'obésité rentre ainsi au premier rang dans l'étiologie de cette affection, qu'on la trouve chez le diabétique lui-même ou chez quelques-uns de ses ascendants. D'ailleurs, dans sa statistique, M. Bouchard a montré qu'on rencontrait l'obésité dans 45 p. 100 des cas de diabète sucré.

De plus, cette femme a eu, il y a dix ans, un rhumatisme articulaire ; sa mère, également, est rhumatisante. Or le rhumatisme musculaire, articulaire, aigu ou chronique, chez le malade ou chez ses ascendants, est aussi une des conditions étiologiques du diabète sucré, ainsi que M. Bouchard nous le montre également, dans 46 p. 100 des cas de diabète.

Notre malade réunit donc chez elle les deux conditions les plus positives et les plus importantes du diabète sucré. Quant au psoriasis, ce n'est qu'une simple coïncidence, assez rare même, car les dermatoses que l'on rencontre parfois chez les diabétiques sont l'eczéma, l'urticaire, le pityriasis.

Le cas de cette femme nous apporte aussi certains renseignements au point de vue de la symptomatologie.

Les symptômes du diabète sucré peuvent être à la fois bénins et très incomplets, et cela même pour le groupe des symptômes fondamentaux ou primitifs. Le plus fondamental de tous, le sucre, n'est pas chez elle cependant incomplet, puisque ses urines contiennent en vingt-quatre heures au delà de 50 grammes (62,51), et constituent par suite le diabète fort. L'examen des urines, fait le deuxième jour, nous a donné plus encore : 70 grammes. Dans cette situa-

tion, qu'en est-il de la polyurie, le deuxième symptôme fondamental comme importance ? Chez elle, elle est faible par rapport à la quantité de sucre, 2250 à 2 400 grammes ; un seul jour, elle s'est élevée exceptionnellement à 3 200 grammes. En effet, chez les diabétiques, le sucre est en excès dans le sang et ne peut s'éliminer qu'à la faveur d'une certaine proportion d'eau (7 grammes d'eau pour 1 gramme de sucre), et la polyurie s'explique par une raison chimique ; elle s'explique aussi par une raison mécanique, par une augmentation notable de la pression intravasculaire, laquelle se traduit par une augmentation de sécrétion.

Ici la polyurie est faible encore : aussi notre malade n'a-t-elle jamais souffert de la soif, laquelle est en rapport avec la sécrétion aqueuse, et non avec la quantité de sucre. La polydipsie est en relation étroite avec la polyurie.

Un troisième symptôme fondamental est la polyphagie. Chez elle, elle existe depuis le début, et a duré jusqu'à présent, sans que jamais aucun incident ait diminué sa capacité digestive. Il y a donc chez elle polyphagie *efficace;* et c'est là un point des plus importants, au point de vue de l'amaigrissement. Ainsi, tant qu'un diabétique conserve l'intégrité de ses fonctions digestives, il ne maigrit pas, car il y a équilibre dans son budget des recettes et des dépenses.

Quant au groupe si complexe des symptômes secondaires, ici il fait défaut, sauf du côté de la vue, où l'on a constaté seulement de l'amblyopie.

En résumé donc : diabète sucré fort, quant au chiffre, bénin comme symptômes, et datant de cinq ans au moins, à marche non continue, mais ayant présenté plusieurs périodes de guérison, la glycosurie ayant chaque fois disparu par un changement de régime. Cette femme était donc, jusqu'à son arrivée dans le service, un type parfait de la forme initiale et la plus légère du diabète sucré. Ce qui signifie qu'en enlevant de son régime les féculents, le sucre disparaissait, ou autrement dit qu'elle ne faisait du sucre qu'aux dépens des éléments féculents.

Or, tant que cette phase persiste, les symptômes primitifs sont des plus légers, et les symptômes secondaires sont nuls. A quelle période en était donc notre malade ? C'est ce qu'un régime rigoureux d'épreuve et l'analyse pouvaient seuls nous indiquer. Nous avons dit que, pendant les premières quarante-huit heures, nous avions trouvé 62 et 70 grammes de sucre dans les urines. Aussitôt après, nous avons prescrit le régime mixte, c'est-à-dire celui dans lequel les féculents sont supprimés, mais le pain est conservé ; le premier jour, le sucre tombe à 29gr,30, et le lendemain il remonte à 62 grammes. Mais je dois ajouter que ce jour-là cette femme était allée faire une visite à la cuisine. Alors, dès le 8, je la soumets à un régime rigoureux et à une surveillance sévère ; dans les vingt-quatre heures, la dose du sucre tombe à 8gr,24, puis à 1gr,50 ; d'où je crois pouvoir conclure, provisoirement, que cette femme se trouve encore dans les mêmes conditions morbides que lors de ses précédents séjours à l'hôpital. Mais les jours suivants nous trouvons 9 grammes, puis 10 grammes ; enfin avant-hier et hier 6gr,5. Pour moi, l'épreuve est faite : la malade en est arrivée à la seconde phase du diabète, phase plus sérieuse où elle fait du sucre aux dépens des éléments azotés, puisqu'elle ne prend pas de féculents et qu'elle ne maigrit pas.

Cette seconde phase, que l'on prend souvent pour la phase initiale, faute d'avoir pu observer les malades plus tôt, impose d'autres obligations au médecin, et tout d'abord celle de s'enquérir de l'association de l'azoturie avec le diabète sucré, azoturie qui n'existe jamais dans la première phase, mais qui se rencontre dans un certain nombre de cas dans la deuxième. Chez notre malade, cette azoturie existe : 45 grammes d'urée dans les vingt-quatre heures, le 1er juin ; 33, le second ; et depuis l'application du régime rigoureux, un chiffre variant entre 53 et 65 grammes. Si cela ne constitue pas encore cependant une forte azoturie, néanmoins notre malade est bel et bien entrée dans la seconde phase du diabète, et pour peu que la polyphagie diminue, elle se trouvera sur la route de la consomption diabétique, c'est-à-dire de la troisième et dernière phase. Alors le mal marchera rapidement, grâce à la répugnance des aliments, qui surviendra fatalement.

La polyphagie est donc préservatrice de la consomption diabétique, mais elle n'a qu'un temps plus ou moins long, après quoi elle fait place à un état tout opposé, à l'horreur des aliments.

Quand un diabétique en est ainsi arrivé à la seconde phase, vos obligations chimiques ne sont pas finies : il vous faut encore rechercher dans l'urine les altérations qui indiquent les progrès de la dénutrition, c'est-à-dire la proportion de l'acide urique, des chlorures et des phosphates. C'est ainsi que chez notre malade, nous avons trouvé, le lendemain de son entrée, 45gr,30 d'urée et 0gr,92 d'acide urique, soit à peu près le double du chiffre normal ; 20gr,4 de chlorure (presque le double aussi de la quantité normale), et 4gr,8 d'acide phosphorique au lieu de 3gr,1. Ces différents dosages nous indiquent une désassimilation déjà prononcée.

En résumé, ce qu'il faut retenir de l'observation que je viens d'étudier avec vous, c'est l'évolution générale du diabète, que je considère comme à peu près constante, à la durée près. Cette évolution est caractérisée par trois phases : la première, qui passe souvent inaperçue, d'une durée variable, et qui se fait aux dépens des aliments féculents ; la seconde, durant laquelle on a beau supprimer les féculents, le sucre persiste dans l'urine, et se fait en partie aux dépens des aliments azotés ou des tissus ; enfin, une troisième période, période ultime, où le malade continue à faire du sucre et de l'urée, fût-il à une diète absolue. C'est la phase de la consomption rapide ou autophagique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 mars 1885. — Présidence de M. d'Arsonval.

COMMUNICATIONS

Atomes, molécules, biologie. — M. **RABUTEAU** fait une communication ayant pour titre : *Atomes, molécules et biologie.*

Il avait reconnu, dès 1867, qu'il existait une relation entre l'activité des composés métalliques sur l'organisme, et les poids atomiques des métaux. Cette relation a été exprimée de la manière suivante : « Les métaux sont d'autant plus actifs que leur poids atomique est plus élevé ou que leur chaleur spécifique est plus faible », car la chaleur spécifique est en raison inverse des poids atomiques. Plus tard, en 1870, il avait énoncé ce fait que les alcools de la série monoatomique sont d'autant plus toxiques que leur poids moléculaire est plus élevé.

Reprenant et poursuivant cette étude, M. Rabuteau s'est demandé la raison de ces faits et de certaines exceptions plutôt apparentes que réelles. En se fondant sur la relation qui existe

entre la chaleur spécifique des atomes et des molécules, et le mouvement, la puissance vive ou l'énergie qui est le corollaire de cette chaleur, il est parvenu à expliquer, d'une part, l'action paralyso-motrice des solutions métalliques introduites dans l'organisme; d'autre part, l'action convulsivante de certaines substances, notamment de la strychnine. Il explique ces résultats par le conflit des molécules étrangères avec celles de la matière organisée dont la chaleur spécifique est différente. Il s'agit de données tout à fait nouvelles, relatives à l'introduction de phénomènes de la physique et de la chimie pure dans le domaine des phénomènes biologiques.

M. D'ARSONVAL fait observer que la loi formulée par M. Rabuteau ne saurait être généralisée, attendu qu'en électricité, par exemple, il n'y a pas de rapport entre l'énergie disponible d'un condensateur et sa toxicité, c'est-à-dire son action plus ou moins nuisible ou même mortelle.

M. GRIMAUX fait également remarquer que cette loi de M. Rabuteau n'est pas applicable à tous les corps.

Irritation périphérique. — M. BROWN-SÉQUARD fait une communication sur ce sujet. Dans les cas d'application sur la peau d'un corps irritant quelconque, la contraction qui en résulte n'a pas lieu seulement sur les vaisseaux. On a cru jusqu'ici que la douleur est en raison de l'intensité de la révulsion; il n'en est rien. M. Brown-Séquard signale le fait suivant : un malade atteint d'hydarthrose double est traité d'un côté par des pointes de feu larges et profondes; de l'autre, par des pointes de feu extrêmement fines et légères : grande douleur d'un côté, presque rien de l'autre. C'est ce dernier qui a guéri plus vite. La douleur n'est donc pas, comme on l'a cru, un élément de l'action curative.

M. DUMONTPALLIER se félicite de voir l'expérimentation physiologique venir confirmer bien des faits cliniques qui paraissaient inexplicables ou difficiles à expliquer, comme, par exemple, la guérison d'une névralgie intercostale du côté droit par l'application d'un révulsif sur un point similaire du côté gauche; la guérison de la sciatique par la cautérisation du lobule de l'oreille, etc.

Veau à tête de bouledogue. — M. BESNIER présente la photographie d'un veau présentant cette anomalie qui a été désignée sous le nom de tête de bouledogue, c'est-à-dire une atrophie des yeux, des os propres du nez, du coccyx et des extrémités des quatre membres. Cette atrophie de toutes les extrémités s'accompagne d'une imperforation de l'anus et d'une atrésie uréthrale.

Crâne du gorille. — M. FÉRÉ présente le crâne d'un gorille sur lequel on peut voir que les pariétaux se développent exactement comme chez l'homme.

La séance est levée.

Séance du 11 avril 1885. — Présidence de M. HANOT.

COMMUNICATIONS

Congestion hépatique et ictère cardiaque. — M. LÉPINE (de Lyon) communique les résultats d'expériences faites sur les chiens dans le but d'étudier la congestion hépatique et l'ictère cardiaque.

Le point de départ a été le fait clinique que souvent dans les maladies de cœur, à la période d'asystolie, on voit le foie augmenter assez brusquement de volume et parfois (exceptionnellement à la vérité) se produire un ictère. M. Lépine a obtenu chez l'animal la brusque tuméfaction de l'organe, en produisant une asystolie aiguë, et mieux encore en introduisant dans la veine cave inférieure, par la jugulaire externe, une petite ampoule de caoutchouc qui oblitère à peu près complètement la lumière du vaisseau. Très rapidement on voit le foie mis à nu devenir gros, dur, et changer de couleur. Si on l'incise, il se fait un jet de sang par les orifices des veines sus-hépatiques divisées. Ce résultat s'obtient mieux si c'est la veine cave elle-même qui est oblitérée que si l'ampoule siège dans les veines sus-hépatiques, la pression porte ne suffisant pas à elle seule pour congestionner suffisamment le foie.

Quant à l'ictère, on constate, dans un cinquième des cas environ, l'apparition, au bout de peu de minutes, de pigment biliaire dans l'urine. M. Lépine croit que le spasme du cholédoque est pour la production de l'ictère un facteur important, attendu que, sans ce spasme, la tension de la bile dans les veines biliaires ne serait pas suffisante.

Inversement, il pense que, dans l'ictère par émotion morale, il doit exister, au moins dans la plupart des cas, une congestion du foie, le spasme des voies biliaires ne pouvant suffire à produire instantanément l'ictère. M. Potain a déjà soutenu une théorie assez analogue.

M. F. FRANCK. Dans les insuffisances tricuspidiennes artificielles que j'ai produites, j'ai également pu observer une quantité assez considérable de pigment biliaire dans l'urine. Quand, pour produire cette insuffisance, j'employais une méthode qui permît de la rendre transitoire, le pigment biliaire disparaissait de l'urine en même temps que la lésion fonctionnelle artificielle du cœur; quand au contraire j'employais une méthode à résultats définitifs (arrachement de valvule, etc.), le pigment persistait aussi probablement, quoique je n'aie point cherché à élucider ce point de la question. J'ajoute pourtant qu'il ne faut point généraliser à tous les cas les faits observés par M. Lépine ; on sait que la tuméfaction du foie, de même que l'ictère, manquent souvent dans l'asystolie.

M. LABORDE. Comme M. Lépine, je crois, en matière d'ictère émotif, à la contraction du cholédoque : chez le chien, on l'observe facilement. Ce conduit est un véritable cordon noueux quand il se contracte ; mais, outre ce spasme, il faut tenir compte d'un deuxième élément, la polycholie, qui explique du même coup comment l'ictère est quelquefois assez long à apparaître, et comment il dure un certain temps. Cette polycholie est due certainement à la congestion du foie, de sorte que cette congestion agit et par elle-même et par l'exagération de sécrétion qu'elle détermine.

M. BROWN-SÉQUARD. Il y a pour moi trois éléments essentiels dans la production de l'ictère spasmodique : 1° le spasme des capillaires; 2° une dilatation vasculaire d'origine nerveuse; 3° un arrêt de la sécrétion par influence inhibitoire. On sait très bien, par exemple, que la sécrétion rénale peut être arrêtée par une irritation à distance (action réflexe, inhibition). Je crois donc que l'ictère appelé spasmodique devrait être divisé en deux groupes : 1° l'*ictère spasmodique* proprement dit; 2° l'*ictère nerveux*, indépendant de tout spasme ou de toute modification vasculaire.

Atténuation du virus rabique par son passage dans l'organisme de la poule (1). — **M. PAUL GIBIER.** Le 25 février 1884, je présentais à l'Académie des sciences une note où j'établissais que les oiseaux et notamment les poules peuvent contracter la rage et guérir spontanément. Voici, en effet, le premier coq qui m'a servi, il y a plus d'un an, à faire ces expériences : on peut voir qu'il est aujourd'hui bien portant et vigoureux. Je terminais cette note en disant que j'aurais à rechercher si les oiseaux peuvent contracter deux fois la rage et si le virus rabique subit des transformations en s'acclimatant chez ces animaux. J'ai prouvé que les oiseaux ne peuvent contracter la rage qu'une fois; il me restait à connaître les modifications du virus après son acclimatement sur la poule. Je présente aujourd'hui un chien qui a été inoculé une première fois le 22 mai dernier par injection sous-cutanée de trois gouttes d'une dilution de matière cérébrale provenant d'une poule inoculée elle-même dix-sept jours auparavant avec une parcelle de cerveau d'un coq atteint de rage expérimentale.

En même temps que ce chien et avec le même virus, un cobaye et un rat furent inoculés par injection intra-crânienne; ces deux animaux moururent après avoir présenté les symptômes ordinaires

(1) Travail du laboratoire de Pathologie comparée du Muséum d'histoire naturelle.

de la rage. Quant au chien qui avait reçu l'inoculation sous la peau du crâne, il éprouva vingt-cinq jours après cette opération, et pendant toute une semaine, quelques accidents peu graves du reste, caractérisés surtout par de l'inappétence, des vomissements et de la tendance au repos; puis il se remit complètement.

Deux mois après, le 25 juillet, une deuxième inoculation fut faite au chien, de la même manière et dans le même point, avec une dilution de substance cérébrale rabique prise sur un coq contaminé par du virus provenant d'un mammifère (rat). L'inoculation intra-crânienne fut faite simultanément à un cobaye et à un rat qui succombèrent avec les symptômes et dans les délais habituels. Le chien ne présenta rien d'anomal.

Le 27 octobre, une troisième inoculation sous-cutanée fut pratiquée, selon le même procédé, avec de la substance cérébrale rabique de rat. Au bout de trois mois l'animal était toujours bien portant.

Enfin, pour éprouver d'une façon certaine si l'immunité lui était acquise, le 24 janvier 1885, j'inoculai mon chien, dans la chambre antérieure de l'œil droit préalablement ponctionnée, avec 4 gouttes d'une dilution de matière nerveuse prise sur le bulbe d'un chien mort de rage commune et sortant de l'infirmerie de M. Bourrel, le vétérinaire bien connu. Un jeune chien d'un an fut inoculé de la même manière pour servir de témoin; il succomba à la suite d'un accès de rage furieuse le 9 février, seize jours après l'inoculation.

Voici quels furent les symptômes éprouvés par le chien que je présente aujourd'hui : le 11 février, on le trouva triste, les yeux larmoyants et jetant un liquide spumeux par les narines; il se tenait couché dans un coin de sa cage sans manger. Il resta ainsi pendant trois jours, puis se remit complètement. Aujourd'hui il est dans un parfait état de santé.

Il serait désirable, je le reconnais, d'avoir plusieurs cas semblables pour se prononcer : sans un accident qui m'est arrivé, j'aurais sans doute deux chiens réfractaires à la rage, à présenter au lieu d'un, car j'avais primitivement inoculé deux chiens, le 22 mai 1884, mais à la seconde inoculation, comme l'un de ces animaux était très méchant et ne voulait pas se laisser approcher, je lui fis dans le membre postérieur, en me servant de la cage de sûreté, une injection de morphine qui produisit des effets désastreux, car l'animal ne s'en rétablit pas et mourut dans la nuit suivante; il avait résisté à la première inoculation sous-cutanée de virus provenant de la poule.

S'agit-il réellement d'un cas de vaccination, ce qui me semble très probable, ou bien suis-je tombé par hasard sur un chien naturellement réfractaire? C'est ce que je serais certainement en mesure de dire si je disposais de moyens suffisants pour faire des recherches de cette nature. Quoi qu'il en soit, ce fait, bien qu'isolé, me semble mériter d'être pris en considération. Je crois avoir été le premier à parler des modifications possibles à imprimer au virus rabique par son passage dans des organismes autres que celui du chien.

En résumé, si l'inoculation intra-crânienne du virus rabique, provenant de la poule, amène la mort chez le chien, cette inoculation, pratiquée suivant la méthode que je viens d'indiquer, paraît n'être pas suivie d'accidents mortels et conférer à cet animal l'immunité contre la rage.

Étant donnés les résultats que j'ai obtenus avec le froid (1), il se pourrait que l'inoculation hypodermique de virus refroidi à 40 degrés produisît les mêmes effets; c'est ce que je me propose de mettre à l'épreuve.

M. CH. RICHET. Il est certain que M. Gibier possède un animal scientifiquement très intéressant : il devrait faire contrôler ses expériences personnelles en l'offrant à d'autres expérimentateurs.

M. GIBIER. Je l'offre à qui l'acceptera : la seule objection qu'on puisse faire, je crois, à mes conclusions, c'est que j'ai pu avoir affaire à un chien naturellement réfractaire.

Rigidité cadavérique. — M. BROWN-SÉQUARD. Quand on observe et qu'on note attentivement la qualité et la quantité du jeu articulaire d'animaux morts, on trouve qu'il y a dans l'état de rigidité cadavérique des changements pour ainsi dire quotidiens. Elle diminue et s'accroît sans règles fixes de jour en jour; il y a dans cet état du muscle des fluctuations irrégulières et contenues. En vingt-quatre heures, on peut trouver 7 ou 10 centimètres de différence. Ce phénomène, très appréciable chez le chien, l'est aussi chez le lapin et le cobaye. On sait aussi, depuis longtemps, que quand la rigidité cadavérique s'est montrée, pourvu toutefois qu'elle n'ait pas atteint son degré le plus complet, on peut l'empêcher de se produire par le tiraillement, mais qu'elle réapparaît au bout de quelques heures. Mais ce que l'on ne sait pas, c'est la rapidité avec laquelle cette contracture peut se manifester de nouveau. Chez un chien mort depuis dix-neuf jours, et dont la rigidité était telle qu'elle ne permettait qu'un jeu de 2 centimètres, j'ai vu le tiraillement produire un écart de 12 centimètres, mais en l'espace d'une demi-heure la contracture devenir aussi intense qu'avant l'expérimentation. J'ai observé des faits analogues, quoique moins frappants, chez d'autres chiens et quelques lapins.

Tous ces faits permettent d'apprécier la cause de la rigidité cadavérique. La théorie de la coagulation du sang a été abandonnée en faveur de celle de la myosine dans l'épaisseur du muscle; mais est-il aujourd'hui possible de l'admettre avec ces fluctuations, ces retours, ces variations dans l'état contractural? Et comment aussi l'admettre, quand on sait que quand on tiraille sur des muscles rigides de cadavre, une certaine quantité de mouvement est toujours possible, et que c'est tout d'un coup, après un petit espace parcouru, qu'apparaît la résistance?

Force dynamométrique. — M. CH. FÉRÉ. On sait depuis un certain temps déjà quelle force dynanométrique relativement peu considérable produisent les sauvages de l'Australie. La même observation a été faite pour tous les nègres général.

Eh bien, les mêmes différences relatives se produisent dans les individus différents de la race blanche : les manouvriers, de quelque force qu'ils soient, développent une force considérablement moindre que ceux qui se livrent à un travail manuel artistique quelconque; ces derniers, en revanche, développent une force moindre que les individus se livrant à un travail intellectuel pur.

Ces faits ont été déjà observés par Broca. M. Manouvrier y est revenu, et ils sont dus certainement à ce que l'énergie du travail musculaire instantanée est en rapport avec l'activité intellectuelle.

A preuve que tel homme développera plus de force dynamométrique en compagnie qu'isolé, et en présence de femmes qu'en présence d'hommes (les femmes, du reste, rendent la pareille); à preuve que l'on développe une force dynamométrique bien plus intense après un travail intellectuel quelconque (lecture, audition d'un cours difficile, tension quelconque de l'esprit).

Cette augmentation de force remonte aussi après les mouvements alternatifs de flexion et d'extension des doigts, que ces mouvements soient actifs ou passifs. Il se passe à l'égard de ces derniers quelque chose d'analogue à ces mouvements qu'on rend obligatoires pour certaines hystériques en les faisant devant elles. C'est une affaire de représentation mentale du mouvement.

Inversement, les mouvements exercent une influence certaine sur l'exercice intellectuel; mais là il s'agit de quantités impossibles à peser... Il n'en est pas moins vrai que tout se tient dans l'organisme; tous les organes dépendent les uns des autres. C'est à cela certainement qu'on doit cet affaiblissement des membres chez les individus atteints de lésions cérébrales diverses.

M. Féré conclut à la nécessité de développer le corps en même temps que l'esprit.

M. RABUTEAU continue sa communication sur la toxicité dans ses rapports avec le poids anatomique et la chaleur spécifique (atome, molécule et biologie).

M. DUBOIS dépose une note sur la *phosphorescence des poissons*.

ÉLECTION

M. DUCLAUX est élu membre titulaire.

La séance est levée.

(1) Académie des Sciences, 11 juin 1883.

Séance du 18 avril 1885. — Présidence de M. Hanot.

COMMUNICATIONS

Cocaïne, théine et caféine. — M. LABORDE rappelle que plusieurs expérimentateurs ont prétendu obtenir les mêmes effets avec la théine et la caféine qu'avec la cocaïne. Il s'est procuré ces substances aussi chimiquement pures que possible, a fait avec elles une série d'expériences et a constaté que jamais la caféine et la théine n'ont procuré l'anesthésie locale de l'œil que produit la cocaïne. Une solution concentrée de cocaïne instillée dans l'œil produit une mydriase persistante, mais jamais l'anesthésie. Quant à l'action de la cocaïne, M. Laborde a constaté des effets très différents selon qu'il a employé de la cocaïne neutre et amorphe ou de la cocaïne liquide.

M. RABUTEAU n'admet pas qu'il puisse y avoir de la cocaïne liquide et de la cocaïne solide. Ce doit être une substance différente.

Endium. — M. RABUTEAU a étudié l'endium. Au point de vue de sa toxicité, ce corps se trouve entre le zinc et le cadmium. Il en est de même de son poids atomique qui est de 78, celui du zinc étant de 66 et celui du cadmium de 112. La loi qu'a formulée M. Rabuteau sur les rapports de la toxicité des métaux avec leur poids atomique se trouve donc encore une fois confirmée.

De la sensibilité gustative pour les alcaloïdes. — M. GLEY fait, en son nom et au nom de M. Ch. Richet, une communication sur la sensibilité gustative pour les alcaloïdes. Le but des recherches entreprises par MM. Gley et Richet était de déterminer la quantité minima de substance susceptible de provoquer une sensation. En prenant toujours les mêmes précautions contre diverses causes d'erreur et en opérant toujours dans les mêmes conditions, les auteurs ont pu fixer la limite de la sensation pour une quinzaine d'alcaloïdes. C'est avec la strychnine que la dose est la plus faible possible; il suffit de 8 dix-milligrammes par litre pour éveiller encore une sensation d'amer très nette.

De toutes les expériences faites par MM. Gley et Richet, il ressort que la quantité minima dont il s'agit est très variable suivant les alcaloïdes; par exemple, il faut une dose deux mille fois plus considérable de morphine que de strychnine. Il ne semble pas y avoir de rapport entre la toxicité et la saveur amère; par exemple, l'atrophine, qui est plus toxique que la quinine, est moins amère. Enfin les auteurs signalent ce fait, d'ailleurs connu, de la variation de la sensation suivant les personnes et même suivant l'état physiologique et psychologique d'une personne donnée.

La séance est levée.

ASSOCIATION GÉNÉRALE

DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE

La vingt-sixième assemblée générale de l'Association des médecins de France s'est tenue les 12 et 13 avril 1885, sous la présidence de M. Henri Roger.

Le compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association pendant l'année 1884 a été présenté à l'assemblée par M. le docteur Foville, secrétaire général. Nous détachons de cet exposé le chapitre relatif à la situation financière de l'Association :

Reportez-vous, Messieurs, à l'annuaire où se trouve le compte rendu de l'assemblée générale de 1876. Vous y trouverez (p. 76), dans le rapport général, fait cette année-là par M. Brouardel, la phrase suivante, qui résumait d'une manière significative la situation financière de l'Association à cette époque :

« Saluons ce premier million, dit-il, nous ne le reverrons plus; vous avez mis vingt ans à le faire; si notre prospérité continue sa marche régulièrement croissante, nous n'en mettrons pas dix à constituer le suivant. »

Eh bien, Messieurs, vous apprendrez, je n'en doute pas, avec une vive satisfaction, que cette heureuse prédiction est aujourd'hui réalisée. Elle remonte, en effet, à neuf ans seulement, et votre second million est fait. M. Brouardel nous disait que vous ne reverriez plus le premier; il se trompait, vous l'avez vu se doubler.

Voici, en effet, quel est le bilan aussi exact que possible des diverses caisses de l'Association à la fin de l'exercice 1884 :

Capitaux de la caisse générale.	88 999 18
Caisse des pensions viagères.	891 154 22
Société centrale et Sociétés locales.	852 266 54
	1 832 419 94

En outre, la caisse des pensions viagères possède des titres de rentes qui montent à.	2 771 »
et ceux qui appartiennent aux Sociétés locales et générale, s'élèvent, au moins, à.	4 218 »
Soit ensemble. . . .	6 989 »

ce qui, capitalisé à raison de 4 p. 100 d'intérêts, base de calcul plutôt défavorable que favorable à l'évaluation du capital, représente un avoir de 174 725 francs.

En ajoutant cette seconde somme à la première, vous trouverez un total de 2 027 144 fr. 94 c., c'est-à-dire que le second million dont je vous parlais tout à l'heure est déjà dépassé d'une manière assez notable.

L'Association ne saurait s'arrêter en si beau chemin, et il s'agit pour elle de se mettre à acquérir le troisième ; au train dont elle marche, ce sera sans doute l'affaire de sept ou huit ans. Elle se rapproche donc à grands pas du but que je vous signalais l'année dernière comme si utile à atteindre, celui d'être riche, pour avoir beaucoup d'autorité morale et pour faire beaucoup de bien.

L'important, en effet, n'est pas seulement d'avoir de l'argent; il n'est pas moins essentiel d'en faire un usage qui réponde dignement au but de l'Association. Pour que vous puissiez bien juger la situation à ce point de vue, il ne sera pas sans intérêt de vous reporter une seconde fois au rapport de 1876. Voici ce que M. Brouardel y disait des secours distribués en 1875 :

La Société centrale et 22 Sociétés locales ont accordé à 36 sociétaires.	10 943 05
33 Sociétés ont réparti entre 66 veuves et 12 fils ou filles de sociétaires.	19 358 »
7 Sociétés ont accordé à 41 personnes étrangères à l'Association.	2 645 75
Les pensions viagères de 1875 ont été de.	5 100 »
Soit un total de. . . .	38 046 80

A ce tableau, déjà si satisfaisant, permettez-moi de comparer celui des secours alloués pendant l'année 1884. En voici le détail :

La caisse des pensions viagères a servi à 72 pensionnaires.	32 700 »
Les Sociétés locales et générales ont accordé à 56 sociétaires.	15 181 »
Elles ont réparti entre 172 veuves, fils ou filles de sociétaires.	32 026 »
Elles ont accordé à 52 personnes étrangères à l'Association.	1 971 »
Ce qui fait un total de.	81 898 »

Ainsi, bien loin de restreindre ses libéralités, l'Association, prise dans son ensemble, les a augmentées, d'une manière plus que proportionnelle à l'accroissement de sa fortune.

En effet, si l'on compare, pour l'année 1875, le rapport qui existe entre l'avoir total de l'Association (1 080 162 fr. 82), et le montant des allocations distribuées par elle, on voit que ce rapport était de 3,50 p. 100.

Le même rapport fait pour l'année 1884 montre un rapport de

plus de 4 p. 100. Ainsi, d'une part, l'avoir de l'Association a doublé en neuf ans, et, d'autre part, le montant du bien accompli s'est élevé de 38000 francs à tout près de 82000, ce qui est notamment plus que le double.

Une autre comparaison bien digne d'intérêt consiste à mettre en présence le montant des pensions viagères pour les deux années.

En 1875, la caisse des pensions de retraites, au début de ses opérations qu'elle avait ouvertes prématurément, distribuait des pensions s'élevant ensemble à 5100 francs.

En 1884, elle en a distribué 32700.

En 1885, si vous adoptez demain les propositions qui vous seront soumises, elle en servira pour 35800.

En présence de résultats aussi rapidement progressifs, qui pourrait méconnaître les bienfaits produits par notre mutualité désintéressée? Qui d'entre nous, s'il prend la peine d'étudier attentivement le passé et le présent de notre Association, pourrait douter de son avenir, de sa prospérité et de son utilité croissantes ?

De ce rapide exposé financier, il me paraît ressortir, Messieurs, une leçon éloquente : c'est que, pour chacun de nous, la confiance dans notre Association est, à la fois, un droit et un devoir. Un droit, car nous pouvons être fiers du bien que, avec l'excessive modicité de nos cotisations annuelles, nous avons pu accomplir en vingt-sept ans ; un devoir, car une vaste entreprise collective, comme la nôtre, ne doit jamais s'arrêter dans sa marche, et rien, mieux que la grandeur des résultats déjà acquis, ne peut nous encourager tous à redoubler d'efforts pour le succès durable de notre œuvre confraternelle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 16 avril, ont été nommés dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre (réserve) :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Lemoyne, A. Lefèvre, G. Dubourg, Favrel, A. Pourrat, Cuisinier, Durieux, Émery-Desbrousses, Pineau, Bordas, Branthomme, A. Conscience.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 avril 1885, la chaire d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Par décision ministérielle, en date du 15 avril 1885, ont été désignés :

M. le médecin principal de première classe Dujardin-Beaumetz, pour prendre la direction du service de santé au corps expéditionnaire du Tonkin.

MM. les médecins-majors de première classe Weber, pour le 79e d'infanterie; Blanche, pour le 3e tirailleurs algériens; Dubois, pour le 4e tirailleurs algériens.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Kopff, pour l'hôpital Saint-Martin ; Testevin, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Landriau, pour les hôpitaux de la division d'Oran ; Lauza, pour le 7e bataillon de chasseurs à pied ; Pugibet, pour les hôpitaux de la division de Constantine ; Lamps, pour le 8e cuirassiers; Grodvolle, pour le 25e dragons ; Cliquet, pour les hôpitaux de Tunisie; Butel, pour le 4e zouaves ; Baills, pour le 3e zouaves; Villedary, pour l'état-major du corps expéditionnaire du Tonkin.

MM. les aides-majors de première classe Spire, pour le 16e dragons; Marotel, Marchand, pour les hôpitaux de la division de Constantine; Fix, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Bouchereau, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Février, pour le 39e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Gaube, pour l'École d'application de cavalerie; Mazeillé, Dewèvre, Mouret, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Astier, Buot, pour les hôpitaux de la division d'Oran ; Verdier, pour le 88e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 17 avril, les pharmaciens militaires dont les noms suivent sont attachés, savoir :

MM. les pharmaciens-majors de première classe Judicis, Bernard, à la direction du 5e corps; Ceisson, à la direction du 4e corps; Pons, à la direction du 12e corps; Boué, à la direction du 13e corps; Mouillade, à la direction du 11e corps ; Amsler, à la direction du 9e corps ; Ballond, à la direction du 2e corps; Masson, aux hôpitaux de la division de Constantine.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Décobert, à l'hôpital de Cambrai.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Béclard, professeur de physiologie, est autorisé à se faire suppléer dans son cours par M. Régnier, agrégé.

M. Landouzy, agrégé, est chargé du cours d'hygiène à ladite Faculté, en remplacement de M. Bouchardat, nommé professeur honoraire.

M. de Gennes, chef adjoint de clinique médicale, est nommé préparateur du laboratoire de clinique chirurgicale à ladite Faculté (hôpital Necker), en remplacement de M. Ramonat, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Denigès, docteur en médecine et licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie. (Emploi nouveau.)

M. Secousse, pharmacien de première classe, est nommé préparateur de chimie. (Emploi nouveau.)

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Mossé, agrégé, est chargé du cours complémentaire de pathologie et thérapeutique générales à ladite Faculté, en remplacement de M. Mairet, empêché pour cause de maladie.

— *Hôpitaux de Lyon.* — M. le docteur Lucien Meynet est nommé médecin honoraire. — M. le docteur Humbert Mollière passe de Saint-Pothin à l'Hôtel-Dieu. — M. le docteur L. Bard entre à Saint-Pothin.

— M. le docteur Lafont est nommé médecin du lycée de Pau. (Emploi vacant.)

— M. Marchand, pharmacien-chimiste à Fécamp, est nommé officier de l'instruction publique.

— MM. les docteurs Jules Barrois (de Villefranche); Couteau, médecin de la marine ; Servain (d'Angers), sont nommés officiers d'Académie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur A. Fournier reprendra à l'hôpital Saint-Louis, vendredi prochain 24 avril 1885, à neuf heures et demie du matin, ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, et les continuera les mardis et les vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité, commencera un nouveau cours de technique microscopique le lundi 20 avril, à huit heures et demie du soir, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5.

On s'inscrit chez M. le docteur Latteux, rue Jean-Lantier, n° 4, près le Châtelet, de midi et demi à une heure.

— *Muséum.* — M. le professeur Ed. Becquerel ouvrira son cours de physique appliquée aux sciences naturelles, le lundi 27 avril 1885, à une heure, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredi, vendredi et lundi de chaque semaine à la même heure.

Il traitera de la météorologie et de la climatologie dans leurs rapports avec les sciences naturelles et l'agriculture. Il exposera notamment les phénomènes dépendant du rayonnement, du mouvement des masses aériennes, ainsi que de l'action calorifique électrique et hygrométrique de l'atmosphère.

— *Erratum.* — Page 357, col. 2, dernier mot de la ligne 19, au lieu de *fermée*, lire *formée*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques, par le docteur J. BABINSKI. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Contribution à l'étude des déchirures du col de l'utérus, par L. JACQUELOT, ancien interne des hôpitaux. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Premiers pansements des fractures ouvertes, par le docteur LARGEAU. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Examen critique des principaux procédés de pulvérisation des eaux minérales, par le docteur P. BENARI. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Étude sur l'hygiène de Moïse et des anciens Israélites, par le docteur Noël GUENEAU DE MUSSY. In-8°. — Prix : 75 centimes. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Les gourmes infantiles, leur séméiologie, leur traitement par les tissus imperméables, par le docteur DESCROIZILLES. In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot 19, rue des Saints-Pères. — 17720.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. »	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'hygiène de l'enfance est, à juste titre, l'une des plus instantes préoccupations de l'Académie; on en a vu assez de preuves par les discussions fréquentes dont elle a été le sujet dans son sein, par les travaux ininterrompus de sa commission spéciale et par les communications nombreuses dont elle est l'aboutissant. Tout récemment encore, soit à l'occasion de la question de la dépopulation en France ou de la mortalité infantile produite par la syphilis, la question est revenue à l'ordre du jour et elle a donné lieu aux communications importantes de MM. Roussel, Le Fort, Lunier, Rochard, etc., que nos lecteurs connaissent; enfin le rapport annuel de M. Devilliers sur les mémoires envoyés à l'Académie pour l'exercice 1883, tout témoigne de l'activité avec laquelle les intérêts de la vie et de la santé des enfants ont été pris en mains au dehors comme au dedans de son enceinte. C'est ce même esprit qui a inspiré la communication qu'a faite hier M. Foville à l'Académie sur les dispensaires d'enfants malades. Placé à même, par ses fonctions d'inspecteur général des services administratifs, de connaître de première main tout ce qui se fait dans cet ordre de choses, M. Foville est venu rendre un compte extrêmement favorable sur les nouveaux établissements désignés sous le nom de dispensaires d'enfants malades, dont M. Gibert (du Havre) a eu l'heureuse initiative et qui se sont multipliés depuis, en France et en Europe, sous la double influence du bon exemple donné par notre distingué confrère du Havre et des exhortations de l'administration supérieure. Les résultats en sont, paraît-il, des plus satisfaisants, et de nature à faire espérer que par leur multiplication les établissements de ce genre sont appelés à rendre les plus grands services. Les discours académiques sont bons, et ils l'ont bien prouvé par l'impulsion qu'ils ont donnée, mais l'action est meilleure encore.

L'Académie a repris hier la discussion interrompue sur l'érysipèle; elle a entendu sur ce sujet MM. Hervieux et Trélat. La discussion devant continuer dans la prochaine séance, nous attendrons qu'elle soit arrivée à son terme, pour en résumer l'esprit général.

La séance a commencé par une élection d'un membre associé national. C'est M. Denucé (de Bordeaux) qui a été élu. D'autres élections vont se succéder rapidement dans les prochaines séances.

HOPITAL NECKER. — M. Le Fort.

Luxation sterno-claviculaire; guérison par un mode particulier de contention.

La malade couchée au n° 5 de la salle Sainte-Marie, et qui portait une luxation sterno-claviculaire en avant, est sortie avant-hier guérie sans difformité de sa luxation. Je crois intéressant d'appeler votre attention sur le traitement que j'ai employé.

Cette jeune fille, âgée de seize ans, était entrée le 18 décembre dernier, dans le service de M. le professeur Potain, pour un rhumatisme articulaire. Allant mieux le 20 janvier dernier et voulant se rendre utile, elle portait une charge, qu'elle lâcha tout à coup, la trouvant trop lourde pour ses forces. Dans ce mouvement, dont elle ne peut nous donner une notion exacte, elle sentit un craquement dans l'articulation sterno-claviculaire gauche et s'aperçut que la forme de la région était modifiée. En effet, M. Potain constata le lendemain l'existence d'une luxation incomplète de la clavicule en avant, et, quelques jours après, le 28 janvier, il me priait de la recevoir dans le service.

Le diagnostic n'offrait aucune difficulté ni aucune incertitude, car l'extrémité interne de la clavicule faisait sous la peau une saillie notable, la surface articulaire débordant dans ses deux tiers antérieurs le niveau du sternum. C'était donc une luxation en avant de l'extrémité interne de la clavicule, mais une luxation incomplète. La réduction était très facile. Il suffisait pour l'obtenir de tirer les deux épaules en arrière et de repousser directement la clavicule à sa place, par la pression des doigts. Il est vrai qu'aussitôt qu'on cessait cette manœuvre la luxation se reproduisait.

A la rigueur, nous aurions pu nous borner à laisser la clavicule dans sa position anomale, prévenir les accidents inflammatoires que peuvent amener les mouvements et assurer la consolidation des rapports nouveaux de la clavicule et du sternum par l'application d'une écharpe de Mayor.

Il faut, en effet, que vous sachiez que la non-réduction des luxations même complète de l'articulation sterno-claviculaire ne diminue que peu l'étendue et la force des mouvements. Heureusement pour les malades, car si la luxation est facile à réduire, le maintien de la réduction est fort difficile, et les observations de succès complet sont assez rares. Toutefois, comme il s'agissait d'une jeune fille, il était important d'éviter toute difformité dans cette région, et d'ailleurs il faut toujours en thérapeutique faire ce qu'on peut pour obtenir une guérison complète.

Que peut-on faire pour assurer la réduction? Il faut remplir trois indications : 1° écarter la clavicule du sternum pour prévenir le déplacement ou le chevauchement si fréquent dans les luxations complètes en avant; 2° presser sur la clavicule pour la maintenir en place; 3° empêcher les mouvements de l'épaule, indication facile à remplir avec une écharpe de Mayor.

Ce qui fait la facilité de la réduction est précisément ce qui fait la difficulté de la maintenir. Quand on a réduit une luxation du coude, le parfait emboîtement de la trochlée entre l'olécrane et l'apophyse coronoïde maintient la réduction. La tête fémorale rentrée dans sa cavité a peu de tendance à en sortir, malgré la rupture des ligaments. Quand la tête humérale a repassé par l'ouverture accidentelle de la capsule, elle reste en place, sauf des mouvements intempestifs, car dans toutes ces articulations les muscles tendent à presser l'une contre l'autre et à retenir en rapport les surfaces articulaires. Dans l'articulation sterno-claviculaire, rien de semblable. Si l'articulation appartient à celles qu'on peut appeler par emboîtement réciproque, les concavités et les convexités qui s'opposent sont faiblement marquées; lorsque la luxation complète a lieu, les ligaments sont complètement rompus et les muscles, par leur contraction, loin de tendre à serrer l'une contre l'autre les surfaces articulaires, tendent au contraire à les écarter.

La première indication, celle qui consiste à tirer l'épaule en dehors et en arrière, est assez facilement remplie. Le corset de Brasdor, le bandage de Desault, ont été assez souvent insuffisants. Je me contente d'entourer de deux anneaux, faits avec de la ouate renfermée et roulée dans du linge, le haut du bras et l'épaule. Les deux bracelets sont rapprochés par derrière par une courroie que je serre autant qu'il est nécessaire, et pour reporter davantage les épaules en arrière, j'ai interposé un coussin assez épais entre la colonne vertébrale et la courroie transversale. La gêne que causent cette traction et la présence du coussin n'est pas grande, même dans le décubitus dorsal.

La seconde indication est plus difficile à remplir. Desault, pour presser sur la clavicule, employa des compresses graduées, retenues et serrées par des tours de bande; l'appareil se dérange facilement, la pression est illusoire, aussi Desault ne réussit-il que très incomplètement; Melier fit usage d'un ressort d'acier prenant son point d'appui sur un cadre matelassé appliqué sur le dos et venant presser sur la clavicule par l'intermédiaire d'une pelote concave. Nélaton se contenta d'employer un bandage herniaire anglais et réussit. Mais, outre que l'appareil se dérange facilement parce qu'il glisse sur la clavicule, la pression trop limitée peut irriter et excorier la peau; c'est ce qui est arrivé à Guersant. Chez une petite fille de sept ans, l'appareil resta en place trois semaines, malgré la rougeur; mais chez un autre enfant, il fut obligé de retirer l'appareil après quelques jours.

Laugier, chez un adulte, voulut maintenir la réduction avec le tourniquet de J.-L. Petit : le résultat fut une escarre dont la chute mit à découvert la clavicule.

J'ai cherché à parer à ces inconvénients en répartissant la compression sur une large surface et en prévenant autant que possible le déplacement de l'appareil compressif. Voici le moyen que j'employai pour la première fois, l'année dernière, sur une de mes malades de l'Hôtel-Dieu, atteinte de luxation complète en avant et avec chevauchement de la clavicule gauche. Après avoir attiré les épaules en arrière par l'appareil que vous m'avez vu employer chez notre malade et avoir réduit la luxation, je pris un morceau de gutta-percha ramollie par l'eau chaude et assez large pour couvrir les deux articulations sterno-claviculaires, les deux tiers de la clavicule luxée, le bas du cou et le haut de la poitrine. Je moulai ainsi la région ramenée à sa forme normale, et, pour accélérer le durcissement de la gutta, je la soutins avec un sachet de tarlatane rempli d'un mélange de glace pilée et de sel. Une fois la pièce durcie, je la recouvris d'un épais tampon de ouate, afin de donner prise aux bandes qui me servaient à maintenir la compression. Le succès fut complet; je retirai l'appareil au bout d'un mois, je maintins le bras en écharpe une quinzaine de jours encore, et la malade sortit de l'hôpital sans qu'aucune déformation rappelât la luxation.

J'ai fait la même chose à notre malade le 29 janvier; j'eus soin d'interposer une très mince couche de ouate sous la gutta-percha pour adoucir la pression et empêcher l'humectation de la peau, constante sous la gutta; mais, au lieu de bandes, je me servis, pour maintenir la compression, d'un bandage herniaire français, passant sous l'aisselle droite, puis au-dessus de l'épaule gauche, et dont la pelote appuyait sur la plaque de gutta-percha. La malade n'a éprouvé aucune douleur, à peine de la gêne. Nous avons pu retirer l'appareil le 20 février, sans que la luxation ait aucune tendance à se reproduire, et la malade a désiré sortir le lendemain. Toute saillie anomale de la clavicule gauche a disparu et la symétrie est parfaite.

Le point particulier de ce traitement est l'interposition de la gutta-percha qui, en se moulant sur les saillies osseuses du sternum, des deux clavicules, du sterno-mastoïdien, sur la dépression sus-claviculaire, a peu de tendance à se déplacer, et qui, de plus, répartit la compression sur une plus grande surface de la clavicule.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Vomissements incoercibles de la grossesse ; mort.

Par M. E. Sonrier, médecin principal en retraite.

Parmi les accidents de la grossesse, nul n'est plus à redouter que les vomissements incoercibles, pendant les premiers mois de la gestation; et bien que la thérapeutique, qui a puisé ses inspirations dans l'étude des connexions nerveuses sympathiques qui existent entre l'estomac et l'utérus, soit armée d'une foule de remèdes, de trop nombreux exemples prouvent que cette complication est trop souvent mortelle, tandis qu'une intervention prompte eût fait cesser presque immédiatement ces accidents redoutables.

Mais si la question est aujourd'hui résolue affirmative-

ment, la question d'opportunité laisse encore flotter indécise la science du médecin, qui suppute trop longtemps, dans une expectation homicide, les chances adverses ou favorables, ne peut se résoudre à tuer, dans le sein de sa mère, un enfant plein de vie, laisse passer le moment physiologique, l'occasion d'agir, pour rester spectateur impuissant d'un drame qui se dénoue fatalement par la mort de deux existences qu'on aurait pu sauver.

Mme L..., vingt-cinq ans, de Bazegney (Vosges), bien constituée, quoique de santé délicate, mariée depuis quatorze mois, nous fait appeler, le 24 mai, pour vomissements incoercibles.

Quoique assez bien réglée, elle avait eu, quelques mois avant son mariage, des vomissements qui ont résisté, pendant six semaines, aux médications employées.

Enceinte de trois mois, elle n'a commencé à vomir que vers le 15 avril, d'abord rarement, puis tous les jours sans discontinuer, jour et nuit, des matières vertes, bilieuses, striées de sang, avant et après le repas. Facies altéré, amaigrissement, prostration, vertiges, anorexie, soif modérée, langue normale.

Son médecin avait prescrit un vésicatoire sur l'épigastre, boissons gazeuses, pointes de feu, sans succès. Nous ajoutons poudre de fève de Saint-Ignace et colombo, vésicatoire morphiné, bouillons froids; lait et lavement de bouillon.

29 *mai*. Un peu d'amélioration; les vomissements sont moins fréquents. Pouls 90, faible; glace pour boisson, opium.

2 *juin*. Un peu de sommeil, vomissements plus rares, débilité considérable.

22 *juin*. Les vomissements sont revenus; douleurs vives; demande à être délivrée. Nous prescrivons des douches chaudes et froides alternées sur le col, dans le double but d'obtenir, par cette médication topique, soit une tolérance de l'estomac, soit un avortement.

28 *juin*. Amélioration considérable, mais éphémère; les vomissements ont bien cessé, mais l'état de malaise et de dégoût persiste. Insomnie, amaigrissement rapide; les douches mal faites n'ont pas été continuées.

2 *juillet*. Vomissements opiniâtres; pâleur, anémie, débilité profonde, lèvres fuligineuses, dents encroûtées de crasse épaisse, langue écarlate, brûlure œsophagienne, haleine acide et fétide, constipation, urines rares. Pouls 120, faible. Développement de la matrice qui remonte à l'ombilic, et cependant le stéthoscope n'entend rien encore dans cet organe silencieux.

Potion de chloral et de bromure de potassium, puis d'iodure de potassium. Chloroforme pour endormir les contractions spasmodiques.

6 *juillet*. Elle a moins vomi, calme d'épuisement, face jaune, ailes du nez pointillées de noir. Pouls, 125. La vitalité s'épuise dans cette lutte inégale où il faut déployer tant de force.

Puisque nous n'avons rien obtenu des remèdes, ici se pose, impérieuse, la question d'opportunité d'avortement. Car si une intervention prématurée peut être nuisible, ici elle est indiquée, et l'expectation prolongée précipite le dénouement vers une mort prochaine; mais pour avoir trop attendu, ne nous heurtons-nous pas à une contre-indication grave? Qu'une hémorrhagie légère, 60 ou 80 grammes, survienne, et nous perdons notre malade; nous n'aurons pas même la ressource de lui administrer des hémostatiques, que son estomac révolté ne tolérera pas. Et puis. l'avortement arrête-t-il toujours les vomissements? Combien de fois ne les a-t-on pas vu cesser spontanément? On attend: sécurité trompeuse! Si on n'agit pas, on va voir s'éteindre, d'inanition et d'épuisement, cette faible étincelle de vie. Que faire dans cette cruelle alternative? D'un côté, cette femme vous supplie de ne pas la laisser mourir; de l'autre, le prêtre vous crie: *Non occides!* Le doute paralyse notre volonté, fait hésiter notre irrésolution... Nous avons attendu.

10 *juillet*. Les vomissements ont cessé depuis trois jours; amélioration trompeuse, tolérance d'épuisement. Pouls, 130. Ventre ballonné.

12-15 *juillet*. Ne peut plus vomir, mange avec avidité de la salade, qui passe à travers l'intestin, comme dans un tube inerte; diarrhée, débilité extrême, voix éteinte. Pouls, 130. Insomnie. Malgré le développement du ventre, on ne sent ni ballottement, ni souffle placentaire, ni battements redoublés. Déjà un silence de mort.

1er *août*. Marasme. Meurt le 10.

Cette observation nous rappelle une leçon très intéressante, faite par Stolz, à Strasbourg en 1865.

Le célèbre professeur raconte qu'il vient de perdre en ville, à la suite de vomissements, une jeune femme, enceinte pour la troisième fois.

A la première grossesse, elle a eu des vomissements qui se sont calmés, et elle a accouché d'un garçon, qui vit.

La deuxième fois qu'elle est enceinte, les vomissements ont encore lieu, mais moins forts et moins persistants, et elle met au monde une fille bien portante.

Depuis sa deuxième grossesse, elle a été épouvantée. Elle est souffrante; vertiges, douleurs vagues, anémie, caractère sombre, pressentiments tristes. C'est dans ces conditions fâcheuses, sur lesquelles insiste le professeur, qu'elle devient enceinte pour la troisième fois.

Quelques jours après, les vomissements reparaissent menaçants, incoercibles, sans trêve ni repos, depuis une heure du matin jusqu'à onze heures du soir; soit qu'elle prenne du bouillon ou garde la diète. Cet état dure depuis plus de deux mois, et, malgré sa santé profondément altérée, on espère que comme dans les grossesses précédentes, ils cesseront encore... Il faut attendre.

Après trois mois, les vomissements cessent, mais sa santé est délabrée; sensibilité exaltée, motilité abolie, paralysie qui monte des membres inférieurs à la vessie, à la poitrine; la respiration s'embarrasse et elle meurt.

Fallait-il provoquer l'avortement? « Comprenez-vous, nous disait Stolz, que moi, le promoteur de ce moyen extrême, qui pouvait la sauver, j'ai reculé. » Et il regrettait de n'avoir pas suivi sa première inspiration.

S'il fut jamais une question d'obstétrique difficile à résoudre, c'est bien celle de l'opportunité de l'intervention dans les cas de vomissements incoercibles. Tous les grands accoucheurs sont d'avis d'agir au plus vite et de ne pas attendre que l'opération ne soit plus praticable. Il y a là un corps devenu étranger, qui détermine une irritation, une inflammation même, qui par des phénomènes réflexes, met en péril les jours de la malade. Il faut agir. Mais comment? Si chez une femme névropathique, anémique, vous voyez persister pendant deux ou trois mois les vomissements qui résistent aux antispasmodiques, etc., essayez la dilatation digitale du col, qui a réussi à M. Copeman (de Norwich) (*Gazette des hôpitaux*, 1879, n° 115). Si cette médication est inefficace, agissez plus énergiquement par des cautérisations sur le col afin d'opérer une révulsion salutaire (Dr Mauny, de Mortagne). Ce traitement nous paraît rationnel; en effet, nous avons remarqué, depuis longtemps déjà, que les troubles gastriques avec dyspepsie, se rattachant à la leucorrhée, se trouvent heureusement modifiés, guéris même, par des cautérisations de nitrate d'argent sur les érosions du col. Cette médication contenait en germe l'application du fer rouge sur la matrice gravide. Nous l'avons appliquée chez une femme enceinte de quatre mois et demi, que des vomissements incoercibles avaient réduite à la dernière extrémité. Après quatre cautérisations, à trois jours d'in-

tervalle, les vomissements sont devenus plus rares, puis ont cessé, et la mère a pu mettre au monde un enfant en parfaite maturité.

Enfin, si ce dernier moyen échoue, provoquer de suite l'avortement, car chaque indécision est une faute; chaque retard nous précipite vers une mort imminente qui n'est plus éloignée que de quelques vomiturítions.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 avril 1885. — Présidence de M. BERGERON.

CORRESPONDANCE

Elle comprend une lettre de M. Oré (de Bordeaux) qui remercie l'Académie de l'avoir nommé membre correspondant national.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé national. La liste de présentation porte : en première ligne, M. Desgranges (de Lyon); en deuxième, M. Denucé (de Bordeaux); en troisième, M. Tholozan (de Téhéran).

Sur 67 votants, majorité 34,

M. Denucé obtient.	45 voix
M. Desgranges	17 —
M. Tholozan	5 —

M. Denucé ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé élu.

LECTURE

Dispensaires pour enfants malades. — M. FOVILLE donne lecture d'un travail sur les dispensaires d'enfants malades, institutions nouvelles qui lui paraissent destinées, si elles se multiplient, à rendre des services pratiques de la plus haute importance à la classe des enfants indigents des grandes villes.

M. Foville s'étend surtout sur l'établissement de ce genre fondé au Havre par M. le docteur Gibert et qui a donné des résultats tellement favorables au double point de vue du bien réalisé et de la modicité de la dépense, que, sur le rapport qu'il en a fait au ministre de l'intérieur, ce ministre a fait rédiger une circulaire destinée à faire connaître le dispensaire du docteur Gibert et à le proposer aux administrations et institutions charitables comme un exemple à imiter.

Un certain nombre d'expériences semblables ont été faites depuis, tant en France qu'à l'étranger, et partout elles ont donné de bons résultats.

Il y a en ce moment sept dispensaires pour enfants malades créés en France; il y en a, en outre, un à Genève, un à Mulhouse et un à Rio-de-Janeiro.

Sur les sept nouveaux dispensaires français, il y en a quatre en province, un à Clermont-Ferrand, deux à Rouen et un second au Havre. Les trois autres sont à Paris.

M. Foville donne quelques renseignements sur chacun de ces derniers; puis il résume son travail en ces termes :

Ces quelques mots suffiront pour montrer que l'idée conçue par M. le docteur Gibert, et mise en pratique sans le concours d'aucune administration publique, est une idée juste et féconde. Plus elle sera largement appliquée, plus elle contribuera à améliorer l'hygiène de l'enfance là où elle a le plus besoin d'amélioration, dans les grandes villes industrielles. Partout où, jusqu'à présent, elle a été mise à l'épreuve, elle a produit des résultats excellents. Il est donc à désirer que ces institutions thérapeutiques se multiplient le plus possible.

M. Foville exprime le vœu que l'Académie veuille bien se joindre à l'Administration supérieure dans les exhortations qu'elle est disposée à renouveler en ce sens.

Le travail de M. Foville est renvoyé à la commission de l'hygiène de l'enfance.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'érysipèle.

DISCUSSION SUR L'ÉRYSIPÈLE

M. HERVIEUX s'applique à démontrer que l'érysipèle est une des dépendances de la septicémie chirurgicale, aussi bien qu'une des formes de la septicémie puerpérale. La septicémie puerpérale, en effet, ne se traduit pas seulement par la fièvre puerpérale, la phlébite, la lymphangite, mais aussi par l'érysipèle.

A l'appui de cette opinion qu'il y a identité entre la septicémie et l'érysipèle, M. Hervieux cite un grand nombre de faits dans lesquels l'érysipèle a engendré la septicémie puerpérale, et d'autres faits où, réciproquement, la septicémie puerpérale a engendré l'érysipèle.

Par exemple, un médecin occupé à inciser un érysipèle phlegmoneux est appelé pour faire un accouchement. La femme qu'il a ainsi accouchée eut une fièvre puerpérale. Un homme atteint d'érysipèle le transmet à sa femme; leur fille accouche peu de jours après et est atteinte de fièvre puerpérale. Une petite fille est prise d'érysipèle, le transmet à sa mère, qui peu de jours après est atteinte de fièvre puerpérale, et accouche d'un enfant qui meurt d'érysipèle.

M. Hervieux cite beaucoup d'autres faits de génération de l'érysipèle par la fièvre puerpérale, et réciproquement de la fièvre puerpérale par l'érysipèle. Lorsque la fièvre puerpérale régnait à la Maternité, M. Hervieux a souvent lui-même transporté l'érysipèle dans sa clientèle de la ville. Depuis bientôt vingt ans que la Maternité est désinfectée, il n'a plus jamais vu se produire un seul exemple de ce mode de propagation.

Ces faits prouvent l'identité entre la septicémie chirurgicale et la septicémie puerpérale, d'une part, et, d'autre part, entre la septicémie et l'érysipèle. Ils prouvent en outre que ces deux affections peuvent s'engendrer mutuellement.

De ces faits, M. Hervieux croit donc pouvoir conclure :

1° Qu'il y a identité de nature entre l'érysipèle et la septicémie, qu'elle soit puerpérale ou chirurgicale;

2° Que l'érysipèle, n'étant qu'une des expressions de la septicémie, peut engendrer par contagion cette dernière, comme la septicémie engendre l'érysipèle;

3° Que l'érysipèle impose par conséquent aux chirurgiens comme aux médecins l'emploi des mêmes mesures préservatrices que la septicémie elle-même.

M. TRÉLAT rappelle que parmi les orateurs qui ont pris part à cette discussion, les uns admettent, comme vient de le faire M. Hervieux, une relation intime entre l'érysipèle et la septicémie; d'autres n'admettent ni identité ni même analogie entre les deux affections. La science jusqu'ici n'est pas encore fixée sur la nature de l'agent vivant microbien qui produit l'érysipèle. Quoi qu'il en soit, cliniquement l'érysipèle ne se comporte pas habituellement comme la septicémie. Il y a des érysipèles bénins qui n'ont rien de commun avec les érysipèles si graves qu'on observait surtout avant l'antisepsie. M. Alphonse Guérin affirme, depuis qu'il emploie le pansement ouaté, n'avoir plus jamais observé d'érysipèles traumatiques. MM. Verneuil, Polaillon, Le Fort, bien qu'ayant recours à la méthode antiseptique, déclarent avoir observé quelques cas d'érysipèles. D'où vient cette différence? L'érysipèle et la septicémie ne sont pas la même chose, et cependant on s'en préserve de la même façon, par les mêmes moyens. Nous faisons tous de l'antisepsie, mais par des moyens divers. Ces moyens peuvent se résumer en deux grands procédés : 1° lavages fréquents enlevant tous les matériaux qui peuvent devenir les agents de septicémie; 2° fermeture des plaies que l'on met à l'abri des agents extérieurs par les pansements rares ou prolongés. Or le chirurgien qui fait des pansements rares se met plus souvent à l'abri de la contagion de l'érysipèle que celui qui emploie les lavages fréquents. M. Trélat ne croit pas que cette plus grande fréquence de l'érysipèle, dans ce dernier cas, soit due à l'action irritante de certains pansements antiseptiques, phéniqués ou autres. Il croit qu'en changeant

plus souvent les pansements on s'expose à voir plus facilement apparaître l'érysipèle sous l'influence de l'action plus souvent répétée des agents extérieurs.

Dans ses deux dernières années d'exercice à l'hôpital Necker, M. Trélat a observé deux cas d'érysipèle, dont un très grave, mais qui ne s'est pourtant pas terminé par la mort. Depuis six mois qu'il est à la Charité, il n'a observé que deux cas d'érysipèle de la face, extrêmement légers et étant survenus sur une région éloignée (la face) du siège de la blessure ou de l'opération. Encore l'une de ces deux malades avait-elle une prédisposition telle qu'elle en était à son treizième érysipèle.

M. Trélat recherche la réunion immédiate et a recours aux pansements rares. Dans bien des cas, les malades sont guéris après un deux ou trois pansements, sans la moindre trace de suppuration. Lorsque le succès trompe son effort et qu'il n'a pu parvenir à éviter la suppuration, il laisse les pansements rares pour les grands lavages, fréquemment renouvelés. Quoi qu'il en soit, le chirurgien est toujours tenu aux mêmes précautions antiseptiques.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. Théophile Anger présente un malade qui a eu un anévrysme de la fémorale, traité sans succès par la compression, transformé en anévrysme artérioso-veineux et opéré par l'ancienne méthode, c'est-à-dire la large ouverture du sac. Ce malade a très bien guéri.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1885.

Par M. le docteur Passant.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	16	20	5	41
2e	15	21	4	40
3e	27	35	3	65
4e	33	43	22	98
5e	22	41	8	71
6e	21	25	2	48
7e	15	28	5	48
8e	6	12	3	21
9e	16	19	3	38
10e	42	41	12	95
11e	76	117	37	230
12e	34	45	16	95
13e	43	85	29	157
14e	42	62	20	124
15e	43	77	17	137
16e	15	13	4	32
17e	37	76	22	135
18e	52	113	35	200
19e	46	84	37	167
20e	69	116	61	246
	670	1 073	345	2 088

La moyenne des visites par nuit est de 23 20/100. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 21 23/100.

Visites du premier trimestre de 1884.	1 932
Visites du premier trimestre de 1885.	2 088
Différence en plus	156

Les hommes entrent dans la proportion de 32 p. 100;
Les femmes — — 51 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 17 —

MALADIES OBSERVÉES.

A. Angines et laryngites.	106	**E.** Affections cérébrales. Paralysies.	110
Croup	48	Convulsions, éclampsie.	103
Coqueluche	6	Névralgie	61
Ophthalmie	1	Névroses	65
Corps étranger de l'œsophage	1	Épilepsie	23
B. Asthme	44	Aliénation mentale	7
Affections du cœur	76	Alcoolisme, delirium tremens	12
Bronchites aiguës et chroniques	144	Rage	1
Pleuro-pneumonie	100	**F.** Rhumatisme	25
Congestion pulmonaire	15	Affections éruptives	64
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	104	Fièvre intermittente	7
Cholérine	29	Fièvre typhoïde	41
Dysenterie	3	Hémorrhagies de causes internes et externes	70
Athrepsie	14	**G.** Plaies, contusions	109
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	79	Fractures, luxations, entorses	39
Hernie étranglée	15	Brûlures	6
Rétention d'urine	18	Empoisonnements	12
Orchite	3	Asphyxie par le charbon	8
Chute du rectum	1	Submersion	3
D. Métrite, métro-péritonite.	37	Suicide	5
Métrorragie	30	**H.** — Mort à l'arrivée du médecin	56
Fausse couche	55	Total	2088
Accouchement, délivrance.	285		
Accouchemts non terminés.	47		

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

CIRCULAIRE

Au sujet des examens d'aptitude des docteurs en médecine et des pharmaciens de première classe, candidats au grade d'aide-major de deuxième classe dans la réserve de l'armée active ou dans l'armée territoriale.

LE MINISTRE DE LA GUERRE

A MM. les gouverneurs militaires de Paris et de Lyon, les généraux commandant les corps d'armée.

Paris, le 18 avril 1885.

Mon cher Général,

Une lettre collective n° 31, en date du 19 mars dernier, insérée au *Journal militaire officiel* (partie réglementaire, n° 19, p. 481), vous a invité à faire procéder à l'examen d'aptitude auquel sont astreints, par le décret du 10 janvier 1884, à partir du 1er janvier 1885, les docteurs en médecine et les pharmaciens diplômés de première classe aspirant à être nommés au grade d'aide-major de deuxième classe, dans le cadre des officiers de réserve ou de l'armée territoriale.

Quelques doutes se sont élevés sur la question de savoir si l'application de ces dispositions aurait un effet rétroactif.

J'ai l'honneur de vous informer que cette question m'a paru devoir être résolue par la *négative*. En conséquence seront dispensés dudit examen :

1° Les candidats reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe qui sont actuellement l'objet d'une proposition régulière pour l'emploi d'aide-major de deuxième classe, soit dans la réserve de l'armée active, soit dans l'armée territoriale.

2° Les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe qui sont déjà en possession de titres provisoires, et pour lesquels des mémoires de proposition n'ont pas encore pu être

établis, en raison des délais nécessaires pour la production des pièces exigées.

Comme conséquence de ces dispositions, à partir de l'envoi de la présente lettre, il ne sera plus délivré de titres provisoires aux docteurs en médecine et aux pharmaciens de première classe.

Toutes les fois qu'il aura été procédé à une série d'examens, vous voudrez bien me faire parvenir une liste indiquant les nom, prénoms et domicile des candidats qui y auront pris part.

Cette liste sera divisée en deux parties : la première, comprenant les candidats admis ; la seconde, comprenant les candidats refusés. Elle devra toujours être accompagnée, pour les candidats admis, des mémoires de proposition, qui continueront à être établis dans la même forme que précédemment.

Les Facultés de médecine et les Écoles de pharmacie me faisant connaître les réceptions des docteurs en médecine et des pharmaciens de première classe, je vous adresserai, comme par le passé, des feuilles de renseignements, destinées à me fixer sur la situation militaire des intéressés. Je ne saurais trop insister pour que les indications portées sur ces feuilles soient de la plus rigoureuse exactitude, des erreurs ou des omissions ayant été constatées à plusieurs reprises, surtout en ce qui concerne les dates des passages successifs dans la réserve de l'armée active et dans l'armée territoriale.

M. le directeur du service de santé devra prendre note, très exactement, des noms des docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe, pour lesquels des feuilles de renseignements auront été transmises et qui n'auront pas été signalés comme impropres au service militaire.

Il pourra, ainsi, se rendre compte du nombre de candidats appelés à prendre part aux examens, pour lesquels il sera, alors, à même de vous proposer la date la plus convenable. Il conviendra, à cet égard, de ne pas trop espacer les époques, afin que le recrutement des médecins de réserve ne soit pas exposé à rester suspendu.

Vous voudrez bien communiquer à MM. les préfets des départements la présente dépêche, dont je vous adresse, ci-joint, des exemplaires, pour qu'elle reçoive toute la publicité désirable.

E. Campenon.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

101. M. Max Wassermann. De la peptonurie et de la physiologie des peptones. — 102. M. Ismail Rifat. Études sphygmographiques relatives aux maladies du cœur et de l'aorte. — 103. M. Lescarret. Essai sur la pathogénie et le traitement des vomissements dans la phthisie pulmonaire. — 104. M. Maritoux. Contribution à l'étude de la sclérotomie, et particulièrement des sclérodermes en plaques ou morphées. — 105. M. Tardif. Contribution à l'étude des accidents consécutifs aux lésions du nerf sus-orbitaire. — 106. M. Sarrasin. Du traitement de l'hydrocèle par les injections de sublimé. — 107. M. Studer. Endocardite ulcéreuse. — 108. M. Lévêque. De l'occlusion intestinale produite par les rotations de l'intestin, et en particulier par celles de l'intestin grêle. — 109. M. Pétiau. Étude sur la phthisie dans ses rapports avec la grossesse, l'accouchement et la lactation. — 110. M. Hollenfeltz. Des déviations rachitiques du thorax et de leur influence sur les maladies du cœur. — 111. M. Abadie. Essai sur quelques accidents de la première dentition. — 112. M. Méry. De quelques accidents utérins chez les rhumatisantes. — 113. M. Forgeot. Contribution à l'état des pleurésies au cours des affections cardiaques. — 114. M. Petitjean. Contribution à l'étude de la balano-posthite gangreneuse, consécutive aux chancres mous sous-préputiaux. — 115. M. Duchatellar. Considérations sur la genèse et l'étiologie de l'hépatite suppurée. — 116. M. Cormach. Du traitement de l'emphysème chronique par l'opération d'Estlander.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 avril 1885, M. Parat, aide-pharmacien de la marine, démissionnaire, a été nommé, dans la réserve de l'armée de mer, au grade d'aide-pharmacien.

— Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central s'ouvrira le jeudi 28 mai 1885, à quatre heures du soir, à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Les docteurs en médecine qui voudront y prendre part devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, 3, de midi à trois heures, et y déposer leurs titres. Le registre d'inscription sera ouvert lundi prochain 27 avril, et fermé le mardi 12 mai 1885, à trois heures.

— MM. les médecins des XIVe et XVe arrondissements de Paris sont informés qu'il sera procédé, dans une des salles de la mairie de chacun de ces arrondissements, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance : pour le XIVe arrondissement, le jeudi 23 avril, et pour le XVe arrondissement, le dimanche 26 avril.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Delamarre, professeur de botanique et de zoologie, est nommé professeur honoraire.

M. Bureau, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, suppléant, est nommé professeur de botanique et zoologie à ladite École, en remplacement de M. Delamarre, nommé professeur honoraire.

M. Rouxau (Alfred-Charles-Cyprien), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Prouho, licencié ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire de Roscoff, de la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Pruvost, appelé à d'autres fonctions.

M. Pruvost, docteur, ès sciences, est nommé maître des conférences de zoologie, en remplacement de M. Joyeux-Laffuie, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Luys reprendra ses leçons sur la structure et les maladies du système nerveux, à l'hôpital de la Charité, le jeudi 30 avril, à dix heures (amphithéâtre du deuxième étage), et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Les cours de cette année auront pour objet la structure et les maladies du cerveau.

— M. le docteur Grancher, professeur de clinique des maladies des enfants, commencera son cours à l'hôpital des Enfants-Malades, le samedi 2 mai 1885, à dix heures du matin.

Divisions du cours : le samedi, leçon clinique à l'amphithéâtre; le mardi, leçon au lit des malades; le jeudi, démonstrations au laboratoire.

Tous les jours, à neuf heures du matin, visite des malades.

— M. le docteur H. Picard commencera, le lundi 27 avril, à cinq heures, 13, rue Suger, un cours public sur les maladies des voies urinaires, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— *Muséum.* — M. le docteur Hamy, aide-naturaliste, en l'absence de M. le professeur de Quatrefages, commencera le cours d'anthropologie ou histoire naturelle de l'homme, le jeudi 23 avril 1885, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, à trois heures de l'après-midi, et le continuera les samedis et jeudis suivants à la même heure.

Ce cours sera consacré à l'étude détaillée des races humaines de l'Afrique.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'aphasie et de ses diverses formes, par le docteur Bernard. 1 vol. in-8° de 211 pages avec 32 figures.— Prix : 4 francs. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier.

Contribution à l'étude de la diathèse néoplasique. : *De la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille*, par le docteur Ricard. In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Une septicémie expérimentale, par le docteur Charrin. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Berthier.

Du mouvement de l'aliénation mentale en France de 1835 à 1882, par le docteur L. Lunier, inspecteur général honoraire du service des aliénés de France. Gr. in-8° de 20 pages et tableau. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, F. Savy.

Examen critique des principaux procédés de pulvérisation des eaux minérales, par le docteur P. Bernard. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier.

Du traitement du cancer utérin, par T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, G. Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17729.

N° 48. — SAMEDI 25 AVRIL 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 25 AVRIL 1885. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois · **10** fr. » — 6 mois · **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des opérations palliatives dans le traitement des polypes naso-pharyngiens.

Pendant que M. Trélat faisait à l'Académie de médecine les intéressantes communications que nos lecteurs connaissent, relatives à la valeur des opérations plastiques sur le palais et à la détermination de l'âge auquel il convient de les pratiquer, il entretenait les auditeurs de sa clinique d'un sujet analogue, au point de vue de la part à faire, dans la détermination du moment et du mode d'intervention chirurgicale, à la considération de l'âge des sujets et de la connaissance des évolutions naturelles de l'affection ; nous voulons parler de l'importante question de l'intervention opératoire dans les polypes naso-pharyngiens.

Mais avant de dire quelle est l'opinion actuelle de M. Trélat sur cette question et quelle est sa manière d'agir à cet égard, rappelons en quelques mots le fait qui lui a fourni le texte de cette leçon.

Il s'agit d'un jeune garçon de quatorze ans, auquel il avait pratiqué quelques jours auparavant la section du voile du palais, pour aller à la recherche d'un polype naso-pharyngien et en opérer l'ablation partielle.

Ce jeune garçon bien constitué, quoique délicat, avait commencé à ressentir en décembre 1883 une sensation de pesanteur de tête, mal de gorge et soulèvement du voile du palais en avant, s'accompagnant de gêne de la parole et d'exhalation d'une mauvaise odeur, odeur gangreneuse. Un médecin consulté à cette époque pensa qu'il s'agissait d'un polype fibreux. Peu de temps après, en janvier 1884, à ces symptômes vinrent s'ajouter plusieurs saignements de nez successifs. Un examen attentif fit reconnaître une tumeur faisant saillie en arrière et au-dessous de la voûte palatine. Le médecin enleva une portion de cette tumeur avec des pinces. A dater de ce moment, les maux de tête disparurent, ainsi que la gêne de la parole. Il crut que tout était terminé.

En novembre dernier, le malade fut pris de nouveau de gêne de la parole et de la manducation, le voile du palais était de nouveau soulevé et distendu. Il arriva, dans cet état de malaise croissant, jusqu'en décembre, où étant venu à Paris, il se présenta à l'hôpital de la Charité, à la consultation de M. Trélat, qui constata ce qui suit : gêne de la respiration, mais sans menace d'asphyxie ; la respiration ne se fait que par la narine droite, elle est toute nulle par la narine gauche, qui est complètement oblitérée. Il n'y a, du reste, aucune déformation de la face, ni aucune saillie des yeux. Les saignements de nez se répètent fréquemment depuis un mois. Point de céphalalgie pour l'instant, point de cette odeur caractéristique qui avait été constatée l'année dernière. L'éclairage des fosses nasales fit reconnaître que le fond de la narine gauche était complètement oblitéré : mais la tumeur elle-même n'était pas accessible à la vue. Par le toucher on sentait une tumeur ferme, bosselée, qui bouchait toute l'arrière-cavité des narines, laissant à peine passer un peu d'air par la narine droite. Rien d'ailleurs dans les poumons.

Du résultat de cette exploration qui avait eu lieu le 20 décembre, M. Trélat conclut qu'il n'y avait rien à faire pour le moment, et qu'il serait plus sage, après quelques jours de repos à l'hôpital, de renvoyer ce malade dans son pays. Cependant, le 7 janvier, se livrant à un nouvel examen, avant de prononcer l'*exeat*, M. Trélat fut frappé d'une forte odeur gangreneuse, exhalée par le malade. Il n'hésita plus alors ; appliquant le bâillon, il fit aussitôt une division du voile du palais dans toute la hauteur, alla saisir la tumeur avec une pince à large mors, et en arracha un fragment du volume d'une grosse noix environ.

Pourquoi, en présence d'un polype naso-pharyngien, qui en était déjà à sa seconde repullulation, qui n'entraînait pas, il est vrai, de déformation de la face, qui n'avait par conséquent pas propagé au loin ses racines, et qui ne constituait pas quant à présent un péril imminent pour la vie du malade, M. Trélat, au lieu de se conformer à la pratique de son ancien maître Nélaton en pareil cas, devenue celle de la plupart de ses collègues de la Société de chirurgie, et à ses propres antécédents, s'est-il borné à pratiquer chez ce jeune sujet une opération purement palliative ?

C'est dans la réponse à cette question que gît tout un problème nouveau, qui s'est posé depuis quelques années devant les chirurgiens, toute une évolution qui s'est opérée dans leurs esprits.

Aperçu historique sur les divers traitements chirurgicaux des polypes naso-pharyngiens depuis Flaubert.

Ce ne serait pas une des pages les moins intéressantes de l'histoire de la marche et des évolutions diverses qu'a

suivies la chirurgie de nos jours, que celle des traitements divers qui ont été proposés et successivement mis en œuvre contre les polypes naso-pharyngiens, depuis près d'un demi-siècle.

Nous ne reproduirons pas ici l'aperçu historique, qu'a fait à vol d'oiseau M. Trélat, de tous les procédés opératoires mis en usage depuis Hippocrate jusqu'au XVIIIe siècle : l'exsiccation, la cautérisation, l'excision, l'arrachement, le déchirement, la ligature, etc. Nous ne nous arrêterons même pas à la première période du XVIIIe siècle, 1717, qui marque cependant dans cette histoire une époque d'innovation et de progrès sur les méthodes jusqu'alors en usage, celle où Manne (d'Avignon) imagina d'aller chercher et attaquer le polype pharyngien à son lieu d'implantation, à travers une incision pratiquée au voile du palais. Un progrès nouveau, du moins l'a-t-on considéré longtemps comme tel, est celui qui a été introduit avec un certain éclat dans la pratique par Flaubert (de Rouen) en 1840, l'ablation préalable du maxillaire supérieur pour faciliter un accès large et facile jusqu'à la tumeur. Il inaugurait l'ère des opérations préliminaires. Flaubert, comme on le sait, trouva de nombreux imitateurs parmi lesquels se distinguèrent surtout Nélaton et M. Maisonneuve.

On n'a pas oublié le bruit que firent alors les succès de cette opération. La *Gazette des hôpitaux* de cette époque en a rapporté fidèlement les relations. Mais ces grands délabrements ne laissèrent pas que d'effrayer un peu et de produire un certain émoi. On chercha donc, tout en s'assurant les même bénéfices, à atténuer autant que possible l'étendue des sacrifices dont ils étaient le prix. De là les divers procédés des résections temporaires des os de la face, le procédé par la voie nasale de Chassaignac, ceux de Langenbeek, de M. Bœckel, qui n'en étaient que des variantes, celui de Huguier, de M. Ollier, etc., qui reposaient tous sur le même principe : déplacer en les rejetant en dehors, en haut ou en avant, les parties osseuses de la face mobilisées comme sur des charnières, afin de pouvoir enlever complètement la tumeur et la remettre en place après l'opération.

C'était assurément un progrès sur l'ablation complète.

Les choses en étaient là, lorsqu'en 1865, époque où la Société de chirurgie soumit cette question de médecine opératoire à une longue et sérieuse discussion, dont nos lecteurs de cette époque n'ont pas dû perdre le souvenir, des doutes commencèrent à se faire jour et sur l'efficacité et sur l'utilité de ces graves opérations. A côté des succès il y avait eu des cas de mort ; quelques-uns de ces succès eux-mêmes n'avaient été que temporaires ; d'assez fréquentes récidives avaient été signalées. Non sans provoquer une certaine surprise et quelques hochements de tête d'incrédulité, M. Legouest vint alors, au milieu de cette dicussion, déclarer qu'il ne pouvait se résoudre à considérer les mutilations préliminaires qui étaient à ce moment si en faveur, pour guérir cette affection, comme le dernier mot de la chirurgie.

« Guidé, disait-il, par cette considération que les polypes naso-pharyngiens sont des maladies du jeune âge, j'ai pensé qu'il serait peut-être possible d'éviter les infirmités considérables et souvent irrémédiables que laissent après elles l'ablation du maxillaire supérieur et la destruction de la voûte palatine, en ayant recours à des procédés opératoires qui, tout en respectant la face, permissent de répéter l'extirpation des tumeurs aussi souvent que cela serait nécessaire, et jusqu'au moment où les sujets arriven à l'âge où l'on n'observe plus de polypes naso-pharyngiens... »

M. Trélat, de son propre aveu, ne fut pas des derniers à manifester sa surprise. Mais l'avenir devait vérifier la justesse de l'observation de M. Legouest, et donner raison à la pratique plus sage et plus modérée d'expectation et d'intervention temporaire armée qu'il conseillait.

Par une coïncidence heureuse, dans cette séance même où M. Legouest venait de faire cette déclaration de principe, M. Alphonse Guérin rapportait avoir fait quelques semaines auparavant avec un plein succès l'excision partielle d'un polype naso-pharyngien, après simple section du voile du palais, avec rugination de la base d'implantation du polype à l'aide d'une lame de ciseaux introduite d'avant en arrière à travers les fosses nasales, suivie huit jours après d'une cautérisation avec l'appareil de Middeldorpf.

Peu de temps après, Dolbeau faisait la relation de cinq cas de polypes naso-pharyngiens traités par l'électrolyse, méthode qui permettait d'attaquer les tumeurs par les voies naturelles ou par une simple boutonnière staphyline.

Quelques années plus tard, M. Gosselin recevait dans son service un jeune homme de vingt-deux ans, atteint d'un polype naso-pharyngien, largement implanté sur la voûte et la paroi supérieure du pharynx, et proéminent tout à la fois dans les deux fosses nasales et dans les régions inférieure et moyenne du pharynx, s'accompagnant de gêne de la respiration, et même d'imminence d'asphyxie. Il y avait urgence à prendre un parti immédiat. M. Gosselin pratiqua l'incision du voile du palais sur la ligne médiane, puis la résection d'une partie de la voûte palatine, et par cette voie introduisit une forte pince à polype, à l'aide de laquelle il put amener un très petit morceau de la tumeur ; puis, à l'aide d'une pince de Museux implantée solidement dans la masse morbide, il put, avec de forts ciseaux, en couper une plus grosse portion. Cette opération incomplète et purement palliative avait amené un soulagement considérable, sans déterminer aucune des suites fâcheuses qu'aurait pu avoir une tentative de cure radicale. Mais il fallait s'attendre à une repullulation du fibrome. La repullulation se fit, en effet, mais sans attendre qu'elle en arrivât jusqu'à la gêne de la respiration, M. Gosselin soumit ce malade à des séances d'électrolyse, mais sans aucun avantage marqué. Il eut recours alors à l'usage de caustiques (le chlorure de zinc), soit en trochisques, soit en flèches.

Pendant plusieurs mois, la tumeur ainsi traitée conservait toujours à peu près les mêmes dimensions, moins considérables, mais avec les mêmes implantations et la même tendance à grossir dès qu'on interrompait le traitement. Des accidents graves survenus du côté du cerveau en faisant présumer une extension de la tumeur du côté de la lame criblée de l'ethmoïde firent tout cesser. A dater de ce moment, M. Gosselin abandonna toute espérance, regrettant d'avoir reculé au début devant l'ablation et la cautérisation du fibrome après résection préalable du maxillaire supérieur. Le malade fut reconduit dans son pays. Mais quelle ne fut pas la surprise de M. Gosselin de le voir revenir environ un an après, guéri spontanément de son polype, sans le secours d'aucune intervention chirurgicale nouvelle !

Depuis lors, encouragé par cet exemple et acceptant les idées de M. Legouest, M. Gosselin enseignait, dans ses leçons cliniques de la Charité, qu'il fallait donner la préférence aux opérations palliatives, au risque d'avoir des récidives qui obligeraient à recommencer à plusieurs reprises,

toujours avant que les tumeurs aient acquis un volume trop considérable, jusqu'à ce que le sujet atteignant vingt-trois, vingt-quatre, vingt-cinq ans ou peut-être un peu plus, la repullulation cessât d'elle-même de se faire.

Mais il faut admettre les cas malheureux où le sujet étant encore loin de cet âge, entre douze et dix-huit ans, par exemple, aurait un de ces fibromes naso-pharyngiens à grandes dimensions, ayant des embranchements multiples, avec imminence de suffocation ou d'hémorrhagies répétées, on n'aurait plus le droit alors ni de compter sur les opérations palliatives, ni d'espérer dans ces conditions fâcheuses, la conservation de la vie, jusqu'à l'achèvement de l'adolescence. Alors, et dans ces cas-là seulement, il faudrait intervenir par une opération radicale et complexe ; M. Gosselin donnerait alors la préférence, comme opération préliminaire, à la résection de la mâchoire supérieure.

État présent de la question.

Cette opinion est celle qui paraît prévaloir aujourd'hui.

Mais revenons à M. Trélat. Lui aussi a reçu l'enseignement des faits et n'a fait aucune difficulté de se ranger du côté des cures lentes et palliatives, toutes les fois qu'elles sont possibles. On lit dans une thèse de 1875 la relation d'une observation de résection temporaire du maxillaire supérieur, faite par lui pour un polype naso-pharyngien. En tant que résection, le résultat avait été magnifique. Mais, malgré tout le soin apporté à la rugination et à la cautérisation de la base d'implantation du polype, la récidive se faisait moins d'une année après. On fit la division du voile du palais sur la ligne médiane ; un spéculum Duplay introduit dans la narine permettait de voir la région cautérisée, grâce à la lumière que les cônes de platine rougis par la pile du galvano-cautère répandaient tout en remplissant leur rôle d'agent destructeur. Après une année de séances de cautérisation, le malade partit guéri.

M. le docteur H. Bruslé, dans sa thèse intitulée : « De la guérison de certains polypes naso-pharyngiens, par les méthodes palliatives et lentes », soutenue en 1879, rapportait cet autre fait, qu'il lui avait été donné de suivre depuis trois ans, dans le service du même professeur. Il s'agissait d'un jeune garçon de dix-sept à dix-huit ans, porteur de son polype depuis huit ou neuf ans. Opéré par la méthode de Nélaton à l'hôpital des Enfants, il partit amélioré ; mais la récidive fut prompte. Des cautérisations galvano-caustiques, faites dans un autre service, ne le guérirent pas. Quand il fut amené chez M. Trélat, on aurait pu tenter les opérations les plus hardies sans être taxé de témérité. Abandonné à lui-même, le malade serait très probablement mort. On le soumit à l'action fortement destructive du galvano-cautère, aidant l'action du feu par la rugination la plus active. On obtint par ce moyen trois ans de survie qui, vu la période déjà avancée de l'adolescence, légitimaient dès lors l'espoir d'une guérison complète.

D'un grand nombre d'autres observations analogues ajoutées à ces faits, dans la thèse de M. Bruslé, on peut conclure avec lui et avec son maître M. Trélat, aujourd'hui d'accord sur ce point avec M. Gosselin et M. Legouest, — et nous croyons pouvoir ajouter, avec l'assentiment de la plupart des chirurgiens d'aujourd'hui : — que les polypes naso-pharyngiens doivent être rangés parmi les maladies de l'adolescence ; qu'ils ont (d'après les statistiques réunies dans ce travail) leur maximum de fréquence entre quinze et dix-huit ans, et sont rares après trente ans ; qu'ils peuvent disparaître spontanément, soit par résorption, soit par gangrène ; mais que le plus souvent une intervention chirurgicale est nécessaire.

L'obligation de cette intervention reconnue, deux cas peuvent se présenter :

1° Ou le malade est un jeune sujet. Le devoir du chirurgien, dans ce cas, sera de placer le malade dans des conditions telles qu'il puisse traverser la longue période qui le sépare encore de l'âge adulte, en pratiquant des opérations palliatives fréquemment répétées (ligature, arrachement, compression, cautérisations, ablations partielles, etc.), qui empêcheront l'accroissement de la tumeur et obvieront aux accidents qui pourraient menacer la vie.

Si, malgré les cautérisations actives fréquemment répétées et les ablations partielles de la portion pharyngienne du polype, la tumeur continuait sa marche envahissante et se développait au point de menacer immédiatement l'existence, il faudrait bien se déterminer à l'ablation radicale du polype, à l'aide soit de l'ablation totale du maxillaire, soit préférablement, et autant que cela serait possible, par la résection temporaire de cet os.

2° A-t-on affaire à un malade plus âgé et n'étant plus séparé que par quelques années de la fin de l'adolescence, si, dans ce cas, la tumeur n'a pas un volume trop considérable, si surtout elle ne détermine pas d'accidents qui mettent la vie en péril, on devra se borner à l'expectation ou aux opérations palliatives.

CROUP. — MÉTHODE ANTISEPTIQUE.

Par M. le docteur Renou (de Saumur).

Aux cas de croup publiés dans la *Gazette des hôpitaux* par M. Bouchard (1) et par M. le docteur Bontemps (2), nous pouvons en ajouter aujourd'hui deux autres, dont le premier nous est communiqué par M. le docteur Besnard (de Saumur), et le quatrième qui nous est personnel.

Obs. Besnard. — Je fus demandé, le 7 décembre dernier, aux Rosiers, par le docteur Vidal, pour un petit garçon de trente et un mois, atteint d'angine couenneuse, puis de croup arrivé à la période asphyxique. Il y avait dans le pays une petite épidémie de diphthérie ; un certain nombre d'enfants étaient morts.

La trachéotomie était urgente, et je la pratiquai aussitôt au milieu des vapeurs antiseptiques.

La chambre avait une cheminée fonctionnant bien, une alcôve dans laquelle était le fourneau à pétrole, à côté du lit de l'enfant. Ce fourneau et la vapeur fournissant une chaleur considérable, la température, malgré la rigueur extérieure, se maintenait facilement à 22 degrés.

On versait toutes les deux heures, dans l'eau bouillante, une cuillerée à bouche d'une solution contenant :

Acide phénique.	250 grammes.
Acide salicylique.	50 —
Alcool, q. s. pour dissoudre.	

Le troisième jour qui suivit, j'enlevai la canule pour le temps nécessaire à son nettoyage et à la toilette de la plaie, d'ailleurs non membraneuse. La respiration sans elle n'était pas suffisante ; je dus la remettre assez promptement. D'ailleurs l'enfant rendait encore des fausses membranes trachéales. La gorge était débarrassée.

Le cinquième jour, même opération. La canule aurait pu rester

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 46.
(2) *Loc. cit.*, 1885, p. 275.

ôtée. Je dus la remettre en raison des inquiétudes et des instances de la mère.

Le septième jour, je l'ôtai définitivement. L'enfant fut maintenu jusqu'à guérison de la plaie dans son atmosphère chaude et antiseptique.

Aucun accident ne survint; l'enfant guérit en quelques jours. (Dr Besnard.)

Obs. personnelle. — Le 2 mars dernier, j'étais demandé à Fontevrault par le médecin de l'endroit, M. Grosourdy, pour un cas de croup.

Il s'agissait d'une petite fille de vingt-trois mois. On la soignait depuis cinq jours pour une angine couenneuse, dont il ne restait qu'une petite fausse membrane à la partie supérieure du pharynx. Un ganglion cervical assez volumineux à gauche. Les parents avaient appliqué deux vésicatoires aux mollets, recouverts tous deux d'une belle fausse membrane. La respiration était difficile et sifflante également dans les deux temps, mais ne produisait aucune dépression sus ni sous-sternale.

Je différai la trachéotomie et installai l'enfant dans l'atmosphère antiseptique. Son petit lit fut mis à la place d'un lit de famille, garni de longs et épais rideaux de cretonne. Entre le berceau et le mur, je plaçai sur une chaise à la hauteur de l'enfant un fourneau à pétrole, et sa casserole garnie de deux litres d'eau en ébullition, dans laquelle on versait toutes les deux heures une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Acide phénique.	250 grammes.
Acide salicylique.	20 —
Alcool	1 litre.

Il s'agissait d'une vaste chambre dont la cheminée heureusement fonctionnait bien. On obtint facilement 22 degrés en dehors de l'alcôve de l'enfant; 25 degrés dans cette alcôve. Pommade à l'iodoforme sur les vésicatoires. Alimentation : vin, café additionné de sulfate de quinine.

Le 3 mars soir, une dépêche m'avertit que la trachéotomie était urgente.

M. le docteur Bontemps voulut bien se joindre à moi. Nous trouvâmes en effet l'enfant avec un tirage effrayant; les lèvres bleues, des sueurs profuses, prostrée; nous nous hâtames de faire la trachéotomie.

Après l'opération, l'enfant fut simplement replacée dans le même milieu; la vaporisation fut continuée, les mêmes soins que ci-dessus.

Le 5 mars, j'enlevai la canule pour le nettoyage de l'instrument et de la plaie, qui fut trouvée rose et de très bonne nature. L'insuffisance de la respiration obligea à la replacer aussitôt. Il n'y a plus rien dans la gorge, même pas de rougeur inflammatoire. Sur un des vésicatoires une fausse membrane encore, de la grandeur d'une pièce de deux francs, et assez épaisse; le reste est granuleux et rose.

Le 7 mars, j'enlevai définitivement la canule; aucun accident ne survint qui mérite d'être signalé.

Le 21 mars, j'eus l'occasion de revoir l'enfant. Elle a été maintenue dans son atmosphère dont on a progressivement diminué l'antisepsie; la plaie est fermée, il ne reste à la peau qu'une petite croûte linéaire; elle a une légère paralysie gutturale qui ne se montre que pour les liquides, lesquels reviennent en partie par le nez et la font tousser. Les substances en purée passent bien. Tant que la plaie trachéale est restée béante, les liquides traversaient un peu cette fistule.

On la lève chaque jour, mais elle reste assise sur les genoux de sa mère, ses jambes refusant encore de la soutenir; elle mange, joue et dort.

Le 28 mars, elle va bien, est simplement maintenue à la chambre; ses jambes reprennent un peu leur service. Un des vésicatoires est encore ulcéré.

REVUE DE LA PRESSE

Pseudo-rhumatisme. — MM. Lannois et G. Lemoine résument ainsi leurs recherches :

Les oreillons s'accompagnent parfois de manifestations articulaires, dont la fréquence relative reste à déterminer. Ces manifestations articulaires se montrent soit en même temps que l'oreillon, soit plutôt à son déclin, affectant en cela les mêmes allures que l'orchite ourlienne. Elles peuvent ne pas rester limitées aux articulations et atteindre également les gaines synoviales des muscles. Elles affectent une marche subaiguë, et, en général, ne donnent lieu qu'à une douleur et un gonflement modérés, à des réactions générales peu graves. Elles récidivent facilement et prolongent ainsi la durée de la maladie pour laquelle la guérison est la règle. Elles n'appartiennent pas au rhumatisme vrai et ne sont que des localisations de la maladie ourlienne. Le pseudo-rhumatisme ourlien doit être rangé à côté des pseudo-rhumatismes des maladies infectieuses : érysipèle, scarlatine, blennorrhagie, etc. (*Revue de médecine.*)

Ulcère de l'estomac. — M. le docteur Léon Stiénon, professeur à l'Université de Bruxelles, a présenté à l'Académie royale de médecine de Belgique, sur l'ulcère de l'estomac, un très long mémoire dont voici les conclusions :

1° Il y a lieu de tenir compte, dans la pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac, non seulement des causes premières de la lésion, mais aussi de celles qui lui communiquent son caractère essentiellement chronique.

2° Les premières ne donnent pas lieu à un ulcère véritable, mais à une plaie simple qui a de la tendance à guérir.

3° Les secondes dépendent d'altérations ultérieures des bords de l'ulcère. Parmi ces altérations secondaires, il faut mentionner : *a.* L'inflammation destructive; *b.* La cirrhose; *c.* L'hypergenèse glandulaire.

4° L'hypergenèse des glandes se développe, comme altération secondaire, dans les ulcères gastriques comme dans les ulcères du col utérin.

5° Elle peut donner lieu à des productions offrant avec le cancer une ressemblance grossière, mais dont l'évolution clinique n'est pas celle du cancer.

6° Cette hypergenèse glandulaire explique le phagédénisme de l'ulcère chronique de l'estomac.

7° Elle est susceptible de guérison; dans ce cas, les cavités glandulaires se rétrécissent sous l'effet du développement cicatriciel du tissu conjonctif voisin, et l'épithélium des tubes disparaît après désagrégation.

8° Son point de départ est dans l'irritation inflammatoire de l'épithélium des glandes de la muqueuse.

9° Ce développement glandulaire constitue un terrain favorable à l'évolution du cancer.

10° Dans le cancer (carcinome et cancer épithélial), la formation organoïde, qui répond à l'hypergenèse glandulaire, fait place à une formation irrégulière, atypique, vouée aux dégénérescences destructives. (*Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique.*)

Plaie du pouce, ouverture de l'articulation, réunion par première intention. — M. le docteur Castelain rapporte l'observation d'un jeune apprenti imprimeur, âgé de quatorze ans, dont le pouce droit fut pris entre la bielle et le bâti d'une presse mécanique. La plaie qui en résulta présentait une portion horizontale, dont la majeure partie, peu distante de l'articulation inter-phalangienne du pouce, ouvrit cette articulation. De plus, la plaie se prolongeait verticalement de chaque côté jusqu'à une petite distance de l'articulation métacarpo-phalangienne; en sorte que la dernière phalange ne tenait plus que par un lambeau palmaire assez épais, mais peu large.

Les parties furent rapprochées le mieux possible avec des bandelettes de diachylon; les phalanges furent soutenues à l'aide

d'une petite attelle de carton placée à la face palmaire, et la plaie arrosée avec de l'eau fraîche.

Pendant six jours, le pansement ne fut pas touché, mais seulement surveillé et lavé avec la liqueur de Labarraque étendue d'eau, en raison de la mauvaise odeur exhalée par la plaie.

Le septième jour, les parties étaient bien rapprochées, et la réunion complète dans tous les points, sauf à la partie interne, où il persistait une petite plaie superficielle. La réunion était même si parfaite en certains points, qu'il était difficile de retrouver la trace de la plaie. Enfin, vingt-six jours après l'accident, le blessé pouvait reprendre son travail. Le pouce avait conservé son aspect ordinaire, et le mouvement de flexion se faisait d'une façon satisfaisante.

Des succès de ce genre ne sont pas absolument rares, et M. le docteur Paquet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille, a eu l'occasion de traiter un jeune homme de vingt ans, qui, d'un coup de ferrement, avait abattu son pouce au niveau de la partie moyenne de la première phalange. Il fit la suture d'un tendon, la réunion eut lieu par première intention, et les mouvements furent conservés dans une étendue presque normale. Lui-même, d'ailleurs, dans un cas de panaris dont il fut atteint à l'index gauche, fut opéré par Nélaton, qui trouva la phalange assez mobile pour l'enlever complètement du doigt et la replacer ensuite. La nutrition de cet os put continuer à se faire, et depuis sa guérison M. Paquet a toujours pu se servir très librement de son doigt et lui faire exécuter tous les mouvements. (*Bulletin médical du Nord.*)

Traitement de la sclérite goutteuse. — M. Galezowski préconise, pour combattre la sclérite goutteuse, les douches de vapeur, d'une durée de dix à quinze minutes. Administrées tous les jours, elles rendent de réels services en facilitant la circulation et la résorption. En outre, au début de la maladie, alors que les malades se plaignent de douleurs péri-orbitaires, M. Galezowski prescrit avantageusement des instillations alternatives d'ésérine et d'atropine à doses très faibles, afin de ne pas troubler la vue. Enfin, sur cette même région péri-orbitaire, on applique, tous les huit ou dix jours, un vésicatoire volant. Cinq ou six vésicatoires suffisent ordinairement pour obtenir la guérison de la sclérite.

Il est bien entendu que, à l'intérieur, il est indispensable de prescrire le traitement général de la goutte. (*Union médicale.*)

Menstruation régulière chez une petite fille de vingt-trois mois. — On sait que les cas de menstruation chez les tout jeunes enfants sont très rares ; nous en avons rapporté ici même un fait il y a quatre ans (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 677). Or M. le docteur Mengus (de Puy-Notre-Dame) a eu l'occasion d'en observer un des plus intéressants.

Il s'agit d'une petite fille de vingt-trois mois, bien constituée et très développée pour son âge, auprès de laquelle il fut mandé pour une perte de sang. L'examen permit de constater que l'écoulement se faisait par les parties génitales, et qu'il n'existait aucune lésion, aucun corps étranger ni polype dans cette région.

Il n'y avait aucune trace d'hymen. Cette membrane n'était représentée que par plusieurs languettes triangulaires très régulièrement découpées, et dont les pointes venaient se recouvrir au centre en formant une étoile bien dessinée. L'entrée du vagin était parfaitement libre, et le toucher pratiqué avec le petit doigt permettait à celui-ci de s'enfoncer sans le moindre effort et d'arriver avec la plus grande facilité jusque sur le col de l'utérus, lequel paraissait fort développé pour une enfant de cet âge.

Cette première perte de sang s'arrêta au bout de trois jours pour revenir six semaines plus tard ; elle ne pouvait être considérée que comme un écoulement menstruel, d'autant plus que l'enfant présentait déjà certains signes de puberté qui s'accentuaient encore davantage lors de la seconde époque cataméniale.

En effet, les seins étaient alors développés comme chez une fille nubile ; les poils commençaient à se montrer au pubis ; la peau, satinée chez les enfants, avait pris cette apparence chagrinée qui distingue la peau des filles pubères.

Les pertes de sang, dans les premiers temps, fatiguaient l'enfant, mais quelques toniques lui permirent de s'y habituer.

Aujourd'hui, à trois ans et demi, la petite fille, toujours régulièrement menstruée, se porte très bien ; elle est toujours très avancée et très intelligente pour son âge, tandis que, fait digne d'être noté, son unique frère, plus âgé d'un an, présente tous les caractères du crétinisme dans son type le plus pur.

Ajoutons que la taille exacte de cette petite fille est de $1^{m},15$, soit celle d'une enfant de sept ans environ. (*Semaine médicale.*)

Extirpation totale de l'omoplate. — Suivant M. Poinsot, l'extirpation totale de l'omoplate, avec conservation du membre supérieur, bien loin de présenter les dangers considérables supposés par les auteurs classiques, n'offre dans son ensemble qu'une mortalité opératoire de 10 p. 100, et peut de ce fait être rangée parmi les opérations bénignes de la chirurgie.

L'hémorrhagie opératoire n'a jamais menacé la vie de l'opéré, alors même qu'on avait négligé toute compression préventive. Les résultats fonctionnels, au point de vue du bras conservé, sont excellents, puisque l'usage de ce membre a été très bon ou bon, dans plus de 67 p. 100 des faits (20 sur 29). Appliquée au traitement des tumeurs de l'omoplate, l'extirpation totale a fourni plus de 25 p. 100 de guérisons durables. (*Revue de chirurgie.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 avril 1885. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATION

Périnéorrhaphie par le procédé d'Emmet. — M. TERRILLON fait un rapport sur une communication de M. Kirmisson relative à deux cas de périnéorrhaphie faite avec succès par le procédé d'Emmet. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de trente ans, ayant subi, deux ans auparavant, une déchirure du périnée au moment de l'accouchement. Elle retenait les gaz et les matières solides, mais avait de l'incontinence quand survenait de la diarrhée. L'opération consista dans l'avivement simple et l'application de cinq sutures en anse d'après la méthode d'Emmet; trois à travers la cloison, deux ne faisant que traverser les surfaces cruentées. La guérison fut rapide. Le deuxième cas a trait à une femme dont le périnée fut largement déchiré au moment de l'accouchement, quinze mois auparavant. Il y avait incontinence des matières liquides, mais rétention des gaz. L'opération fut semblable à la précédente.

Le résultat chez ces deux malades fut parfait; le périnée restauré avait 3 centimètres de hauteur et l'anus fonctionnait dans les conditions normales.

M. Kirmisson, à ce sujet, discute les points suivants :

1° Il ne serait pas sans inconvénient pour lui de trop serrer le fil en anse inférieur, car on pourrait de la sorte produire un éperon au devant de l'anus, d'où le rétrécissement de cet orifice.

2° Les fils supérieurs, ceux qui ne passent pas dans la cloison, ne doivent pas traverser la muqueuse vaginale, mais seulement les deux surfaces cruentées en se tenant près de la muqueuse.

3° Enfin la suture enchevillée doit être rejetée.

Or, dans 10 cas où M. Terrillon a employé le procédé américain, il a obtenu 9 succès complet avec rétablissement de la fonction et 1 insuccès chez une femme présentant des conditions défectueuses au point de vue opératoire. Il attache la plus grande importance au fil inférieur et ne peut s'associer à l'opinion de MM. Verneuil et Kirmisson, qui l'accusent de fermer l'anus en provoquant une saillie des parties molles. Jamais il n'a pu constater ce fait, quoiqu'il tienne ce fil, après la réunion, aussi serré que possible.

M. Terrillon pense enfin que ce fil joue un rôle considérable dans la reconstitution du sphincter.

Quant à la suture enchevillée, il persiste à la considérer comme très utile ; elle permet mieux que tout autre de rapprocher et de froncer avec énergie les surfaces saignantes l'une contre l'autre.

On peut aussi éviter les fistules recto-vaginales consécutives par désunion vers l'angle supérieur de la plaie.

M. TRÉLAT pense que l'introduction de la suture enchevillée est la destruction du procédé américain. Tout le secret d'ailleurs des succès obtenus par cette méthode se résume dans les trois points suivants : avivement convenable, affrontement parfait, antisepsie complète.

M. VERNEUIL appuie l'opinion de M. Trélat en ce qui concerne la suture enchevillée.

M. DESPRÉS rappelle que le principe de la méthode d'Emmet appartient au baron Heurteloup.

LECTURES

M. SCHWARTZ lit un travail intitulé : *Quelques considérations sur la perinéorrhaphie.*

M. HUMBERT lit un travail sur la *Désarticulation du coude avec résection de la trochlée et du condyle de l'humérus.*

PRÉSENTATION D'OPÉRÉ

M. DELENS présente un malade auquel il a pratiqué l'ostéoclasie à l'aide de l'appareil de M. Collin, pour un double genu valgum. Le résultat est très satisfaisant.

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 22 avril 1885. — Présidence de M. DUPLAY.

COMMUNICATIONS

Périnéorrhaphie. — **M. MARC SÉE**, à l'occasion du rapport de M. Terrillon lu dans la dernière séance, fait connaître le procédé qu'il emploie et qui lui a donné de très bons résultats. Il insiste sur le mode de pansement qui consiste en une application de bismuth sur la plaie, de cellulose au sublimé sur le périnée, d'un sachet iodoformé dans le vagin, le tout recouvert d'une bande en caoutchouc qui exerce une compression élastique sur la plaie. Il laisse ce pansement en place huit jours, pratique le cathétérisme deux ou trois fois par jour, cherche à éviter les garde-robes pendant tout ce laps de temps.

M. POLAILLON fait observer que le procédé d'Emmet, tant vanté dans la dernière séance, ne peut être appliqué que dans les cas de déchirures très peu ou moyennement étendues. Mais lorsqu'il faut faire une véritable périnéoplastie, ce procédé est tout à fait inapplicable.

Injection intra-uréthrale de cocaïne. — **M. BOUILLY** fait un rapport sur une note de M. Gryfeld (de Montpellier) relative à l'emploi du chlorhydrate de cocaïne en injections intra-uréthrales pour faciliter le cathétérisme. Ce moyen lui a, dans un cas, parfaitement réussi; il a obtenu une anesthésie locale complète.

M. NICAISE fait des réserves relativement à l'action anesthésique locale de la cocaïne dans d'autres parties que la muqueuse oculaire.

M. BOUILLY dit que c'est une question à l'étude et qu'il sera facile de juger.

Mal perforant. — **M. TERRILLON** rappelle avoir, dans une séance précédente, présenté un malade tabétique atteint, selon lui, d'un mal perforant palmaire. La nature de cette affection avait été mise en doute par plusieurs collègues; or M. Terrillon a enlevé cette induration et l'examen histologique y a révélé tous les caractères anatomiques du mal perforant plantaire.

M. PONCET (de Cluny) fait observer que le mal perforant palmaire n'est pas si rare qu'on pourrait le croire. Il l'a observé, en particulier, très fréquemment chez les lépreux.

M. NICAISE fait observer que le mal perforant est une affection qui a pour caractère d'être perforant, et que, loin de se traduire par une hypertrophie du derme, elle se traduit bien plutôt par de l'atrophie puisqu'elle aboutit à une ulcération. La lésion observée par M. Terrillon est donc d'un autre ordre que le mal perforant proprement dit.

M. PONCET, qui a observé un grand nombre de fois cette affection, rappelle qu'elle est caractérisée par une petite ampoule autour d'une ulcération et qu'elle aboutit à une véritable hypertrophie du derme. C'est un puits au milieu du derme hypertrophié.

M. TERRILLON ajoute que, dans tous les cas où l'examen histologique a été fait, on a constaté que le derme autour de l'ulcération était hypertrophié.

LECTURE

M. BOUSQUET lit une note sur les complications articulaires de la blennorrhagie. (Comm. : MM. M. Sée, Nicaise, Horteloup.)

M. KIRMISSON lit un travail sur l'ablation des tumeurs du triangle de Scarpa. (Comm. d'élection.)

PRÉSENTATIONS DE PIÈCES ANATOMIQUES

Sarcome de la joue. — **M. HORTELOUP** présente le moule de la face d'une femme de quarante-six ans qui, il y a deux ans, a été opérée par M. Sarrazin (de Bourges) d'une tumeur érectile du front. Quelque temps après apparut sur la joue une tumeur mobile, sous-cutanée, dont le grand diamètre mesure aujourd'hui 12 centimètres; cette tumeur s'est développée d'avant en arrière. M. Horteloup pense qu'il s'agissait d'un lipome. Cette malade a été opérée le matin même. L'opération a été des plus faciles. La coupe de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un sarcome.

M. VERNEUIL croit devoir rapprocher du fait de M. Horteloup le fait suivant : une malade a été opérée dans son service d'un épithélioma de la joue. Peu de temps après, au-dessous de la cicatrice, apparaissait une tumeur qui grossit assez rapidement; c'était un fibrome type qui fut enlevé largement. Ce fait est intéressant au point de vue de la substitution des tumeurs.

M. HORTELOUP fait observer qu'il existe cette grande différence entre le cas de M. Verneuil et le sien, que, dans ce dernier, la tumeur érectile primitive était dans une région éloignée de celle où apparut plus tard le sarcome.

Kyste du para-ovarium. — **M. POLAILLON** présente une poche kystique provenant d'une malade qu'il a opérée récemment. Il s'agissait d'un kyste du para-ovarium récidivant. Cette femme, après une variole, vit son ventre grossir; on fit une ponction qui donna un liquide très clair. Elle devint enceinte, accoucha sans accident. La tumeur apparaissant de nouveau, M. Polaillon pratique l'ovariotomie, qui fut des plus simples et ne dura pas plus de vingt minutes. Il n'y eut aucun accident consécutif. Ce kyste contenait 7 litres de liquide. Cette observation montre qu'une simple ponction ne suffit pas toujours pour guérir les kystes du para-ovarium. M. Polaillon ajoute que, dans ces cas, l'ovariotomie est bien moins dangereuse que ne le serait l'injection iodée.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 avril 1885, sont promus dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Trépant, Piermé, Thobois, Delaunay, Cahon, Guillaumet, Poyet, Woimaut, Roulin, Thomas, Chaumel du Planchat, Huber, Boudrie et Haquenthal.

— Par décret, en date du 23 avril 1885, M. Leydie, maître de conférences à l'École supérieure de pharmacie de Paris, a été promu, dans le cadre des pharmaciens de réserve, au grade de pharmacien-major de deuxième classe.

— Par décret, en date du 23 avril 1885, ont été nommés, dans le cadre des pharmaciens de réserve :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Blanchet, Collardot, Cayron, Delarue, Sorbé, Camet, Dessort, Simonin, Brissonnet, Briez, Delage et Drieu-la-Rochelle.

— Par décision ministérielle, en date du 22 avril 1885, M. Raoult, médecin principal de première classe, a été désigné pour l'emploi de directeur du service de santé du 12e corps d'armée.

— Les confrères qui n'auraient pas encore répondu à l'enquête ouverte par la Société médicale des hôpitaux sur la transmissibilité de la tuberculose, sont instamment priés d'adresser dans le plus bref délai leurs observations à M. le docteur Vallin, rapporteur, 3, rue de l'Abbaye, au siège de la Société.

— M. A. Colson soutiendra, le 25 avril 1885, à neuf heures, devant la Faculté des sciences de Paris, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : « Recherches sur les substitutions dans les méthylbenzines. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, par le docteur Noël Gueneau de Mussy. Tome IV. 1 vol. in-8° avec figures intercalées dans le texte et 2 planches. — Prix : 13 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Électricité statique. Manuel pratique de ses applications médicales, par le docteur A. Arthuis. 1 vol. in-18 avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17737.

N° 49. — MARDI 28 AVRIL 1885. 58e ANNÉE. MARDI 28 AVRIL 1885. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

Les enfants conçus pendant le siège de Paris.

Pendant le siège de Paris, les conditions intimes de la vie fœtale ont été influencées, modifiées, troublées. Le développement physique, intellectuel et moral de l'être humain a pu certainement être altéré, et l'organisation a été en somme au-dessous de l'organisation commune à l'espèce.

Oui, avant sa naissance, le fœtus a été fâcheusement influencé. La cause pathogénique a pu aller jusqu'à arrêter plus ou moins l'évolution des facultés dont l'ensemble constitue ce que l'on appelle la vie de relation. En un mot, les enfants conçus pendant le siège de Paris ont puisé dans des conditions spéciales d'hygiène incorrecte les caractères d'un état inférieur, presque dégénératif. Aussi, beaucoup dévient-ils du type normal.

En général, les éléments du produit sont d'autant plus influencés que les deux auteurs sont moins sains. La convergence des éléments paternel et maternel est une cause d'aggravation dans la dégénérescence. La divergence, au contraire, donne lieu à des états extrêmement variables. L'action produite est donc en raison directe de la puissance des facteurs.

Ces principes une fois posés, reportons-nous à l'époque de l'investissement, et pénétrons dans les familles parisiennes ou dans le milieu dépaysé, misérable et souffreteux des populations suburbaines agglomérées.

L'homme, enrôlé dans la garde nationale, s'exerce sur la place publique au maniement du fusil, monte sa faction aux fortifications, s'excite intellectuellement, dépense en bien des cas son activité en démarches mal comprises, en discours inutiles, en oisiveté professionnelle coûteuse, en boissons exagérées. Il lit les journaux, ne travaille pas, boit le montant de sa solde et entame ses économies. Le rationnement devient chaque jour plus exigu, et les provisions alimentaires s'épuisent. La viande de cheval est si rare et elle est vendue si cher, que beaucoup de personnes trempent leur pain dans du vin ! Les désordres les plus variés apparaissent du côté de l'intelligence, des appareils des sens et du mouvement. Sur la fin du siège, j'ai notamment observé un nombre très considérable d'alcoolisés, avec idées de persécution, craintes d'être poursuivis, arrêtés ou fusillés, troubles hallucinatoires visuels, angoisses mélancoliques, appréhensions lugubres, insomnie, idées de suicide, perte de conscience, etc.

La femme, de son côté, reste au logis et manque bientôt de tout. Elle ne trouve à acheter ni lait, ni combustible ; elle se lève tard, prend du café à l'eau, et essaye de manger sa ration de pain noir. Elle souffre, mais ne dit mot. Elle s'en va grelotter pendant des heures aux portes des cantines, des boucheries et des boulangeries municipales. Lorsqu'elle ne peut pas supporter une attente aussi longue, et lorsqu'elle est à bout de forces, par cette température si exceptionnellement sévère du mois de décembre 1870, on la voit rentrer chez elle sans provision aucune, s'alimenter de la façon la plus problématique, tomber dans un état profond de dépérissement, étancher sa soif avec du vin, et ne pas tarder à présenter des phénomènes d'incertitude intellectuelle, des illusions sensoriales et même de la déraison momentanée due à l'inanition. A ce moment, l'alcoolisme est loin d'être rare chez elle.

Cet homme et cette femme, d'autre part, n'éprouvent-ils pas les perplexités patriotiques, l'humiliation de la défaite, l'absence de nouvelles, et cette sorte de *traumatisme moral* résultant de la chute soudaine de la France et de l'investissement de Paris par l'armée ennemie ?

Dans ces conditions si troublées, si fâcheuses et si anomales, quel pourra être le produit d'une rencontre conjugale ? Déjà, une loi de Carthage avait défendu toute autre boisson que l'eau le jour de la cohabitation maritale ; mais cette loi, empreinte d'une si admirable prévoyance pour la conservation de la race, était, il faut bien le dire, tombée en désuétude très longtemps avant le siège de Paris !

Dans ces dix dernières années, j'ai rencontré un peu partout, mais notamment au Dépôt de la préfecture de police, plus de 120 enfants nés en 1871, dont les parents avaient habité Paris pendant le siège et même pendant la Commune. Sur ce chiffre, 60 étaient affectés de véritables anomalies physiques, intellectuelles, morales ou affectives. Les autres m'ont paru un peu plus petits, plus frêles, plus pâles que les enfants de leur âge ; mais, en somme, ils ne présentaient aucune tare spéciale. Je ne m'en occuperai donc pas.

J'ai été conduit à diviser en trois groupes les 60 enfants qui portaient d'indélébiles stigmates du siège.

Dans le premier groupe (*signes de l'ordre physique*), j'ai rangé 31 enfants lymphatiques, pâles, débiles, au teint plombé, à l'apparence souffreteuse et triste, scrofuleux, strabiques, sourds, bègues, paralysés, contracturés, rachitiques, épileptiques, nains, sourds-muets ou mal conformés. Quelques-uns avaient la tête très petite, le front fuyant, la face asymétrique, des tics grimaçants ou une déplorable denture; d'autres avaient des déformations des oreilles, la main palmée, des pieds bots, un bec-de-lièvre, de l'incontinence d'urine, de la microrchidie ou un hypospadias.

Dans le second groupe (*signes de l'ordre intellectuel*) se trouvaient 21 enfants faibles d'esprit, manquant d'activité psychique, insouciants, apathiques, moroses, à l'attention flottante, incapables d'apprendre à lire, à écrire et à compter, dépourvus de tout discernement, ou tout à fait imbéciles et idiots.

Dans le troisième groupe (*signes de l'ordre affectif et moral*), j'ai fait entrer 8 enfants intelligents en apparence, mais manifestant, à l'occasion, des tendances mauvaises et des impulsions dangereuses. Ces enfants ont le cœur sec et sont égoïstes, irritables, colères, bizarres, pervers, indisciplinables, extravagants, méchants, brutaux et violents. Ils frappent leurs petits camarades, infligent des tortures à des animaux, menacent de mort leurs parents, commettent très prématurément des obscénités, ou cherchent à mettre le feu. Ils ont presque l'air d'être doués de raison, et, en somme, ils présentent un véritable délire des actes.

Après des assertions aussi sévères et aussi désolantes, une démonstration clinique péremptoire ne serait-elle pas nécessaire? Je vous l'apporte, car j'ai trouvé dans les salles mêmes de mon propre service quelques spécimens frappants des tares que je signale. Voici donc les malades qui vont passer devant vos yeux :

I. — D... (Marie), née à Paris le 26 août 1871. Père sobre et bien portant; mère morte d'un kyste de l'ovaire ; frère intelligent.

Est atteinte d'imbécillité. Elle n'a marché qu'à trois ans et demi, et n'a parlé qu'à six ans ; encore ne prononce-t-elle que quelques monosyllabes. Elle a eu soudainement, en 1883, une série de dix-sept attaques d'épilepsie, et n'en a pas eu d'autres depuis. Ne sait pas lire. N'est pas réglée. N'est pas gâteuse.

II. — L... (Henriette), née à Paris le 20 août 1871. Père mort d'une fièvre typhoïde ; mère, frères et sœurs bien portants.

Hémiplégie infantile droite. Accès épileptiques nocturnes, avec excitation maniaque consécutive, hallucinations de la vue et frayeurs. Illusions auditives (à chaque instant elle croit entendre de la musique). Prononciation très défectueuse. Kératite interstitielle double. Pâleur, dépérissement général. Surdité depuis deux ans seulement. Niveau intellectuel très bas.

A pu récemment apprendre à lire, à écrire et même à compter un peu. N'est pas réglée.

III. — D... (Célestine), née à Paris le 21 juin 1871. Père resté valétudinaire depuis le siège ; mère morte phthisique ; sa sœur aurait des instincts vicieux.

Idiotie congénitale. Mutisme. Pleurs. Turbulence. Cris. Gâtisme. Nulle trace de discernement (ne reconnaît pas un A d'un B). N'est pas réglée.

IV. E... (Marie), née à Paris le 26 avril 1871. Parents sains. Pied bot à gauche.

A eu des convulsions à l'âge de quinze mois, et a été frappée d'hémiplégie gauche, à trois ans et demi. Est atrophiée de tout le côté gauche. Elle est intelligente, mais présente de l'excitation maniaque par intervalles ; elle brise et lacère. Elle est d'ailleurs vertigineuse et elle fait des fugues inconscientes. Elle a porté des coups à sa mère et a plusieurs fois essayé de lui crever les yeux avec des ciseaux. Elle a de mauvais instincts et une tendance marquée au vol.

Elle ne sait encore ni lire, ni écrire, ni compter. Elle n'est pas réglée.

V. — M... (Marie), née à Paris le 3 août 1871. Père exalté et un peu ivrogne, mort d'un cancer de l'estomac. Mère timide et ayant peur de son mari. Frères et sœurs bien portants.

Très arriérée. Elle n'a marché qu'à vingt-huit mois, et n'a parlé qu'à trois ans. A toujours poussé des cris depuis sa naissance. Elle est méchante et aime à briser ce qui lui tombe sous la main. Elle fouettait violemment l'un de ses frères, âgé de huit ans. Sa laideur est absolument horrible.

Elle ne sait pas lire ; elle n'est pas réglée.

VI. — H... (Victorine), née à Paris le 19 août 1871. Père, mère, frère et sœur bien portants. Avait d'abord paru très intelligente, mais a eu des convulsions épileptiformes vers l'âge de quatre ans et a été ensuite un peu troublée mentalement.

A huit ans, on a un jour noté chez elle une grande syncope comitiale, et, à partir de cet accident, l'enfant a eu une attaque d'épilepsie tous les quinze jours, puis toutes les semaines, tous les jours, et enfin plusieurs fois par jour. A la suite d'un grand nombre de crises, elle perdait l'aptitude au langage et restait quelquefois plus de vingt-quatre heures sans dire un seul mot. Elle s'échappait de temps en temps du domicile de ses parents et faisait des fugues inconscientes. Le bromure de potassium améliorait toujours son état, mais elle en prenait sans régularité.

Niveau intellectuel affaibli, caractère emporté et violent. — Déjà menstruée trois fois.

Les mêmes causes ont produit ailleurs les mêmes effets. J'ai encore à vous faire voir une malade dont le développement fœtal s'est accompli pendant le siège de Thionville.

VII. — B... (Mathilde), née à Thionville en avril 1871. Son père et sa mère se sont mariés en 1870. Son père est parti à la guerre, et sa mère, enfermée à Thionville pendant le siège de cette ville, a dû, étant alors enceinte, se réfugier dans sa cave, dans la crainte des obus.

B... (Mathilde), qui a eu des convulsions épileptiformes dans sa première enfance, paraît à peine dix ou onze ans, et n'est point encore réglée. Elle est très faible d'esprit, colère, emportée ; elle a une attitude un peu choréique, et éprouve des soubresauts et des secousses. Elle a commencé à parler à cinq ans. Elle n'a pas pu apprendre à lire.

Ses parents ont eu depuis un autre enfant parfaitement constitué et très bien doué.

Ne voulant pas uniquement m'en rapporter à moi seul, j'ai prié M. Bourneville de vouloir bien faire des recherches dans son service d'enfants arriérés, épileptiques ou idiots, à l'hospice de Bicêtre, et je me suis également adressé à M. Ladreit de la Charrière, médecin en chef de l'institution nationale des sourds-muets.

M. Bourneville a trouvé dans ses salles neuf ou dix garçons imbéciles, épileptiques, idiots, hydrocéphales, mérycoles, strabiques, hémiplégiques, paraplégiques ou gâteux, dont la conception remontait aux heures douloureuses du siège de Paris. M. Ladreit de la Charrière, sans pouvoir donner de détails statistiques, s'est nettement souvenu qu'il avait constaté des malformations diverses, de la surdité et de la surdi-mutité, chez des enfants nés à Paris, en 1871, de parents ayant appartenu à la population assiégée.

Nous venons évidemment de passer en revue bien des tares, et les faits que je viens de signaler ne sont donc malheureusement que trop certains ! Or ce que l'on peut affir-

mer, c'est que les stigmates de la dégénérescence sont les mêmes, soit que cette dégénérescence puisse être attribuée à une hérédité pathologique implacable, à des auteurs momentanément malades, intoxiqués, troublés ou consanguins, soit à des circonstances perturbatrices prolongées, à des catastrophes capables de retentir à la fois sur l'état physique et sur l'état mental des individus chargés de perpétuer l'espèce.

Pour que la race remonte vers son type primitif, faisons disparaître les causes pathogéniques. L'alcoolisé n'ayant le plus souvent pour fils qu'un dégénéré, combattons à outrance l'alcoolisme. Déclarons, d'autre part, la guerre à la guerre : formons des vœux ardents pour le désarmement général, pour la paix universelle ; aidons le plus possible aux grandes conquêtes pacifiques de l'esprit humain, contribuons scientifiquement à la marche ascendante de la civilisation, et nous verrons avec orgueil la France redevenir la première nation de l'univers.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Du choix de la méthode dans le traitement des tumeurs de l'abdomen par la gastrotomie.

I

Le progrès accompli, depuis vingt-cinq ans, dans le manuel opératoire applicable à l'extraction des tumeurs de l'abdomen et du bassin sont considérables. Autant, avant cette époque, les chirurgiens redoutaient d'ouvrir le péritoine, autant ils se montrent, aujourd'hui, disposés et résolus à recourir à cet expédient pour combattre ces tumeurs et à multiplier les applications de ce procédé.

Ce n'est que successivement que ce progrès s'est accompli. Les premiers chirurgiens qui s'engagèrent dans cette voie ne furent pas sans s'entendre accuser d'excessive hardiesse. Peu à peu, pourtant, ils purent faire naître la conviction et virent des partisans se rallier à eux. Aujourd'hui, ces opérations se trouvent justifiées par tant de succès, qu'elles sont acceptées par tous.

Nous avons assisté, dès le début, à cette lutte et pris part à cette transformation. Notre pratique comprend près de 700 opérations de tout genre, entreprises en vue de l'extraction de grandes tumeurs de l'abdomen et du bassin. Nous croyons qu'une aussi longue expérience nous autorise à indiquer, d'une façon aussi succincte que possible, le choix qu'il convient de faire entre les diverses méthodes opératoires, qui nécessitent la gastrotomie, pour l'extraction des diverses tumeurs pelvi-abdominales. Comme la discussion de motifs qui nous amènent à arrêter notre choix serait trop longue à exposer ici, et comme d'ailleurs cette discussion se trouve exposée dans d'autres de nos travaux déjà publiés, nous nous bornerons à donner au présent mémoire la forme d'une série de conclusions.

D'une façon générale, et pour les besoins de cette exposition, nous avertissons que nous entendrons par gastrotomie toute opération qui nécessite l'ouverture du péritoine. En agissant ainsi, nous trouverons en même temps l'avantage de préciser les limites de notre sujet.

De même, et afin d'éviter des redites, nous allons placer ici quelques préceptes généraux qu'il ne faut jamais omettre toutes les fois que l'on se dispose à ouvrir volontairement ou involontairement le péritoine.

Si, au cours d'une opération, le péritoine doit être ouvert, le chirurgien doit diriger sa conduite en vue d'éviter la pénétration de l'air et des produits septiques dans la cavité de cette séreuse.

S'agit-il d'une tumeur dont l'ablation a nécessité l'ouverture du péritoine sans perte de substance? Il suffira de réunir les lèvres de la séreuse et de la plaie des parois avec le plus grand soin, en vue d'obtenir à tout prix une réunion par première intention, ce qui est habituellement facile.

Y a-t-il eu une perte de substance un peu étendue faite au péritoine, le danger de péritonite devient plus imminent : par suite, il faut encore prendre plus de soin pour bien suturer la séreuse et obtenir la réunion par première intention. Dans ce cas, on établira, outre un pansement antiseptique bien fait, un pansement par occlusion, et on assurera le rapprochement des parois par un autre bandage ouaté compressif. Le tout sera laissé à demeure pendant plusieurs jours.

Le péritoine a-t-il été ouvert en même temps que la cavité d'un abcès, d'un kyste suppuré ou non, dont la pénétration du contenu serait fatale, il faut non seulement suturer la face profonde de la cavité accidentelle et la portion du péritoine ouverte avec assez de soin pour empêcher le pus de pénétrer dans la cavité de la séreuse, mais il faut encore faire des ouvertures et des contre-ouvertures assez larges, assez bien disposées pour que les liquides sécrétés par la poche trouvent un écoulement facile et sûr au dehors. Dans ce cas, l'application de tubes à drainage destinés à faciliter l'écoulement des liquides et à faire des injections antiseptiques, pendant les jours qui suivront l'opération, sera doublement utile.

TUMEURS PARIÉTALES.

Nous serons bref sur les tumeurs pariétales, bien qu'il y en ait un certain nombre qui offrent un grand intérêt, et dont l'étude ne nous paraît pas avoir été suffisamment généralisée ; nous donnerons, au contraire, un peu plus d'extension aux tumeurs dépendant des principaux viscères du bassin chez la femme.

Les tumeurs des parois qui méritent d'appeler notre attention, sont uniquement celles qui ont avec le péritoine des connexions assez importantes pour causer l'ouverture volontaire ou involontaire de cette séreuse, au cours de l'opération.

Ce sont les *abcès sous-péritonéaux* et les grandes *tumeurs kystiques, graisseuses, fibreuses, sarcomateuses et cancéreuses.*

Abcès profonds. — Tous les *abcès profonds idiopathiques* doivent être ouverts de bonne heure, assez largement pour que le chirurgien puisse bien les explorer et s'assurer qu'ils ne sont pas symptomatiques. Pour faciliter la guérison, il ne faut pas craindre de faire des contre-ouvertures au niveau des parties déclives, et d'appliquer des tubes à drainage qui seront laissés à demeure pendant un nombre de jours qui variera suivant l'étendue de l'abcès.

Les *abcès symptomatiques* doivent, en principe, être traités de la même façon. Toutefois la méthode pourra varier avec la cause qui les produit et avec l'organe qui en est le point de départ.

S'agit-il d'un abcès scrofuleux ou tuberculeux, par exemple? Si ce traitement général, les injections iodées et le drainage ne suffisent pas à les guérir, il ne faut pas hésiter à donner aux ouvertures et aux contre-ouvertures des

dimensions assez grandes pour bien explorer l'intérieur de l'abcès, pour enlever par le raclage les fongosités suspectes, pour découvrir la source, au besoin pour évider, réséquer les os, quand ils en sont le point de départ; placer des drains dans les parties déclives, pour faciliter l'écoulement des liquides et les injections antiseptiques.

S'ils sont symptomatiques de la maladie d'un viscère, il faut également faire des incisions, qui soient à la fois évacuatrices et exploratrices, car il est de la plus haute importance de les utiliser, d'une part pour guérir l'abcès lui-même, d'autre part pour donner au diagnostic toutes les précisions désirables, en permettant à l'opérateur de reconnaître la véritable source.

Tumeurs kystiques. — Les grands kystes profonds des parois abdominales doivent être traités comme les abcès.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 avril 1885. — Présidence de M. Vidal.

COMMUNICATIONS

Crises gastroxiques. — **M. LÉPINE** (de Lyon). M. le professeur Rossbach (d'Iéna) vient de décrire, sous le nom de *gastroxynsis,* une affection nerveuse paroxystique de l'estomac, caractérisée, ainsi que le nom l'indique, par des vomissements *acides* qui reviennent par accès, sans qu'il y ait dyspepsie dans l'intervalle. M. le docteur Longuet, qui a donné dans l'*Union médicale* de cette année une excellente analyse du mémoire de M. Rossbach, pense que cette affection doit être comprise dans le cadre de la migraine.

M. Lépine, après avoir rappelé en détails l'observation d'un cas qu'il a suivi pendant plusieurs années, montre les analogies symptomatiques de ces crises gastroxiques avec les crises gastriques des tabétiques, dont elles diffèrent seulement par deux symptômes : 1° la douleur épigastrique plus grande chez les tabétiques; 2° l'acidité notable des matières vomies dans le cas de crises gastroxiques. Il insiste ensuite sur les différences qui séparent la migraine de la gastroxie; enfin, sur les relations qui, dans son cas, existaient avec la dyspepsie nerveuse. Relativement au traitement des accès, les boissons aqueuses tièdes ne lui ont pas rendu les services signalés par M. Rossbach; mais la morphine associée à une très faible dose d'atropine s'est montrée fort utile. Pour le traitement de l'affection elle-même, M. Lépine, dans son cas, a fait employer les eaux alcalines. Depuis lors, le malade paraît guéri.

Antipyrine. — **M. H. HUCHARD** présente ses « Études physiologiques et thérapeutiques sur l'antipyrine ». Il insiste sur la démonstration faite par lui du pouvoir antithermique réel de ce médicament, sur les services incontestables qu'on en obtient dans la fièvre des tuberculeux. Il rappelle que l'expérience clinique lui a prouvé l'exagération des doses auxquelles on avait employé l'antipyrine jusqu'ici; des doses de 50 centigrammes à 1 gramme suffisent parfaitement à produire l'abaissement de température désirable, et ont l'avantage d'éviter aux malades les sueurs profuses et le collapsus que causent les doses excessives conseillées par les premiers observateurs.

Atrophie des muscles du thorax et de l'épaule chez les pleurétiques. — **M. HUCHARD** donne lecture d'un mémoire de M. Desplats (de Lille) sur ce sujet. L'auteur rappelle que les arthrites, même aiguës et de courte durée, produisent rapidement l'atrophie des muscles du voisinage. Il n'est donc pas surprenant que l'inflammation de la séreuse pleurale entraîne l'atrophie des masses musculaires voisines. De nombreuses observations l'ont amené à constater : 1° que cette atrophie est fréquente et précoce; 2° qu'elle entraîne d'importantes modifications de la respiration; 3° qu'elle joue un rôle dans les déformations du squelette 4° qu'elle peut être la cause indirecte de l'imprégnation et de la pullulation tuberculeuse dans le poumon; 5° que nous possédons des moyens efficaces de la prévenir, de la combattre et de la guérir.

Laënnec et Delpech avaient depuis longtemps signalé l'atrophie musculaire et les déformations thoraciques consécutives aux pleurésies anciennes et chroniques. Ce n'est pas cela que M. Desplats a en vue, mais bien une atrophie rapide et en quelque sorte aiguë, puisque, au bout de dix jours chez certains pleurétiques, on constate déjà un aplatissement du thorax du côté malade, un abaissement des fausses côtes, et des modifications du type respiratoire. L'atrophie est surtout appréciable au niveau des pectoraux et des dentelés dont les digitations sont diminuées de volume. Les espaces intercostaux sont amoindris et les côtes rapprochées. On note une dépression manifeste sous l'angle de l'omoplate, dont la saillie s'exagère. La dépression est frappante aussi au niveau des fosses sus et sous-épineuses. L'autopsie de deux pleurétiques, ayant succombé à des accidents intercurrents quelques semaines après le début de la maladie primitive, a permis de constater la pâleur du tissu des muscles atrophiés, la diminution de volume de leurs faisceaux. La moindre amplitude des mouvements respiratoires du côté atrophié du thorax est facile à démontrer par l'inégale excursion de deux rubans métriques disposés symétriquement. L'auscultation prouve la diminution du murmure respiratoire du côté atrophié; celle-ci ne saurait être expliquée suffisamment, comme on l'a admis jusqu'ici, par l'engainement du poumon dans l'exsudat fibrineux. L'influence de la pression atmosphérique, la traction exercée par les adhérences pleurales ne suffisent pas non plus à expliquer la rétraction thoracique; elles interviennent pour une part seulement, mais la cause principale de déformation réside dans l'atrophie des muscles du côté malade et dans l'exagération de l'action antagoniste des muscles du côté sain.

L'atrophie musculaire ne peut-elle pas favoriser la pullulation tuberculeuse du côté malade? C'est une hypothèse qui repose d'une part sur la constatation clinique de la fréquence de la tuberculose pulmonaire consécutivement à la pleurésie, d'autre part sur l'idée que le renouvellement insuffisant de l'air et la diminution de l'activité circulatoire dans un poumon fonctionnant imparfaitement font de ce poumon un terrain tout préparé pour la pullulation des bacilles, d'après les idées actuellement régnantes.

Le traitement préventif et curatif doit consister dans l'emploi précoce et judicieux des moyens suivants : favoriser le mieux possible l'amplitude des mouvements respiratoires, en évacuant tout épanchement qui tarde à se résorber, dès qu'on constate l'immobilité de la moitié correspondante du thorax; stimuler par une faradisation quotidienne les muscles qui commencent à s'atrophier; organiser une gymnastique respiratoire méthodique; faire prendre au malade des bains d'air comprimé, ou lui faire pratiquer des inhalations d'air comprimé avec l'appareil de Waldenburg, les parois thoraciques demeurant pendant ce temps soumises seulement à la pression atmosphérique.

La fièvre éphémère. — **M. KELSCH** lit, au nom de M. Kiener, un travail sur ce sujet. L'auteur fait remarquer que la nosographie des pyrexies des pays chauds est encore imparfaite; la distinction est notablement mal établie entre la fièvre éphémère et la fièvre rémittente gastrique simple. M. Kiener a étudié tout spécialement la première de ces formes à l'hôpital Saint-Éloi, de Montpellier, et la courbe des exacerbations de cette affection établie sur le relevé des dix dernières années montre qu'elle a toujours marché parallèlement à la fièvre typhoïde.

Parmi les observations recueillies par M. Kiener, on trouve la fièvre éphémère s'accompagnant tantôt de flux bilieux, tantôt de symptômes typhoïdes, d'autres fois de douleurs rhumatiques. On s'explique la difficulté de différencier la fièvre éphémère d'avec la fièvre bilieuse simple, la fièvre rémittente gastrique, la fièvre catarrhale, la fièvre herpétique. Il ne semble pas que les variations de température, l'insolation ou le refroidissement, agissent autre-

ment que comme conditions prédisposantes. M. Kiener semble disposé à admettre que la fièvre éphémère dépend de quelque infection de nature encore inconnue. Son travail sera complété dans la prochaine séance par la lecture d'un mémoire de M. Kelsch, sur la fièvre rémittente gastrique.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XLIII

31 août 1812. Le roi fait son entrée dans Valence. Il est reçu à la porte San-Vicente, au bruit du canon et des cloches, par le clergé, les autorités et les *géants;* il se rend, sous un dais, à l'église de l'archevêché, puis à son palais. Le convoi de l'armée du centre est réparti dans les villages environnants; cette armée a beaucoup souffert de la soif en traversant la Manche qui n'offre ni ruisseaux ni fontaines; un verre d'eau se payait quatre piastres. Le pays a été dévasté jusqu'à Almanza. On dit que le maréchal Soult se décide à quitter l'Andalousie; notre victoire de Castalla qui fut remportée le jour de la défaite de Marmont aux Arapiles (21 juillet), empêcha l'ennemi de marcher sur Madrid et rendit possible la retraite du roi sur Valence.

Septembre : 21. Le maréchal Suchet part pour aller à la rencontre du maréchal Soult, le roi prend la même direction vers Moxente; c'est une entrevue officielle pour conférer de la situation militaire très aggravée dans toute la péninsule.

Je pars, moi aussi, dans la voiture de l'ordonnateur en chef; j'espérais avoir l'occasion d'embrasser mon ami Bory de Saint-Vincent, officier dans l'état-major du maréchal Soult. Moxente est à 15 lieues de Valence.

27. Je vais avec d'Esclaibes faire une excursion dans les montagnes; il en rapporte des lièvres, des perdrix; j'y ai récolté plantes et insectes; chacun est content. L'entrevue étant retardée, le but de mon voyage n'est pas atteint; je rentre à Valence.

Octobre : 1er. Je reçois l'ordre de me rendre à la division d'avant-garde commandée par le général Harispe qui est à Villena dans le royaume de Murcie; on dit que la fièvre jaune règne dans cette contrée. Les Anglais ont pris, la nuit dernière, 700 bombes dans un magasin du Grao.

2. Je traverse plusieurs villages : Casterroja, Silla, Algemesi qui cultivent le riz, les oliviers, les mûriers; je passe la nuit à Alciva, petite ville située dans une île formée par deux branches du Xucar.

3. Au village de Carcajente, j'admire de magnifiques plantations d'orangers et de dattiers; c'est le pays d'où l'on exporte les oranges consommées dans le royaume de Valence et dans d'autres provinces; les dattes sont de médiocre qualité et bien loin de valoir celles d'Elche. J'arrive de bonne heure à Saint-Philippe.

4. L'entrevue du roi avec les deux maréchaux a eu lieu hier à Fuente de la Higuera.

5. Je fais une courte halte à Moxente; jusqu'à Fuente de Higuera, la richesse du pays est dans la culture des caroubiers, des oliviers et des figuiers. La campagne qui environne Fuente est ce qu'on appelle un *secano*, c'est-à-dire qu'elle n'est point arrosée; elle donne du froment, du vin, des figues, peu d'huile, mais point de caroubes parce que la température y est trop froide; les montagnes que l'on découvre, à l'exception de celles d'Almanza, sont pelées, arides, comme celles du bas Aragon et de la Navarre.

6. Arrivée à Villena. J'apprends que l'ennemi, dont on porte les forces à 25000 hommes, menace la division du général Habert dans ses cantonnements d'Alcoy; en conséquence, le général Harispe va faire un mouvement vers Alicante avec 5 régiments d'infanterie, 12 pièces d'artillerie, 1000 hommes de cavalerie.

8. A trois heures du matin, nous sommes en marche; on passe au village de Sax adossé à des rochers que dominent des fortifications; puis à Elda, ville assez populeuse dont la *huerta* est riche en oliviers et en vignes; à Novelda, lieu du bivouac. L'avant-garde se porte vers Monforte. L'ennemi était à peu de distance; on fit tout pour l'engager à nous attaquer; on lança un détachement de hussards et deux compagnies de voltigeurs qui tuèrent une trentaine d'hommes et ramenèrent autant de prisonniers parmi lesquels un officier anglais.

9. Une brigade reste en réserve à Novelda; les autres troupes se portent en avant et la cavalerie s'avance jusqu'en vue d'Alicante. On aperçoit huit à dix mille ennemis rangés en bataille sous le canon de la place; mais ils n'acceptèrent pas l'offre du combat. Le général Habert avait, de son côté, vigoureusement repoussé l'attaque de l'ennemi.

12. Revenu à Villena, je fais une excursion sur les montagnes voisines qui sont calcaires et très fertiles pour le botaniste; j'observe surtout une espèce d'absinthe, *Artemisia aragonensis*, dont les caractères botaniques et les propriétés médicinales rappellent le *semen contra*. Les bruits d'épidémie de fièvre jaune ne se confirment pas; trois décès parmi les officiers de l'armée du Midi, à Yecla, sont attribués à d'autres causes que le vomito; j'adresse mon rapport au médecin en chef de l'armée.

18. Les armées du Midi et du Centre s'étant mises en mouvement vers Madrid, nous quittons Villena (royaume de Murcie) pour rentrer en Valence. Le quartier général de la division se fixe à Moxente et l'avant-garde à Fuente de la Higuera.

Séjour à Moxente (*du* 18 *octobre* 1812 *au* 11 *février* 1813). — J'ai habité quatre mois, avec le général Harispe, le misérable village de Moxente; quoique nous fussions toujours sur le qui-vive, j'y organisai l'emploi de mon temps de manière à l'utiliser et pour mon devoir professionnel et pour mes études spéciales. Dans le jour je parcourais, seul le plus souvent, le poignard à la ceinture et la carabine en sautoir, les montagnes et les ravins de cette contrée aride et déserte pendant l'hiver; je passais mes soirées dans le salon du général avec lequel je me liai d'amitié; nous étions presque compatriotes.

Moxente est un pauvre village de cinq cents feux, situé au bord du ruisseau Montesa, près de la route de Saint-Philippe à Almanza; ses maisons, de sombre apparence, se confondent avec des rochers dont les crêtes offrent des débris de fortifications. Ce village a son faubourg dont il est séparé par un vieux pont en pierre jeté sur un profond ravin; sa huerta fort étroite est arrosée par l'eau surabondante de trois fontaines et de réservoirs où l'on rassemble les eaux de pluie. Les principales productions de la localité sont : les figues, l'huile, les caroubes. Les figuiers occupent surtout les coteaux qui sont cultivés jusqu'aux escarpements des rochers; les oliviers avoisinent la grande route; peu de vignobles. Le marquis de la Romana était seigneur de ce village et y possédait une belle maison de campagne qui a été dévastée. Le sol des environs est formé par un calcaire tantôt coloré en rouge vif, tantôt d'un blanc éblouissant. Le *pin sauvage* et les *chênes verts* sont les seuls arbres qui croissent spontanément sur les montagnes et les collines. En 1276, les Maures de Valence s'emparèrent de la ville de Montesa qu'ils restituèrent aux chrétiens quelques mois après; en 1289, cent vingt familles s'établirent à Montesa; en 1317, le roi d'Aragon, sur l'autorisation du pape, établit l'ordre des chevaliers de Montesa qui se distinguèrent contre les Maures; ils portaient une croix rouge simple et pleine sur un manteau blanc. Montesa fut ruinée lors de la guerre de succession et brûlée; en 1748, un tremblement de terre ruina le château et l'église.

Novembre : 15. Nous apprenons que la garnison espagnole du fort d'Alicante a été, sous divers prétextes, remplacée par une garnison anglaise; il y aurait eu des rixes entre les militaires des deux nations.

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 avril 1885.

21. Pendant la nuit, le général Delor, commandant nos avant-postes, s'est porté rapidement de Fuente à Yecla, distant de 5 lieues; il a surpris un détachement de cavalerie ennemie et a ramené trente chevaux et quarante prisonniers, parmi lesquels un colonel; nous n'avons eu que trois blessés.

30. L'ennemi fait des mouvements vers nos cantonnements.

Décembre : 10. Le maréchal vient à Moxente pour se concerter avec le général Harispe. L'ennemi menace Requana et la droite de notre armée avec des forces très supérieures aux nôtres.

27. Le commandant Bugeaud, à la tête de son bataillon, est parti de son cantonnement pour attaquer les avant-postes ennemis au village d'Ibi; il leur a tué quarante hommes et fait des prisonniers parmi lesquels deux officiers.

ANNÉE 1813.

Janvier : 2. Après sept jours et sept nuits d'une pluie continue, le ciel reprend sa sérénité habituelle.

13. Deux mots sur les figues et les figuiers.

Le figuier est un arbre méridional beaucoup moins susceptible au froid que le caroubier et l'olivier; aussi on le cultive avec avantage dans le midi occidental de la France tandis que l'olivier ne peut s'y acclimater; comme ce dernier, il est à peu près indifférent pour la qualité et l'exposition du sol. J'en ai vu de fort beaux et chargés de fruits, soit dans les plaines sablonneuses, soit dans les terres d'engrais, soit sur les coteaux les plus élevés, les plus arides. Quelquefois il croît spontanément dans les crevasses des rochers et je me rappelle en avoir vu plusieurs pieds dans les interstices des énormes pierres qui forment le cirque romain de Nîmes; sa culture exige peu de soins; elle est à peu près la même que celle du caroubier; on ne lui laisse point acquérir un tronc élevé; on cherche à multiplier ses branches pour en multiplier les fruits; il y en a qui forment des ombelles assez vastes pour abriter contre le soleil une trentaine de personnes; on en voit de cette étendue à Mora de Ebro. On fait en Espagne une grande consommation et un commerce assez considérable de figues tant fraîches que sèches; elles me paraissent bien moins variées pour leurs espèces que dans les départements méridionaux de la France. Dans l'espèce *figue noire*, j'ai observé deux variétés qui croissent sur le même arbre dans des saisons différentes; l'une, que nous appelons *figue fleur* et que les Espagnols désignent sous le nom de *breva*, mûrit dans le mois de juillet; elle est moins commune, plus grosse et proportionnellement plus allongée que l'autre qui mûrit en automne; il y en a qui acquièrent jusqu'à 4 pouces de longueur sur une épaisseur d'un pouce et demi. Un caractère botanique les distingue surtout; c'est leur mode d'insertion : celle-ci, dans la *breva*, est opposée au pétiole de la feuille; tandis que pour la figue automnale elle est axillaire.

La *figue blanche* qui, en général, est plus courte, plus ventrue que la précédente, ne nous a offert que trois variétés : une, recouverte d'un épiderme très vert, renferme une pulpe d'un rouge vif; la deuxième, fréquemment ouverte en étoile sur son ombilic, est moins foncée intérieurement et plus pâle en dehors; elle est moins délicate; la troisième, plus grande et plus exquise, a la peau fort tendre et la pulpe d'un rouge fort pâle. Au premier coup d'œil, elle ressemble à la figue céleste; mais elle est moins grande que cette dernière, le principe sucré y est moins abondant.

Pour opérer la dessiccation des figues, on les dispose bien mûres sur des claies de roseau, de manière à les isoler les unes des autres et à permettre la libre circulation de l'air. On expose ces claies au soleil et on les rentre en cas de pluie ou de l'état serein du ciel. Lorsqu'elles sont suffisamment sèches, on trie les meilleures qu'on livre au commerce ou que l'on destine à la consommation du ménage. Le rebut sert à la nourriture des bestiaux; les cochons les mangent avec avidité. Les laboureurs de Moxente m'ont assuré que les figues sont préférables aux caroubes pour soutenir les forces des mules qui travaillent la terre.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

117. M. Legendre. Essai sur la pathogénie de la gangrène typhoïde. — 118. M. Milsonneau. Contribution à l'étude de l'angine infectieuse simple primitive (manifestations ganglionnaires; adénophlegmon). — 119. M. Larbouret. Dermoïde de l'œil. — 120. M. Devoti. Considérations médicales sur le Rio de la Plata. — 121. M. Secretan. Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial. — 122. M. Le Couedic. De la pleurotomie antiseptique. — 123. M. Bajon. De l'accouchement prématuré à l'aide de la sonde-bougie. — 124. M. Tissier. De la castration de la femme en chirurgie (opération d'Hégor ou de Battey).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences vient de nommer correspondant, pour la section de botanique, M. Boissier (de Genève), en remplacement de feu M. Oswald Heer.

— Un concours spécial pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris s'ouvrira, le jeudi 4 juin 1885, à midi, à l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de midi à trois heures, et y déposer leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 4 mai 1885 et sera clos définitivement le mercredi 20 mai, à trois heures.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — MM. Loumeau et Lacharrière sont nommés chefs de clinique chirurgicale.

M. Puech est nommé chef de clinique ophthalmologique.

M. Brunetière est nommé préparateur de chimie.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Cochet, docteur en médecine, est institué chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Turgard, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Castelain, chargé des fonctions d'agrégé, est maintenu dans ses fonctions jusqu'à la fin du prochain concours d'agrégation.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charrier, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, décédé le 23 avril à l'âge de cinquante-huit ans.

— M. le professeur Charcot continuera ses leçons pratiques de clinique des maladies nerveuses, à l'hospice de la Salpêtrière, le mardi à neuf heures et demie. Il reprendra ses leçons à l'amphithéâtre, le vendredi 1er mai.

— M. le docteur Charles Mauriac reprendra, à l'hôpital du Midi, ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes, le samedi 2 mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Chaque leçon sera précédée de la revue des malades du service et suivie d'instructions pratiques sur le traitement.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'histologie pathologique, par Cornil, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Ranvier, professeur au Collège de France. Tome II, IIe fascicule. 1 vol. in-8° avec 170 figures dans le texte. — Prix : 9 francs. — L'ouvrage complet en 2 forts vol. in-8° avec 577 figures dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, Félix Alcan.

Éléments d'anthropologie générale, par le docteur Topinard, professeur à l'École d'anthropologie. 1 vol. in-8° avec 229 figures intercalées dans le texte. — Prix : 24 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Traité théorique et pratique des maladies de la peau, par J.-B. Hillairet et E. Gaucher. Tome I : *Anatomie et physiologie de la peau. — Pathologie générale des dermatoses inflammatoires communes.* Un beau vol. gr. in-8° de 670 pages avec figures dans le texte et 8 planches chromolithographiques hors texte exécutées d'après nature. — Prix : 17 francs.

L'ouvrage sera complet en deux volumes : le tome II, qui contiendra 12 planches hors texte, est actuellement sous presse. — Paris, O. Doin.

Les accidents de l'organisme et leurs soins, d'après une nouvelle méthode. — *Les Andes, observations médicales,* par le docteur L.-A. Paoli, médecin principal de l'armée. Un vol. in-8° de 560 pages avec 4 planches hors texte. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, par P. Garnier. Vingtième année, 1884. 1 fort vol. in-12 de 750 pages. — Prix : 7 francs. — Paris, Alcan.

Leçons sur les maladies des voies urinaires, faites à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Reliquet. IIe fascicule : *Stagnations d'urine.* 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. L'ouvrage complet : 5 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le choléra devant l'Académie de médecine, la contagiosité et les quarantaines, par le docteur J.-P. Bonnafont, membre correspondant de l'Académie de médecine. In-8°. — Prix : 1 fr. 25.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17753.

N° 50. — JEUDI 30 AVRIL 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 30 AVRIL 1885. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration. 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une courte communication de M. Panas sur quelques-uns des effets de l'agent anesthésique local, la cocaïne, dont il a déjà entretenu l'Académie; un clair et substantiel rapport de M. J. Rochard sur l'altération des dents chez les morphinomanes, signalée dans un travail lu à l'Académie par M. Combe, et une lecture de M. Aug. Ollivier sur la contagiosité de la tuberculose pulmonaire chez les enfants, tel a été le contingent de cette séance qui, comme les précédentes, a commencé par une élection et s'est terminée par un comité secret.

L'un des plus anciens candidats au titre de correspondant, M. Mignot (de Chantelles), est arrivé enfin au but de ses désirs.

La suite de la discussion sur l'érysipèle a dû être ajournée. Dans la séance prochaine, élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. Il y a concurrence ouverte entre thérapeutes et naturalistes.

HOTEL-DIEU. — M. TILLAUX.

Corps étrangers de l'articulation du genou.

Nous allons pratiquer aujourd'hui deux opérations importantes : une amputation de cuisse et une extraction de corps étrangers articulaires.

Dans une leçon précédente, je vous ai exposé le manuel opératoire de l'amputation de la cuisse et n'y reviendrai pas aujourd'hui. Je m'occuperai exclusivement dans cette leçon du malade atteint de corps étrangers du genou.

Il s'agit d'un homme âgé de cinquante et un ans, camionneur, doué d'une très forte constitution. Il rattache le début de sa maladie à un traumatisme. En 1869, il y a seize ans, en montant sur un trottoir, il éprouva dans le genou gauche une douleur subite et si violente qu'il tomba sur le côté. Telle est, en effet, la manière dont les corps étrangers révèlent habituellement leur présence dans le genou. La chute n'a pas été la cause de l'affection, ainsi que le pense le malade; elle a été le résultat de la présence d'un corps étranger, qui jusqu'alors était resté silencieux dans la jointure. Et la preuve, c'est que quelques jours après l'accident, le malade constata dans le genou gauche l'existence d'un corps dur, mobile, fuyant sous le doigt. Le volume de ce corps, celui d'une amande environ, ne s'est pas sensiblement modifié depuis seize ans.

Tout en souffrant de temps en temps, J... put continuer le dur métier de camionneur.

Au mois de décembre dernier, le genou redevint plus douloureux, et le malade y trouva un deuxième corps étranger beaucoup plus volumineux que le premier. La marche devint alors très pénible, de plus en plus difficile, et J... se décida à aller consulter mon ami le docteur Duguet, médecin de l'hôpital Lariboisière, qui me l'adressa à l'Hôtel-Dieu.

Voici l'état actuel du malade :

Dans le genou gauche existent deux corps étrangers, de volume très inégal, occupant de préférence le cul-de-sac supérieur externe de la synoviale. L'un a le volume d'une bonne châtaigne et donne au toucher la sensation d'une petite rotule; l'autre a la forme et le volume d'une amande, Le plus gros est toujours tangible; le plus petit se cache souvent, mais le malade le retrouve aisément par une sorte de massage de son genou. Ils frottent contre la poulie fémorale et font entendre un craquement rude. L'exploration ne cause aucune douleur. Cet homme ne souffre que dans la marche, ce qui l'empêche de travailler et l'engage à réclamer une opération. L'articulation ne contient pas trace de liquide.

Avant d'exposer le genre d'opération que nous allons pratiquer à ce malade, il me paraît utile de vous dire quelques mots sur cette curieuse affection, d'autant plus que nous n'en trouverons pas souvent l'occasion. Cette maladie, en effet, est rare; je n'en avais pas rencontré d'exemple depuis 1871.

La première mention que nous en trouvions, est dans A. Paré, au chapitre XV, intitulé : « Des pierres qui s'engendrent au corps humain. » L'observation est courte, mais très nette; la voici exactement :

« L'an mil cinq cents cinquante huit, fus appelé de Jean Bourlier, maistre tailleur d'habits, demeurant rue Sainct Honoré, pour lui ouvrir une apostème aqueuse qu'il avoit au genoüil : en laquelle trouvay vne pierre de la grosseur d'une amende, fort blanche, dure, et polie, et guérit, et

encore est à présent vivant. » T. III, p. 32 (édition Malgaigne).

A. Paré avait été évidemment surpris par la sortie de ce corps étranger, dont il n'avait pas soupçonné l'existence. Vous voyez qu'il lui donne le nom de pierre, en raison de sa consistance et par analogie avec ceux que l'on trouve dans la vessie.

Parmi les nombreuses dénominations proposées pour désigner cette affection, celle de corps étranger articulaire, bien qu'inexacte, est le plus souvent employée. Je préfère toutefois celle de corps mobile ou flottant donné par Nélaton. Je vous rappellerai l'expression pittoresque des Allemands : gelenkmäuse, souris des articulations, qui rend bien compte de l'extrême mobilité de ces corps.

Le volume est en général celui d'un haricot, d'une amande. L'un de ceux dont est atteint notre malade est beaucoup plus gros. M. Ollier en a observé un plus gros encore, qui avait le volume d'une rotule d'adulte. L'articulation ne contenait pas de liquide, et le malade n'en était pas gêné. On conçoit en effet que plus le corps étranger est volumineux, moins il y a de douleur puisqu'il ne peut s'interposer entre les surfaces articulaires. Notre malade nous fait bien remarquer qu'il ne souffre que du plus petit des deux corps étrangers, de celui qui se cache de temps en temps derrière la rotule.

Plusieurs théories ont été invoquées pour expliquer la production des corps étrangers articulaires ; je vous les rappellerai rapidement.

Hunter et Velpeau, appliquant à ce fait particulier leurs idées générales sur la transformation du sang épanché, professaient que ces corps procédaient d'un caillot devenu successivement fibreux, cartilagineux et osseux. Cette organisation des caillots sanguins n'a plus cours actuellement dans la science.

Des fragments d'os et des cartilages détachés des surfaces articulaires à la suite d'un traumatisme et tombés dans la cavité synoviale peuvent sans doute constituer une variété de corps étrangers, mais ce cas est tout à fait exceptionnel et doit être décrit à part. La structure des corps flottants articulaires diffère d'ailleurs essentiellement de celle de ces fragments osseux.

Deville et Broca avaient attribué la production des corps étrangers à la nécrose des cartilages qui se rencontre dans l'arthrite sèche ; ce seraient de simples séquestres. Mais rappelez-vous leur structure et vous verrez que cette théorie ne saurait s'appliquer aux véritables corps étrangers articulaires. Ceux-ci en effet comprennent dans leur composition du fibro-cartilage, du cartilage véritable, du tissu osseux, le tout, il est vrai, mélangé sans disposition régulière. Une quantité plus ou moins grande de matière crétacée entre aussi très souvent dans leur composition, et peut même en constituer la presque totalité.

La théorie généralement acceptée est celle que proposa Laennec. Les corps étrangers articulaires se développent primitivement dans le tissu cellulaire sous-synovial, sous forme de masses cartilagineuses qui subissent peu à peu des modifications dans leur texture. Ces masses évoluent vers la cavité articulaire, y font une saillie de plus en plus forte, se pédiculisent à la longue, et finissent par se détacher. Elles tombent alors dans l'articulation et deviennent des corps mobiles ou flottants.

Quoique passible de certaines objections, cette théorie répond bien à la marche clinique de cette affection. J'en proposerais volontiers une cinquième, qui n'est d'ailleurs qu'un dérivé de la précédente. De même qu'on observe parfois une transformation crétacée de la séreuse prérotulienne, il est probable que la synoviale du genou subit elle-même parfois cette transformation crétacée primitive par dépôts successifs dans son épaisseur.

Une fois libres dans la cavité articulaire, ces productions sont-elles susceptibles d'accroissement ? Je serais disposé à répondre par la négative. Rappelez-vous, en effet, que notre malade, pendant seize ans, n'a pas constaté le moindre changement dans le volume du corps étranger. Je ne crois pas non plus qu'elles puissent disparaître par résorption. Les auteurs qui l'ont pensé avaient sans doute fait une erreur de diagnostic, et pris pour un corps étranger les noyaux d'induration dont je parlerai plus loin.

Lorsqu'un malade, au milieu d'une santé parfaite, éprouve subitement pendant la marche une douleur dans le genou, d'une violence telle qu'il tombe ou ne peut faire un pas ; lorsqu'après quelques mouvements imprimés à la jointure les accidents disparaissent complètement sans laisser de trace apparente, il est bien vraisemblable que le sujet est atteint d'un corps flottant articulaire. Ce n'est cependant pas certain, car il pourrait s'être produit une subluxation de l'un des deux cartilages semi-lunaires.

Il faut toutefois reconnaître que cette dernière affection est très exceptionnelle, peu connue, à peine signalée par les auteurs, et d'un diagnostic très obscur. Quoique le mécanisme en soit difficile à saisir, je la crois néanmoins possible en raison de la grande mobilité dont jouissent ces fibro-cartilages que la synoviale isole presque de toutes parts.

Il est probable que dans la flexion du genou, ils sont poussés en avant par les condyles du fémur, qui, vous le savez, opèrent alors un glissement d'arrière en avant, qu'ils subissent un mouvement de bascule, se mettent en quelque sorte debout entre le fémur et le tibia, et sont violemment comprimés lorsque ces deux os se rapprochent l'un de l'autre dans l'extension.

MM. Le Fort et Lannelongue en ont signalé des exemples, et je crois en avoir moi-même observé un cas tout récemment. Le malade pouvait produire à volonté le déplacement et la douleur caractéristique, en imprimant à son genou une certaine espèce de mouvement. Le diagnostic n'est douteux, bien entendu, que si l'on ne trouve pas le corps du délit, c'est-à-dire le corps étranger lui-même.

Même dans ce dernier cas, il faut songer qu'une erreur d'une certaine gravité est encore possible. Il ne suffit pas, en effet, de sentir avec le doigt, sur le pourtour de la jointure, un corps dur, plus ou moins gros, il faut encore que ce corps soit mobile, ou, comme disait Nélaton, flottant. Voici ce que j'extrais d'une clinique de ce grand chirurgien faite le 8 mars 1861, alors que j'étais son interne : « Dans les hydarthroses anciennes du genou, il existe parfois un noyau d'induration qui occupe le point de réflexion de la synoviale sous le triceps. Ce noyau peut avoir une forme et un volume variables, mais il est toujours sur la ligne de réflexion de la séreuse. Marjolin, le premier, signala cette disposition et fit remarquer son analogie avec celle des corps étrangers articulaires. Appelé en consultation par un de ses collègues qui se proposait d'ouvrir le genou, Marjolin s'y opposa en démontrant que le prétendu corps étranger n'était autre qu'un noyau d'induration siégeant dans le tissu cellulaire sous-synovial. »

Dans un cas qu'il a publié, M. Verneuil éprouva un instant la même illusion, et fit des tentatives infructueuses d'extraction sur un corps dur qui n'était autre que ce même noyau d'induration.

Le traitement des corps étrangers du genou mérite d'attirer toute notre attention, car c'est en définitive le côté capital de la question. Je ne parlerai que pour mémoire des tentatives nombreuses faites dans le but de les immobiliser dans un coin de la jointure, de façon à les rendre inoffensifs. Signalons néanmoins l'anneau très ingénieux que je vous présente, construit à cet effet par notre habile fabricant d'instruments de chirurgie M. Collin. La véritable méthode de traitement des corps étrangers est l'extraction. Or celle-ci s'opère de deux façons : par délogement sous-cutané ou par arthrotomie directe.

La première méthode a joui d'une grande faveur, et je l'ai moi-même défendue énergiquement il n'y a pas encore longtemps : c'est celle de Goyrand (d'Aix). Cette méthode, très ingénieuse, constituait un véritable progrès à l'époque où elle fut imaginée par son auteur. Voici sommairement en quoi elle consiste : Le corps étranger étant refoulé et solidement maintenu contre le cul-de-sac supérieur de la synoviale, on introduit sous la peau, à une certaine distance, un bistouri étroit que l'on porte sur lui, et l'on divise la synoviale sur toute sa surface en s'en servant comme point d'appui. Pendant que de la main droite on pratique cette incision, on repousse le corps étranger de la main gauche, de façon à l'engager dans cette boutonnière et à le déloger de l'articulation. C'est, vous le voyez, une application des plus ingénieuses de la méthode sous-cutanée. Le corps ainsi délogé s'immobilise et devient inoffensif. On peut ne plus s'en occuper ou bien l'enlever après quelques semaines, lorsque la plaie articulaire est cicatrisée.

J'ai suivi cette méthode avec succès en 1871 à l'hôpital Saint-Louis sur un cuirassier de Reichshoffen, atteint de deux corps étrangers du genou.

Si la méthode de Goyrand réussissait toujours, ou pour mieux dire, si elle était toujours possible, il ne faudrait pas en chercher d'autre ; mais il n'en est pas ainsi. Malgré son apparence de simplicité, cette opération est parfois inexécutable ; on n'arriva pas à chasser le corps étranger de l'articulation, à cause des mamelons qui hérissent souvent sa surface, et même lorsqu'il est parfaitement lisse. Beaucoup de chirurgiens ont signalé ce mécompte ; je le subis moi-même en 1870, à l'hôpital Saint-Antoine, sur un jeune garçon marchand de vins, et après des tentatives prolongées, je dus recourir à l'extraction directe, qui d'ailleurs fut suivie de succès.

Nous étions à cette époque sous l'impression de la statistique présentée par M. Larrey à la Société de chirurgie en 1861, donnant 22 p. 100 de morts après extraction directe. La statistique de Goyrand ne donnait que 15 p. 100, ce qui était un peu plus rassurant.

Avec la méthode antiseptique, les chirurgiens devinrent plus hardis et pratiquèrent de plus en plus l'extraction directe ; cependant je n'étais pas encore revenu de ma première impression, en 1878, car je disais à cette époque dans une discussion sur ce sujet à la Société de chirurgie :

« Malgré les garanties que peuvent donner les antiseptiques, je crois que l'on doit toujours éviter d'ouvrir une articulation : aussi, avant d'en arriver là, j'essayerai toujours la méthode de Goyrand (d'Aix). »

Et cependant, infidèle à mes propres prescriptions, je vais aujourd'hui pratiquer devant vous la méthode d'extraction directe d'emblée. C'est que la pratique chirurgicale a subi depuis quelques années de profondes modifications. En effet, notre collègue M. Nepveu apporta en 1880 à la Société de chirurgie une nouvelle statistique. Sur 46 cas d'extraction directe, il n'y avait eu que deux morts, et encore l'une des deux n'était peut-être pas imputable à l'opération.

Nous pouvons donc aujourd'hui, sans témérité, employer l'arthrotomie directe du genou, à condition de nous soumettre rigoureusement aux prescriptions de la méthode antiseptique ; c'est ce que je vais faire.

Le malade fut opéré de la façon suivante : Les deux corps étrangers, ayant été ramenés dans le cul-de-sac supérieur et externe de la synoviale y furent maintenus solidement par un aide. Me servant de la saillie de ces corps comme conducteurs, je pratiquai d'un seul coup de bistouri la section des parties molles, et les deux corps étrangers s'élancèrent aussitôt au dehors, comme deux noyaux de cerises, d'entre les doigts.

La plaie fut lavée avec la solution phéniquée forte, sans que l'on cherchât à faire pénétrer le liquide dans l'articulation. Elle fut suturée et drainée. Le membre fut enveloppé d'un vaste pansement de Lister, d'une plaque de carton au niveau du genou, et placé dans une gouttière en fil de fer. Aucun accident ne se produisit. Les points de suture furent enlevés le septième jour, ainsi que le drain (jour du premier pansement). Le malade est, actuellement, complètement guéri.

Les deux corps étrangers ont été présentés à la Société de chirurgie. L'analyse n'en a pas encore été faite. Remarquables par leur extrême légèreté, ils sont d'une blancheur opaline, et leur surface est mûriforme.

Le plus gros, qui est aussi le plus récemment découvert dans le genou, présente nettement sur l'une de ses faces la trace du pédicule qui le fixait au cartilage diarthrodial avant sa mobilisation.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Audhoui.

De la dyspepsie.

On a beaucoup écrit sur la dyspepsie, et, malgré tous les travaux publiés, le doute persiste encore sur les signes diagnostiques de cette affection. Au point de vue étymologique, le mot dyspepsie répondrait au mot indigestion, de sorte que chaque fois que les fonctions digestives sont troublées, on pourrait prononcer les mots dyspepsie ou indigestion.

D'aucuns ont pensé d'ailleurs que si la dyspepsie signifiait indigestion, ce n'était qu'un certain genre d'indigestion. De là la nécessité d'une distinction bien établie.

Si l'on part de ce point que tous les troubles digestifs, quels qu'ils soient, sont toujours des symptômes ou des états symptomatiques, et non pas des espèces morbides vraies, on voit que s'il est possible d'établir des formes naturelles dans les espèces fondées, il n'en est pas de même dans les symptômes et les états symptomatiques.

Prenons pour exemple l'indigestion, et nous remarquerons qu'elle sera quelquefois un phénomène fortuit, tandis

que dans d'autres cas elle sera d'ordre continu et ira en se répétant à chaque repas.

Pour moi, j'appellerai indigestion fortuite l'indigestion proprement dite et dyspepsie les indigestions répétées. D'autres ont admis autant de dyspepsies répétées qu'il y avait de causes d'indigestion, transportant ainsi cette affection dans toutes les maladies. Mais le médecin qui travaille sur des réalités et non sur des abstractions se demande si la dyspepsie n'est pas quelque chose de réel et si l'étiologie ne lui en donnera pas la clef.

Les troubles digestifs peuvent reconnaître une infinité de causes : les unes morbides, les autres occasionnelles. Dans le premier cas, ils sont le résultat d'un état maladif vrai qui les entretient, et, par suite, ils disparaissent avec lui. C'est ainsi que les troubles digestifs causés par l'ulcère simple de l'estomac ou par le cancer ou par l'urémie, sont l'ulcère, le cancer ou l'urémie eux-mêmes, et ne méritent pas un nom propre.

Dans le second groupe, il faut ranger les causes occasionnelles qui déterminent elles-mêmes les troubles digestifs. Or, comme ici il n'y a pas de maladies antécédentes, ce trouble doit être dénommé, puisqu'on est en présence d'une indigestion idiopathique et non plus symptomatique comme tout à l'heure. C'est l'indigestion proprement dite. Or la dyspepsie est une suite d'indigestions idiopathiques dont les causes occasionnelles sont d'ordre externe ou d'ordre interne.

Parmi les premières, il faut ranger tous les *ingesta* toxiques : tels sont l'acide sulfurique, l'alcali, par exemple, qui détermineront des gastrites toxiques, et par suite doivent être éliminées, car ce sont là des *ingesta* accidentels. Il n'en est pas de même d'autres *ingesta* toxiques, tels que l'usage des liqueurs, du tabac, une alimentation trop abondante ou insuffisante, ou de mauvaise nature ou bien mal administrée, c'est-à-dire à des heures irrégulières.

Dans les causes d'ordre interne, nous rangerons certains désordres organiques, et surtout une mauvaise dentition, une dentition incomplète ; la constipation par obstruction intestinale, très fréquente chez la femme surtout : en pareil cas, l'estomac se trouve affecté par sympathie ; la tension, la fatigue intellectuelle, cause aujourd'hui de plus en plus fréquente, qui entraîne avec elle une parésie de l'estomac.

Ces causes occasionnelles, si elles ne durent pas, déterminent une indigestion fortuite ; mais, pour peu qu'elles persistent, elles engendrent une suite d'indispositions, c'est-à-dire une dyspepsie véritable. De là cette description de la dyspepsie : une suite d'indigestions idiopathiques revenant à tous les repas et liées à des causes occasionnelles appréciables.

Analysons maintenant la dyspepsie, nous attachant seulement aux cas simples, en dehors des états qui la compliquent souvent : l'alcoolisme, le nicotisme, le surmènement, la misère. Étudions-la d'abord sous le rapport des causes occasionnelles qui la provoquent, puis au point de vue des tempéraments, puis en elle-même.

Une cause occasionnelle peut aussi léser l'organe, le troubler dans sa motilité, sa sensibilité, etc., provoquer des inflammations phlegmasiques et autres.

Tant que la dyspepsie prédomine, il ne faut pas s'inquiéter des désordres qui la compliquent, mais bien en rechercher les causes occasionnelles, leurs conditions, pour les éloigner, combattre ainsi la douleur, les nausées, les vomissements, l'inflammation, l'inertie gastrique, le cloaque stomacal.

Quant aux rapports entre la dyspepsie et le tempérament du sujet, il faut distinguer les affections constitutionnelles et les affections diathésiques. Une diathèse n'est pas une maladie.

La tuberculose, affection parasitaire, peut être accidentelle si rien, dans le sujet atteint, ne la provoque ; elle est constitutionnelle si les éléments du sujet l'appellent ; elle est diathésique si elle est préparée par les conditions des ascendants.

Il en est de même de la dyspepsie, qui peut être constitutionnelle, diathésique ou accidentelle.

Prenons un sujet bien portant, de constitution bonne, moyenne, né de parents sains ; cet homme est dans les affaires, il est en proie à des émotions sérieuses, il ne mange plus ou ne mange que peu, sans apppétit ; il est préoccupé. Chez lui, la dyspepsie qui surviendra sera *accidentelle,* car s'il consent à modifier son régime de vie, elle disparaîtra.

Un autre a un tempérament nerveux, mélancolique, bilieux ; il est concentré en lui-même, morne, peu sécrétant, urinant peu et très constipé, mangeant peu aussi et insuffisamment. Que chez lui une émotion se produise, que sa nourriture se modifie, que la dyspepsie apparaisse : elle se montrera avec des caractères spéciaux ; de là l'indication de modifier sa constitution, la nécessité de distractions, les voyages, les eaux, les bains de mer, un régime relâchant, rafraîchissant.

Prenons maintenant un autre exemple de dyspepsie : un individu a habité les pays chauds, où l'on abuse des liqueurs alcooliques et des mets épicés. Tant qu'il reste dans ce milieu, tout va bien ; mais qu'il change de climat, le moindre écart de régime pourra être la cause occasionnelle de la dyspepsie. Nous pourrions citer encore comme diathésiques les sujets dont les parents ont un estomac profondément lésé et ont transmis à leurs enfants ce malheureux point faible. Que ceux-ci soient atteints de dyspepsie, la maladie sera diathésique avec ses caractères propres. Dans le premier cas, il conviendra de prescrire le quinquina et le café pour modifier l'état diathésique ; dans le second, on devra fortifier l'ensemble de l'organisme.

Quant à la dyspepsie en elle-même, quelles sont les indications qu'elle nous donne ? 1° Éloigner les causes occasionnelles ; 2° ramener par degrés les organes digestifs à leur fonctionnement normal.

1° Pour éloigner les causes, il faudra réformer le genre de vie selon l'âge, le sexe et le tempérament ; régler les repas, examiner la dentition et la soigner selon l'état qu'elle présentera ; s'il y a constipation, la combattre par des purgatifs d'abord, puis par des lavements ; s'enquérir des fatigues intellectuelles qui auraient déterminé la parésie de l'estomac, faire en sorte que le repas soit une occupation comme une autre, que le malade ne pense qu'à manger pendant qu'il est à table.

2° Pour rétablir dans leur état normal les fonctions digestives, recourir aux amers, à l'acide arsénieux, au fer, aux eaux minérales gazeuses, bicarbonatées sodiques, naturelles surtout et prises à la source elle-même. Enfin, comme règle absolue, observer une très grande sobriété dans toutes les fonctions, et notamment dans les fonctions génitales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 avril 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Denucé (de Bordeaux) qui remercie l'Académie pour sa nomination au titre d'associé national.

2° Une lettre de M. Benetti, président de l'Association médicale de la Charente, qui invite l'Académie à la cérémonie d'inauguration de la statue de Bouillaud, qui aura lieu à Angoulême le 16 mai prochain.

M. le Président informe l'Académie que M. H. Roger a bien voulu accepter la mission de représenter officiellement l'Académie à cette cérémonie.

3° Une lettre de Mme Fauvel qui offre à l'Académie le buste de M. Fauvel, son mari.

4° Une lettre de M. le docteur Charpentier, professeur de physique médicale à la Faculté de Nancy, qui sollicite le titre de membre correspondant national dans la quatrième division.

4° Une lettre de M. Vaslin (d'Angers) qui sollicite le titre de membre correspondant national dans la deuxième division.

5° Un rapport de M. Senut, médecin-major de première classe, sur les vaccinations et les revaccinations qu'il a opérées en 1884.

M. le Président annonce à l'Académie que sa séance publique pour la distribution des prix des années 1883 et 1884 aura lieu le 19 mai prochain.

COMMUNICATIONS

Cocaïne. — M. Panas rappelle que, dans la communication qu'il a faite à l'Académie sur la cocaïne, il avait constaté que la pupille se contractait très peu sous l'influence de cet agent anesthésique. En poursuivant ses expériences, il a obtenu une dilatation beaucoup plus sensible, depuis qu'il s'est servi d'une cocaïne obtenue en épuisant davantage les feuilles de coca. La cause du phénomène doit être recherchée dans ce fait que la cocaïne ainsi préparée contient une autre substance encore mal déterminée, probablement un éther d'hygrine. Cet éther, qui a de grandes analogies avec l'atropine, en diffère cependant par les deux points suivants : 1° l'action de l'éther d'hygrine dure beaucoup moins longtemps que l'action de l'atropine ; 2° l'ésérine n'éteint que temporairement l'action de l'atropine sans en diminuer la durée ; elle éteint complètement l'action de l'éther d'hygrine.

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un correspondant national dans la première division.

Les candidats inscrits sur la liste de présentation sont : MM. Rollet (de Lyon), Mignot (de Chantelles) et Feltz (de Nancy).

Sur 58 votants,

M. Mignot (de Chantelles) obtient. . .	42 voix
M. Rollet.	11 —
M. Feltz	1 —

M. Mignot, ayant obtenu la majorité, est proclamé élu.

RAPPORTS

Altérations dentaires chez les morphinomanes. — M. Rochard rend compte, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Dujardin-Beaumetz et Luys, d'un travail de M. le docteur R. Combe, intitulé : *Des altérations dentaires chez les morphinomanes.*

M. Combe signale dans son mémoire une altération des dents qu'on observe chez les personnes qui font abus des injections hypodermiques de morphine.

Elle attaque d'abord les grosses molaires par leur face triturante et les creuse d'une cavité profonde ; elle s'étend ensuite aux incisives, aux canines, dont l'extrémité conique s'exerce en forme de cupule. C'est l'ivoire qui est le siège de l'altération, laquelle est presque indolore, ne s'accompagne pas de périostite et marche avec une extrême rapidité.

M. Combe a vu des malades qui n'avaient plus une seule dent intacte un an après le début de la première carie. La destruction des dents coïncide le plus souvent avec la chute des cheveux. Il conseille, pour arrêter ces désordres, de les attaquer dans leur cause en supprimant peu à peu les injections de morphine et en ayant recours à l'hydrothérapie.

Pour l'état local, il recommande un soin extrême de la bouche, des lotions fréquentes, avec des solutions bicarbonatées sodiques, le carbonate de magnésie comme poudre dentrifice et l'obturation immédiate de toutes les cavités qui se produisent avec la gutta-percha ou le ciment au pyro-phosphate de zinc.

La seconde partie de ce traitement est plus facile que la première. On sait que la morphinomanie est encore plus rebelle que l'alcoolisme.

M. le rapporteur rappelle, à cette occasion, les observations de MM. Trélat, Verneuil, Dujardin-Beaumetz sur les altérations des troubles de la nutrition résultant de la morphinomanie et qui lui paraissent pouvoir expliquer les faits signalés par M. Combe, qui a négligé dans son travail ce point de vue de la question. Il rapproche également ces faits des altérations dentaires que l'on observe sur les sujets dyspeptiques sous l'influence d'une modification survenue dans les liquides salivaires et les mucosités buccales.

Quoi qu'il en soit, ajoute M. le rapporteur, en faisant connaître cette altération des dents, M. Combe a rendu un service réel à la pathologie et aux morphinomanes, auxquels il a signalé le danger qu'ils encourent. En conséquence, M. le rapporteur propose de remercier M. Combe de sa communication et de l'engager à continuer ses recherches, à multiplier ses observations et à les compléter par l'étude des fonctions digestives et par l'examen de la salive.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Remèdes secrets et nouveaux. — M. Méhu, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

LECTURE

Contagiosité de la tuberculose pulmonaire chez les enfants. — M. Aug. Ollivier donne lecture d'une note sur la contagiosité de la tuberculose pulmonaire chez les enfants. Il soumet à l'Académie des faits qui viennent de se passer, l'un en ville, l'autre à l'hôpital, et qui lui semblent mettre hors de doute, au moins chez les enfants, la contagiosité de la tuberculose par les voies respiratoires.

Dans le premier fait, il s'agit d'un garçon de vingt-huit mois, sans antécédents morbides de ses parents. En novembre et décembre 1884, ayant joué avec l'enfant d'une voisine, qui se mourait de phthisie chronique, cet enfant vers la fin de janvier devint pâle, eut des sueurs nocturnes et se mit à maigrir, perdit l'appétit et les forces. Aujourd'hui il présente tous les signes fonctionnels et physiques d'une tuberculose pulmonaire arrivée à la deuxième période.

Le deuxième fait se résume ainsi : petite fille de quatre ans entrée à l'hôpital le 11 décembre 1884, pour une paralysie infantile. A cela près, elle était fraîche et rose et d'un embonpoint satisfaisant. Placée, lors de son entrée, près d'un enfant de huit ans et demi, atteint d'une phthisie au troisième degré, auquel ont succédé, dans le même lit, deux autres phthisiques, on la vit, à partir des derniers jours de mars, perdre la gaieté, pâlir, refuser les aliments et maigrir peu à peu, puis être prise d'une toux fréquente et d'abondantes sueurs. Aujourd'hui l'examen permet de constater tous les signes non équivoques d'une phthisie pulmonaire.

Dans ces deux faits, le voisinage prolongé des malades parvenus à une période avancée de la phthisie, la respiration d'un air contaminé par les germes qui pouvaient s'exhaler des sécrétions

bronchiques expectorées ou non, ont été, suivant toute vraisemblance, la cause de la tuberculisation.

M. Ollivier rapproche de ces deux observations des faits semblables, fréquemment observés en ville, et d'autres faits récemment rapportés dans un journal étranger.

En résumé, dit-il en terminant, il est rationnel de voir dans ces deux observations un exemple de transmission de la tuberculose pulmonaire d'une personne malade à une personne saine, par l'intermédiaire des voies respiratoires. Ils montrent qu'il serait utile, nécessaire même : 1° d'isoler, dans les familles comme à l'hôpital, les enfants tuberculeux ; 2° de ne pas laisser longtemps séjourner auprès d'eux les enfants bien portants, et surtout d'interdire à ceux-ci de coucher dans la même chambre ; 3° d'assurer une ventilation parfaite dans les pièces occupées par les petits malades ; 4° de nettoyer avec soin les objets de literie, les vêtements, les linges souillés par les matières expectorées, et de détruire celles-ci par des agents physiques ou chimiques énergiques, afin de prévenir leur dessiccation dans l'atmosphère.

Le travail de M. Ollivier est renvoyé à la section d'hygiène.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, à laquelle il devra être pourvu dans la séance prochaine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 avril 1885. — Présidence de M. Hanot.

COMMUNICATION

Inclusion d'un œuf dans un autre œuf. — M. AMAT présente un petit œuf de poule qui a été trouvé dans un œuf à la coque. Ce petit œuf est complet. Le fait d'un œuf complet contenu dans un œuf également complet est un fait assez rare.

Atome molécule et biologie. — M. RABUTEAU continue l'exposé de ses recherches dont il a communiqué les premiers résultats dans la dernière séance.

En se fondant sur la relation qui existe entre les mouvements des atomes, leur chaleur spécifique et leur poids atomique, il trouve que, suivant sa théorie, l'oxygène introduit dans l'organisme en quantité suffisante devait être convulsivant. Or ce fait a été démontré expérimentalement par M. Bert en introduisant ce gaz dans l'organisme sous pression. Il ne s'agit pas de l'oxygène fixé par l'hémoglobine, mais de celui qui est dissous dans les liquides de l'organisme, lesquels forment approximativement les deux tiers du poids d'un mammifère. D'après le coefficient de solubilité de ce gaz, on peut calculer que pour l'homme le poids toxique de l'oxygène introduit sous pression serait approximativement de 1 gramme.

M. Rabuteau a énoncé, en 1870, cette loi que les alcools monoatomiques de la série $C^nH^{n2+2}O$, sont d'autant plus toxiques qu'ils contiennent le groupe CH^2 un plus grand nombre de fois, c'est-à-dire que leur poids moléculaire est plus élevé. Il a reconnu plus tard que la loi s'applique aux éthers dérivés de ces mêmes alcools. Il devait en être ainsi, puisque les éthers sont les sels des radicaux alcooliques. Par exemple, l'acétate d'éthyle ou éther acétique ordinaire est inoffensif, comparativement à l'acétate d'amyle qui est dangereux ; or l'alcool éthylique est peu actif, tandis que l'alcool amylique est toxique. De même le bromure d'éthyle, cet anesthésique qu'on a trop vite oublié parce qu'il avait été souvent mal préparé, est un agent précieux, plus inoffensif que le chloroforme, tandis que le bromure d'amyle anesthésie très difficilement les animaux et les fait succomber.

Ces données présentent un nouvel intérêt en ce qu'elles s'appliquent aux poisons curarisants de l'ordre des ammoniums quaternaires. La toxicité de ces composés quaternaires dépend des radicaux alcooliques qu'ils contiennent. Nous ne pouvons suivre ici M. Rabuteau dans cette question de chimie transcendante. Nous indiquerons seulement cette conclusion, savoir : que les sels et oxydes d'ammoniums quaternaires sont d'autant plus toxiques que les radicaux alcooliques qui entrent dans leur constitution sont eux-mêmes plus actifs. Ce n'est plus seulement le poids de la molécule toxique qu'il faut considérer, mais la nature même des radicaux constituants.

Rupture de la matrice chez une brebis, expulsion du fœtus par la paroi abdominale. — M. BARRIER (d'Alfort) communique l'observation suivante qui lui a été adressée par M. Vernon. Il s'agit d'une brebis chez laquelle la matrice s'était rompue pendant le cours de la gestation. Le 6 février, on remarque chez cette bête que la région abdominale inférieure devient le siège d'un œdème chaud, volumineux. L'abdomen considérablement développé tendait à tomber. Le berger qui observait cette brebis pensait qu'il s'agissait d'une hernie monstrueuse. Le 13 février, il se fit sur cette paroi abdominale une ouverture spontanée par laquelle fut expulsé un agneau mort, mais à terme et bien développé. Quinze jours après, la brebis était remise ; elle portait une plaie de vingt centimètres de diamètre d'ailleurs en voie de guérison. Le 24 mars, c'est-à-dire trente-huit jours après la mise-bas, cette bête mourut subitement. Ses organes génitaux ont été envoyés à M. Barrier. La matrice s'est rompue, a perdu toute communication avec le vagin. La poche ainsi formée par la matrice a contracté des adhérences avec la paroi abdominale ; celle-ci s'est ulcérée ; il s'est fait une escarre et le fœtus a été expulsé par cette ouverture. Il n'y a pas eu de péritonite immédiatement, parce que, grâce aux adhérences, il n'y avait pas de communication du péritoine avec l'extérieur.

Action excitante des fonctions psychiques sur la force musculaire. — M. FÉRÉ a fait une série d'expériences sur lui-même, en se servant toujours du même dynamomètre. Le matin, au réveil, après un repos prolongé, il marque au dynamomètre 55 avec la main droite et 45 avec la gauche. Sous l'influence d'un travail cérébral modéré, il arrive à 65 et à 70. S'il se livre à un travail intellectuel exagéré, il tombe à 40. Si, dans ces conditions, on imprime au membre supérieur des mouvements passifs, il remonte à 60. Quand il marque 40, s'il fait 300 efforts de suite avec le dynamomètre, après ces 300 efforts il ne peut plus marquer que 35 ; il n'a perdu que 5. Du côté opposé à celui qui a fait l'effort, il n'y a pas de diminution de la force musculaire ; au contraire, au lieu de 40 il arrive facilement à 50. De même chez les hystériques, momentanément affaiblies d'un côté par suggestion, l'autre côté devient plus fort. En d'autres termes, la fatigue d'un côté dynamogénise le côté opposé. Si, par exemple, le côté gauche marque 35, le côté droit marquera 50. Dans les paralysies hystériques, on peut obtenir des effets considérables des mouvements passifs. En suivant ce même ordre d'idées, M. Féré arrive à penser que les mouvements auxquels se livre un orateur, les gestes qu'il fait tout naturellement sont un excitant de la parole. Peut-être parle-t-on avec l'hémisphère gauche, parce qu'on habitue les enfants à se servir du bras droit.

M. BROWN-SÉQUARD dit que l'état des muscles, dans certains cas, suggère un état corrélatif du cerveau. Par exemple, un physiologiste anglais plaça deux hypnotiques dans l'attitude de la boxe ; quand ils se réveillèrent, ils se mirent à boxer. C'est ainsi qu'on peut admettre la suggestion d'une passion quelconque par l'attitude seule.

M. FÉRÉ attache une très grande importance pédagogique à l'influence de l'attitude des enfants. Gratiolet avait déjà insisté sur ce fait.

M. BLOCH fait observer que, dans les cas dont il s'agit, l'action musculaire exerce son influence aussi bien que l'action cérébrale. Il y a des phénomènes de circulation plus ou moins active dont il faut tenir compte.

Quand, par exemple, on serre le dynamomètre deux fois de suite, on serre plus fort la seconde fois que la première. C'est dans

ce cas l'action musculaire qui entre en jeu. Quant aux mouvements passifs, c'est en activant la circulation qu'ils exercent leur influence locale directe sur la force musculaire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

D'après les statistiques publiées par les journaux anglais, la variole exerce actuellement de grands ravages à Londres. Pendant la dernière quinzaine, il a été constaté 874 cas nouveaux et 123 décès. Le nombre des varioleux en ce moment en traitement dans les hôpitaux de cette ville s'élève à 1039.

— M. le docteur Martineau reprendra ses leçons cliniques de gynécologie et de syphiligraphie, à l'hôpital de Lourcine, le mercredi 6 mai à neuf heures, et les continuera tous les mercredis à la même heure.

— M. Chatin, professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 3 mai, dans les forêts du Vésinet et de Saint-Germain.

Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare, à dix heures et demie, pour la station de Chatou.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation dimanche prochain, 3 mai 1885, dans le bois des Bruyères.

Le rendez-vous est à la station d'Herblay, à l'arrivée du train partant de Paris (gare du Nord) à onze heures cinq minutes du matin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17765.

N° 51. — SAMEDI 2 MAI 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 2 MAI 1885. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Méningo-myélite aiguë ou congestion méningo-myélitique survenue brusquement chez une femme à la suite d'un rapprochement sexuel.

Nous avons assisté avant-hier, dans le service de M. Peter, à la Charité, à l'examen d'une malade qui nous a offert un cas très grave et très curieux à la fois par la disproportion de la gravité même de l'affection dont elle a été brusquement atteinte avec la seule cause probable à laquelle il soit possible de l'imputer.

Disons d'abord, avant de conter l'histoire de cette malade, dans quel état elle est entrée à la Charité. Elle a été admise vendredi dernier, 24 avril, présentant les phénomènes suivants :

Paraplégie presque complète; non seulement la malade ne peut ni marcher, ni se tenir debout, mais elle peut à peine exécuter de légers mouvements de ses membres inférieurs dans son lit; elle ne pouvait élever ses jambes plus de 4 ou 5 centimètres au-dessus du plan du lit. Indépendamment de cette impuissance musculaire, elle avait perdu le sentiment de la situation de ses membres. La sensibilité cutanée n'était d'ailleurs pas atteinte; il y avait plutôt quelques points hyperesthésiques, notamment lorsqu'on exerçait une pression sur le trajet des principaux troncs nerveux, sur le plexus cervical et le plexus brachial par exemple. La pression sur la troisième et la quatrième vertèbre dorsale, sur la deuxième cervicale et sur l'occiput, était douloureuse. Les membres supérieurs étaient légèrement parésiés. La paralysie, qui avait commencé par les membres inférieurs, avait affecté dès les premiers jours une marche ascendante. Elle présentait, en effet, un léger degré de paralysie des lèvres et des paupières, qui ne pouvaient se clore complètement, avec strabisme interne de l'œil gauche et diplopie. Les réflexes étaient abolis, bien que le chatouillement fût encore senti. Enfin, vers le deuxième ou le troisième jour, à partir du début de la maladie, les sphincters anal et vésical s'étaient relâchés. Les fonctions respiratoire, circulatoire et digestive étaient intactes, ce qui mettait complètement hors de cause le pneumo-gastrique. Il n'y avait qu'une très légère élévation de la température (37°,5). Les centres thermogènes n'étaient pas sensiblement lésés. Il n'y avait point de rougeurs sur les parties déclives du corps. Enfin la sensibilité et la contractilité électriques étaient en partie abolies dans les membres inférieurs; aux membres supérieurs elles étaient seulement diminuées.

Ajoutons que l'intelligence était restée pleinement intacte; la malade se préoccupait beaucoup de son état et sa préoccupation allait jusqu'à l'inquiétude.

Comment cette paralysie était-elle survenue? Comment avait-elle débuté? A quel genre de lésion fallait-il l'attribuer? Quelle en était la cause?

Cette femme avait toujours joui d'une bonne santé, elle n'avait aucun antécédent morbide personnel ni héréditaire et paraissait avoir toujours vécu dans d'assez bonnes conditions. Aucune disposition diathésique; rien n'indiquait chez elle la moindre disposition hystérique. Veuve depuis quelques années, et ayant vécu pendant toute la durée de son veuvage d'une manière parfaitement régulière et continente, elle s'est remariée tout récemment, le 17 avril. Et c'est après la première nuit conjugale, pendant laquelle, — il nous faut ici révéler les secrets de l'alcôve, — a eu lieu un rapprochement sexuel unique, que le lendemain matin, à son réveil, elle a ressenti une assez vive douleur de tête, avec des douleurs et des fourmillements dans les membres qui lui ont fait pressentir qu'elle allait être paralysée.

En effet, le lendemain 18 avril, elle n'a pas pu se lever; on a dû l'aider, et une fois debout, voulant essayer de marcher, elle n'a pu faire que quelques pas avec l'aide de deux personnes. Elle fit appeler alors un médecin qui, ne trouvant là qu'un état nerveux, probablement hystérique, se borna à lui prescrire l'usage de quelques moyens anodins. Voyant cependant son état persister et empirer même malgré l'emploi de ces moyens, la céphalalgie, les douleurs à la nuque et le long de la colonne vertébrale, les fourmillements douloureux des membres et la paralysie s'accroissant, elle commença à concevoir une vive inquiétude sur sa situation et se détermina à entrer à l'hôpital, dans l'espoir d'y trouver des secours plus efficaces.

Nous avons dit dans quel état elle y était entrée. Le premier jour, l'interne de service (en l'absence de M. Peter), ayant diagnostiqué une méningo-myélite, appliqua une série de pointes de feu le long de la colonne vertébrale.

Le lendemain de son entrée, M. Peter, l'ayant vue pour la

première fois, confirma le diagnostic d'affection méningo-spinale ascendante, congestive ou inflammatoire (c'était et c'est encore le point douteux), portant particulièrement sur les cordons antérieurs, montant jusqu'au bulbe dont elle ne paraissait avoir envahi que la surface seulement, respectant les couches centrales. Ce diagnostic était motivé, d'abord sur l'absence absolue de tout signe d'hystérie, qui devait être exclue ici; en second lieu, sur la marche graduellement ascendante de l'affection et sur les symptômes qui révélaient la part que prenait le bulbe à l'affection. Il prescrivit en conséquence une application de ventouses scarifiées.

Le lendemain matin, lundi, l'effet n'ayant pas paru suffisant, il a fait appliquer vingt sangsues, dix de chaque côté de la colonne vertébrale.

Avant-hier, mercredi, jour où nous avons vu cette malade, il y avait une amélioration sensible sur les deux jours précédents. D'abord elle ne souffrait plus quand on imprimait des mouvements à ses membres, mouvements qui étaient accompagnés de douleurs la veille encore. Tandis que les jours précédents elle ne pouvait qu'avec peine détacher ses jambes de son lit et les élever de quelques centimètres, elle les élevait à plus de 20 centimètres. Le relâchement du sphincter avait diminué; depuis la veille elle retenait ses urines.

Bref, encouragé par cette amélioration qui permet de présumer qu'on n'est qu'en présence d'une congestion méningo-myélitique et non d'une inflammation réalisée, M. Peter a prescrit l'application de deux bandes de vésicatoire de 30 centimètres de longueur sur 6 centimètres de largeur, une de chaque côté de la colonne vertébrale. Il sera intéressant de suivre cette observation.

Quant à présent, il y a deux points essentiels à en faire ressortir. Le premier, c'est la question d'étiologie qui se pose ici. Est-il possible d'admettre que le fait seul d'un rapprochement sexuel unique ait été capable de déterminer les accidents dont nous venons de faire la description sommaire? L'absence absolue de tout autre antécédent, de toute autre influence morbigène, d'une part; d'autre part, la presque instantanéité de la manifestation de la congestion méningo-myélitique, suivant de quelques heures seulement l'acte du coït; enfin les exemples nombreux, que nous montre la clinique, d'effets analogues produits par des lésions plus ou moins passagères des organes génito-urinaires, par ces métrites que l'on a qualifiées de « balistiques » pour exprimer le fait du prompt retentissement qu'elles ont sur les centres nerveux, tout tend à faire admettre sinon comme certaine, au moins comme très probable, cette influence causale.

Le second point qui touche beaucoup plus immédiatement aux intérêts pratiques, est l'importance extrême qu'il y a à ne pas se retrancher trop légèrement, en présence de symptômes semblables, comme on ne le fait malheureusement que trop souvent, derrière le diagnostic commode d'hystérie, d'état nerveux, sous peine de s'exposer à perdre un temps précieux en médications illusoires ou inefficaces, alors que si, dès le premier jour, on eût, par un examen attentif, reconnu une inflammation ou une congestion méningo-myélitique, il eût été encore possible, par une médication appropriée et énergique, d'enrayer les progrès d'une affection devenue rapidement menaçante.

C'est là surtout l'enseignement que M. Peter a tiré de ce fait au profit des élèves qui suivent son service.

Cardiopathie de la ménopause.

Le rôle peut-être un peu exagéré que les anciens médecins faisaient jouer à la ménopause dans la genèse d'un grand nombre de maladies chez les femmes, par une de ces réactions fréquentes dans l'histoire de la médecine, semblait de nos jours avoir été relégué sur un plan un peu trop secondaire, si même il n'a pas fait place, dans l'esprit d'un assez grand nombre de nos contemporains, à une sorte de scepticisme indifférent. La question vaut cependant la peine de n'être pas traitée avec autant de dédain. Aussi saurons-nous gré à M. le docteur Clément, médecin des hôpitaux de Lyon, déjà connu d'ailleurs de nos lecteurs, de nous avoir communiqué quelques études cliniques très intéressantes qu'il a faites en particulier sur la cardiopathie de la ménopause.

Ayant eu l'occasion, dans ces dernières années, de voir se développer, chez plusieurs de ses malades femmes, un ensemble de troubles exactement semblables entre eux, M. Clément a, avec juste raison, pensé qu'il était impossible de ne pas les rattacher à une même cause. Or ces malades n'offraient qu'une seule particularité qui leur fût commune, celle d'être à l'âge de la ménopause. De là à considérer la ménopause comme la cause de ces troubles morbides, il n'y avait qu'un pas. C'était ce pas qu'il s'agissait de faire. M. Clément l'a fait. Voici de quelle manière :

Dans un premier groupe, il a rangé les cas où les sujets offraient tous les symptômes d'une perturbation profonde de la fonction cardiaque, sans présenter à l'auscultation les signes physiques d'une lésion valvulaire.

La deuxième catégorie comprend, au contraire, des cas où les signes physiques d'une lésion valvulaire sont évidents, mais qui se relient aux précédents en ce que les troubles fonctionnels apparaissent pour la première fois à la période de la ménopause, sous l'influence directe de celle-ci.

Ce sont les faits de la première série qui ont été l'objet de l'observation et de l'étude de M. Clément. Bien que le nombre de ces observations soit très restreint, leur parfaite ressemblance lui a permis d'en tracer un tableau d'ensemble, dont nous allons à notre tour esquisser les principaux traits.

Dans tous les cas, les accidents se sont montrés à une époque où les règles persistaient encore (entre l'âge de quarante-six à cinquante ans), mais étaient déjà devenues irrégulières, soit dans la date de leur apparition, soit par une abondance anomale. Pendant un espace de temps indéterminé, de deux à trois mois, les femmes sont en proie, à chaque période menstruelle, à des malaises vagues, indéfinis. Leurs forces diminuent, elles éprouvent une sorte d'alanguissement général, puis elles deviennent sujettes à des palpitations. C'est le commencement des troubles cardiaques.

Jusque-là rien de spécial, ni de caractéristique; ces phénomènes se rencontrent souvent chez les femmes à toutes les périodes de la vie, au début et à la fin de leurs règles. M. Clément réserve le nom de cardiopathie de la ménopause aux cas où la maladie présente la marche progressive qui suit.

Aux palpitations s'ajoutent bientôt des lipothymies, de l'angoisse et de l'essoufflement pendant la marche. Le sommeil est souvent troublé par des accès de palpitations et par un vif sentiment d'angoisse précordiale.

A un degré plus avancé, la respiration, restée jusque-là calme pendant le repos, devient oppressée au moindre mouvement.

Enfin il arrive un moment où tous ces symptômes, qui étaient interrompus par des périodes de rémission plus ou moins longues, acquérant à chaque reprise une intensité nouvelle, finissent par devenir presque permanents. Les malades sont alors en proie à un véritable accès d'asystolie, qui peut durer plusieurs jours de suite.

D'après cette description, le tableau représenterait une maladie organique du cœur; mais l'examen de cet organe, pas plus que celui des poumons, ne donne que des signes négatifs. Le symptôme qui frappe le plus dans l'examen du cœur, le seul signe physique que l'on constate, c'est la fréquence extrême des battements, le pouls faible et un peu inégal frappant de 150 à 160 pulsations.

Le rythme respiratoire est accéléré consécutivement à celui de la respiration, mais sans autre trouble dans les organes pulmonaires.

Les troubles de la circulation périphérique ne consistent guère qu'en une infiltration des téguments tardive et très restreinte, dans un léger degré de sensation de froid dans les extrémités, la décoloration de la face, un certain degré d'anémie. L'excrétion urinaire est, en général, assez abondante; ce n'est qu'au plus fort des accès de dyspnée que la quantité des urines diminue.

La marche de l'affection se compose d'une série d'accès séparés par des périodes de rémission presque complète. Ces périodes paroxystiques se répètent en nombre indéterminé de fois. M. Clément a pu suivre les malades pendant plus de deux ans, tandis qu'une d'entre elles fut complètement guérie au bout de cinq à six mois.

La répétition des paroxysmes à des époques de plus en plus rapprochées jette les malades dans un abattement physique et moral des plus profonds. Les fonctions digestives s'altèrent, l'appétit se perd et les forces s'en vont.

Le rétablissement se fait lentement; les paroxysmes deviennent de plus en plus courts et de moins en moins intenses.

A quel groupe doivent être rattachés ces faits? Étudiant cette question ainsi que celle du mécanisme par lequel la suppression physiologique de la menstruation donne naissance à cette affection, M. Clément arrive à cette conclusion: que la source de ces accidents réside dans une modification de l'innervation du grand sympathique, modification résultant d'une prédisposition spéciale créée par la ménopause, ou bien d'une action réflexe dont l'origine serait dans l'appareil sexuel, et qui se traduit par une excitation des nerfs accélérateurs du cœur et par un spasme vasculaire.

Pour le traitement, M. Clément considère la digitale comme un moyen héroïque dans ces circonstances. Il emploie de préférence, dans les premiers accès, l'infusion de poudre de feuilles, donnant d'emblée, le premier jour, une dose assez forte de 0,50 de poudre. Les jours suivants, il abaisse progressivement la dose de 0,40 à 0,30.

Lorsque, par la longueur de la maladie, les malades commençaient à se dégoûter du médicament, il a eu recours à l'extrait hydroalcoolique de convallaria maïalis, à la dose de 1 gramme à 1gr,50. Mais ce médicament lui a donné des résultats bien moins satisfaisants, et presque toujours il a été obligé de revenir à la digitale, choisissant alors la formule du vin de Trousseau.

Contre les paroxysmes de la dyspnée, il s'est toujours bien trouvé des préparations opiacées, et spécialement de la morphine.

Pendant les rémissions, ce sont les indications générales de la médication tonique, et surtout celles du repos physique et moral qui dominent.

— M. Luys a commencé hier à la Charité la série de leçons dans lesquelles il se propose de continuer l'enseignement qu'il a fait pendant plusieurs années à la Salpêtrière, et dont nous avons, à plusieurs reprises, reproduit quelques parties essentielles. Dans un court préambule, il a exposé le programme qu'il se propose de suivre, et qui consiste à développer successivement devant son auditoire: 1° l'étude de l'anatomie de forme et de composition du cerveau, de la moelle épinière et du cervelet, et celle de leur physiologie, double base sur laquelle il entend établir la pathologie du système nerveux, qu'il abordera ensuite, pathologie beaucoup plus complexe que celle des autres systèmes organiques, et qui entraînera à son tour l'étude des questions si intéressantes qui touchent aux rapports du physique et du moral. Dans cette première leçon, il a passé en revue les moyens d'études, la technique, qu'il a mis en œuvre pour arriver à la connaissance la plus exacte possible de la structure du cerveau, et a analysé les divers éléments de cette structure. Chemin faisant, il n'a laissé échapper aucune occasion de signaler les conditions qui sont de nature à jeter quelque jour sur divers points de la pathologie, se proposant, toutes les fois que l'occasion s'en présentera, de faire concourir les faits cliniques tirés de son service à l'étude de l'anatomie et de la physiologie cérébrales, comme il se servira plus tard de ces notions acquises, pour en éclairer à son tour la pathologie. Tel est le plan et tel est l'esprit suivant lesquels M. Luys compte continuer cet enseignement, dont l'importance et l'intérêt ressortent d'eux-mêmes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Du choix de la méthode dans le traitement des tumeurs de l'abdomen par la gastrotomie (1).

II

TUMEURS VISCÉRALES.

Les *tumeurs viscérales* de l'abdomen qui nécessitent la gastrotomie sont:

Celles du *péritoine*, du *rein*, de l'*estomac*, de l'*intestin*, du *foie*, de la *vésicule biliaire*, de la *rate*, du *pancréas* et du *mésentère*.

Parmi les tumeurs du péritoine, il faut citer les *inflammations* et les *dégénérescences*.

Parmi les inflammations, il faut distinguer celles qui sont *aiguës* ou *chroniques*, *généralisées* ou *enkystées*.

Les *inflammations aiguës, généralisées*, qui sont passibles de la gastrotomie, exigent que l'ouverture soit faite sur la ligne médiane, assez largement pour que l'exploration visuelle et manuelle puisse se faire avec facilité. Il faut, en effet, que tous les produits septiques fournis par le péritoine puissent être enlevés sur tous les points avec des serviettes ou des éponges. La plaie doit être fermée ensuite

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 avril 1885.

complètement. Dans certains cas, nous avons trouvé avantage à laisser pendant les deux ou trois premiers jours un tube à drainage à la partie inférieure de la plaie, pour faciliter l'écoulement des liquides qui tendaient à se reproduire.

Les *péritonites aiguës enkystées* et les *péritonites chroniques*, spontanées ou traumatiques, exigent que l'ouverture soit faite à leur niveau et de préférence sur la ligne médiane des régions sus ou sous ombilicales. L'incision doit être assez longue pour que la vue et la main puissent bien explorer l'intérieur de la poche et pour permettre à l'opérateur d'enlever avec des éponges douces tout le contenu. Mais il faut avoir le plus grand soin de ménager les viscères et les membranes qui, par leur adhésion, constituent la poche. On ferme ensuite la plaie dans toute son étendue, sauf aux points déclives où il faut laisser à demeure un tube à drainage en caoutchouc, destiné à l'écoulement des liquides et aux injections antiseptiques. Ce tube doit être laissé jusqu'à complète oblitération de la poche par atrophie.

Les *dégénérescences* qui conduisent le chirurgien à faire la gastrotomie sont la *maladie gélatineuse*, les *kystes*, les *tubercules*, les *papillomes* et les *myxomes*, le *cancer*.

La *maladie gélatineuse* n'étant reconnue que quand le péritoine a été ouvert largement sur la ligne médiane, exige que le chirurgien ne s'acharne pas à enlever trop complètement tous les produits sécrétés par le péritoine. Le chirurgien doit, dès qu'il est sûr du diagnostic, se hâter de fermer la plaie avec le plus grand soin.

Les *kystes péritonéaux* qui nécessitent la gastrotomie sont tout spécialement ceux de l'épiploon et du mésentère.

La plupart des *kystes séreux* que nous avons observés siégeaient entre les feuillets de l'épiploon ou dans l'hiatus de Winslow. Ils existaient toujours en même temps que d'autres tumeurs de l'abdomen ou du bassin. Il faut en excepter la maladie kystique généralisée dont nous avons publié un exemple dans le tome IV de nos cliniques.

Les kystes séreux uniloculaires que nous avons observés au cours des gastrotomies entre les feuillets de l'épiploon ou dans l'hiatus de Winslow ont guéri par l'incision simple de leur enveloppe et l'ablation immédiate du liquide au moyen d'éponges.

Les *kystes hydatiques* limités à l'*épiploon* doivent être vidés et attirés hors des parois du ventre. On place ensuite au-dessous d'eux des ligatures multiples que l'on abandonne dans le ventre après avoir excisé la tumeur au-dessus d'elles. Le ventre doit être ensuite fermé complètement.

Les kystes hydatiques du *mésentère* doivent être traités, après qu'ils ont été mis à découvert, par l'excision partielle et la suture des bords excisés aux bords de la plaie abdominale. Le fond de la poche est traité par suppuration, en laissant à demeure un tube à drainage.

Les *kystes sanguins* et *purulents* doivent être traités de la même façon que les kystes kydatiques.

La *maladie kystique généralisée* doit être traitée par l'incision, le broiement et l'extraction des poches, en ayant soin de ménager le plus possible l'épiploon, le mésentère, les intestins, le foie, le pancréas et les autres viscères de la cavité pelvi-abdominale. Elle exige l'application d'une série de ligatures à la base de l'épiploon que l'on résèque ensuite au-dessous d'elles. L'opération terminée, on ferme le ventre en laissant un tube à drainage à la partie déclive pendant plusieurs jours.

Les *anévrysmes des artères mésentériques* qui sont mis à nu par la gastrotomie doivent être enlevés par dissection et par la ligature des vaisseaux afférents.

Les *tubercules* et le *cancer du péritoine*, à moins qu'ils ne soient limités à l'épiploon, ne doivent pas être poursuivis après l'ouverture du ventre : même lorsqu'ils sont limités aux ganglions mésentériques, leur ablation, bien que facile, est presque toujours suivie d'insuccès. Mieux vaut s'en tenir à l'incision exploratrice qui est peu dangereuse, et fermer le ventre par suture.

Les *papillomes* et les *myxomes*, quand ils sont suffisamment limités, doivent être enlevés par raclage ou par morcellement. Il faut enlever avec soin le liquide ascitique abondant qui les accompagne d'ordinaire.

Les *lipomes*, les *sarcomes* et les *adéno-lymphomes du mésentère*, lorsqu'ils sont reconnus après l'ouverture des parois abdominales, doivent être mis à nu, au moyen d'une incision faite à travers le feuillet mésentérique qui se présente le premier, énuclés, morcelés et enlevés par dissection en ayant soin de ménager les intestins et les autres viscères qui leur sont adossés.

Il faut ensuite laisser les ligatures perdues au-dessous de la plaie péritonéale et fermer l'ouverture mésentérique au moyen d'une série de ligatures perdues qui en rapprochent les bords.

TUMEURS DU REIN.

Les tumeurs du rein qui nécessitent la gastrotomie sont les *grands kystes séreux, hydatiques* ou *purulents*, l'*hydronéphrose* et le *cancer*. Toutes les petites tumeurs, comme les déplacements, les abcès, les calculs, les épanchements sanguins traumatiques, les tubercules, peuvent être extraits par la voie lombaire, sans qu'il y ait besoin d'ouvrir le péritoine.

Les *grands kystes*, de même que l'*hydronéphrose*, lorsqu'ils ont été mis à nu par l'ouverture des parois abdominales, doivent être traités par l'excision partielle des parois et la suture de la portion restante de la poche aux lèvres de la paroi abdominale, ainsi qu'il a été dit déjà en parlant du traitement du kyste du mésentère, méthode suppurative.

Les *grandes tumeurs sarcomateuses* et *épithéliales* doivent être enlevées complètement, comme les tumeurs solides du mésentère. Au moment où on lie l'uretère et les vaisseaux, il est bon de comprendre dans la ligature une portion du feuillet péritonéal qui les recouvre pour empêcher le fil de les couper trop rapidement.

Les *tumeurs du pancréas* qui ont été enlevées étaient des kystes petits, qui ont été énucléés facilement. Dans ce dernier cas, comme après l'ablation des tumeurs solides du rein, on doit fermer le ventre en laissant pendant quelques jours un tube à drainage à la partie inférieure de la plaie.

TUMEURS DE L'ESTOMAC.

Les tumeurs de l'estomac qui peuvent être enlevées par la gastrotomie sont les *nodosités cicatricielles* et les *tumeurs squirrheuses*, de préférence lorsqu'elles sont limitées à la région pylorique.

Si la tumeur qui occupe cette dernière région n'est pas trop étendue, on peut, après avoir soigneusement vidé le ventricule de son contenu, commencer par la cerner entre les mors courbes, recouverts de caoutchouc, de pinces de notre modèle, puis on détache avec le bistouri toute la portion malade. On termine l'opération en suturant, avec

adossement des séreuses, le bord de la portion, rendue libre, du duodénum aux lèvres de la plaie faite à l'estomac. C'est ce qui fut fait dans une de nos opérations dont l'observation est publiée.

Si, au contraire, la surface malade est si étendue qu'on croie que son ablation ferait courir de trop grands dangers au malade ou que la bonne réunion, par suite de la largeur de la perte de substance, deviendrait fort difficile à effectuer exactement, on peut se borner à établir une communication directe entre un point plus élevé de l'estomac et une anse d'intestin grêle, après avoir préalablement fait adhérer ces deux surfaces l'une à l'autre.

Les *tumeurs du foie* qui nécessitent l'ouverture du ventre sont : les *abcès*, les *kystes* de la glande et les *tumeurs par rétention de la vésicule biliaire*.

Les *abcès* du foie, lorsqu'ils sont *superficiels*, peuvent être ouverts directement par incision. En effet, le travail inflammatoire du voisinage qu'a fait naître leur évolution, a causé l'adhérence du point correspondant du foie et du péritoine pariétal.

Les *abcès profonds*, après reconnaissance par la ponction capillaire, nécessiteront l'incision lente et successive des parois, ou mieux, l'ouverture par les caustiques. Dans les deux cas, on fera le drainage de la cavité de l'abcès autant pour assurer l'écoulement du pus que pour en permettre la détersion et faciliter plus tard les injections modificatrices.

Les *kystes* que l'on rencontre dans le foie sont habituellement de nature *hydatique*. L'ouverture en est faite, en une ou plusieurs séances, au moyen des caustiques. On vide alors la tumeur de toutes les vésicules hydatiques qu'elle peut contenir, et quand il ne reste plus que la membrane d'enveloppe, on place à demeure un double drain, au moyen duquel on fait les lavages et les injections rendues graduellement irritantes. On obtient la guérison de la poche par suppuration et finalement par atrophie.

Les *tumeurs par rétention de la vésicule biliaire* qui ont été enlevées étaient causées par une accumulation exagérée de bile, par une masse de calculs, compliquée ou non de fistules.

Dans le premier cas, si la vie est en danger, on peut pratiquer la cholécystotomie pour débarrasser la vésicule des nombreux calculs qu'elle contient.

Mais il est des cas où ce procédé serait certainement insuffisant pour obtenir la guérison. On peut alors, après l'avoir reconnue à l'aide d'une incision exploratrice, attirer la tumeur entre les lèvres de la plaie, l'y suturer, l'inciser, la vider de son contenu, puis usant du procédé que nous avons mis en pratique pour les kystes ovariques trop adhérents, obtenir graduellement l'atrophie de la poche, et obtenir enfin l'oblitération de la fistule biliaire, ou bien l'enlever par dissection, suturer son canal et fermer complètement la plaie abdominale.

TUMEURS DE LA RATE.

Les tumeurs de la rate qui sont justiciables de la gastrotomie sont les *abcès*, les *kystes* et l'*hypertrophie* simple de l'organe.

Les *abcès* de la rate seront traités de la même façon que ceux du foie.

Les *kystes* sont *séreux* ou *hydatiques*. S'ils sont encore de petit volume, on en pourra faire l'ouverture par les caustiques et en rechercher l'atrophie par les moyens que nous avons déjà fait connaître. Mais ce procédé est souvent plus dangereux que la splénectomie.

Les grands kystes pourront nécessiter l'extraction radicale par la gastrotomie. Après les avoir vidés de leur contenu et détachés des adhérences qu'ils ont pu contracter avec les organes voisins, on appliquera sur les vaisseaux qui rampent dans l'épiploon gastro-splénique une solide ligature en masse et on détachera la tumeur au-dessus. Quant au pédicule ainsi formé, on pourra, suivant les indications, ou bien l'abandonner librement dans le ventre, ou le fixer entre les lèvres de la plaie des parois. Nous avons tenu également l'une et l'autre conduite dans les splénectomies que nous avons pratiquées.

Parmi les tumeurs solides de la rate, il n'y a que l'*hypertrophie* simple qui puisse commander la splenectomie ; les autres dégénérescences de l'organe entraînant des troubles tels à la santé générale que l'opération n'aurait plus de chances de succès. L'extirpation de la rate hypertrophiée sera conduite de la même façon, pour son extraction et pour la conduite à tenir au sujet du pédicule formé, que nous avons exposée à propos des gros kystes spléniques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 avril 1885. — Présidence de M. DUPLAY.

COMMUNICATIONS

Kystes de l'ovaire. — M. TERRILLON, en donnant, dans la séance du 1er novembre 1884, la statistique des ovariotomies qu'il avait pratiquées jusqu'à ce jour, avait communiqué l'observation d'une femme, jeune encore, chez laquelle il avait constaté tous les signes ordinaires d'un kyste de l'ovaire. La tumeur fut enlevée ; l'opération ne présenta rien de particulier, l'examen macroscopique de la tumeur n'offrant rien de spécial ; l'examen microscopique n'en fut pas fait. La malade guérit très rapidement ; six mois après, une tumeur maligne apparut sur la cicatrice ; et, un an après l'opération, cette femme mourait dans la cachexie cancéreuse.

Cette question de la récidive des kystes de l'ovaire n'est pas nouvelle à la Société de chirurgie. Déjà, en 1874, M. Panas avait communiqué l'observation d'une malade qu'il avait opérée d'un kyste en apparence très simple. Un an après, cette malade mourait cancéreuse ; on trouva du cancer dans les ganglions, dans les deux seins, dans les clavicules, dans les omoplates, etc. M. Panas n'hésita pas à rattacher ces accidents cancéreux au kyste ovarique primitif. Boinet avait déjà relaté un cas analogue. Depuis, M. Terrillon a pu rassembler d'autres faits semblables dont plusieurs ont été empruntés aux statistiques de MM. Péan, Spencer Wells, etc. Il a pu réunir ainsi 46 cas dans lesquels l'ablation d'un kyste de l'ovaire, présentant toutes les apparences d'un kyste simple a été suivie d'une récidive sous forme d'affection cancéreuse. Quoique rares, ces faits méritent l'attention et M. Terrillon insiste sur leur importance. Il ajoute que, dans certains cas, la récidive peut s'expliquer peut-être par la présence du pédicule.

M. NICAISE rapproche des faits qui précèdent l'observation d'une malade qu'il a opérée d'une tumeur kystique végétante de l'ovaire et chez laquelle il a observé une récidive de l'affection dans les ganglions prévertébraux.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a observé plusieurs faits analogues. Il insiste sur un signe que présentent habituellement ces malades : ce sont les urines rares. Toutefois, ajoute-t-il, ces récidives de kystes ovariques après l'ovariotomie sont extrêmement rares, ce qui prouve que tous ces kystes qui, pour les histologistes, sont tous des épithéliomas, ne sont pas tous des tumeurs malignes. Il y a donc à ce sujet une complète discordance entre les histologistes

et les cliniciens. Pour les premiers, en effet, tous les kystes de l'ovaire sont des épithéliomas, c'est-à-dire des tumeurs sujettes à récidive; pour les seconds, au contraire, ces mêmes tumeurs désignées sous le nom de kystes de l'ovaire, une fois enlevées, ne récidivent presque jamais, car les faits analogues à ceux qu'a relevés M. Terrillon sont d'une extrême rareté.

M. GILLETTE croit qu'il y a de l'exagération à considérer tous les kystes de l'ovaire comme des épithéliomas. En outre, au point de vue des récidives, il croit qu'il faut faire une distinction entre les récidives papillomateuses et les cancéreuses proprement dites.

M. VERNEUIL reproche à M. Terrillon plusieurs irrégularités de langage, telles que celle qui consiste à parler de tumeurs cancéreuses survenant à la suite de kystes de l'ovaire. Il faudrait remplacer ce nom de kystes par celui d'épithéliomas; de même il lui répugne de voir associer les mots d'épithéliomas et de sarcomes. Il en est des kystes de l'ovaire comme des kystes de la thyroïde, comme des kystes de la mamelle. Les kystes de la mamelle décrits par Pajot n'ont rien de commun avec les kystes décrits par Reclus. On a tort, d'une part, de dire que tous les kystes de l'ovaire sont des épithéliomas; mais, d'autre part, tous les épithéliomas ne sont pas des tumeurs malignes.

M. MONOD fait observer que, quand les histologistes disent épithéliomas, ils ne veulent pas toujours parler de tumeurs malignes. M. Malassez considère tous les kystes de l'ovaire comme des épithéliomas myxoïdes; mais cela ne veut pas dire qu'il les considère tous comme des tumeurs malignes. Il y a tout lieu de penser qu'on arrivera à distinguer, histologiquement et cliniquement, les kystes de l'ovaire qui ne récidivent jamais, des tumeurs très rares dont a parlé M. Terrillon. M. Monod ne croit pas, comme M. Terrillon, que la récidive puisse être favorisée par la présence du pédicule.

M. TERRIER prend la défense des histologistes et cite à l'appui les deux faits suivants : il a publié, en 1884, l'observation d'une malade chez laquelle il avait enlevé avec succès un kyste de l'ovaire présentant toutes les apparences extérieures d'un kyste simple. La tumeur fut examinée par M. Malassez qui déclara qu'il s'agissait d'une tumeur maligne. Aujourd'hui cette malade a, en effet, une récidive : M. Terrier a publié un autre fait semblable dans la *Revue de chirurgie*, en janvier 1884. Il y a bien, selon lui, des kystes de l'ovaire qui sont des épithéliomas myxoïdes et, à côté d'eux, d'autres tumeurs dont l'anatomie pathologique n'est pas encore faite; ce sont des tumeurs tout à fait anomales et très rares, puisque M. Terrillon n'en a rencontré qu'un seul cas sur 36 ovariotomies qu'il a pratiquées et que M. Terrier lui-même n'en a vu également qu'un cas sur 112 ovariotomies.

M. NICAISE appelle l'attention sur la bénignité relative des tumeurs papillaires des ovaires. Il cite un cas où il dut enlever les deux ovaires, les trompes, les ligaments larges, sièges de tumeurs papillaires étendues. La malade est restée parfaitement guérie.

M. TERRILLON répond à M. Verneuil qu'en associant les mots d'épithéliomas et de récidives cancéreuses, il s'appuie sur les histologistes. Il peut y avoir là des faits de dégénérescence. Ces tumeurs peuvent arriver à se confondre et devenir des tumeurs mixtes.

A M. Monod, M. Terrillon répond que le pédicule et les greffes qu'il a également signalées, peuvent être des moyens de propagation de ces tumeurs dans certains cas.

Obstructions intestinales. — M. TILLAUX fait un rapport sur un mémoire de M. Auffret relatif aux occlusions intestinales. Ce mémoire est divisé en quatre parties. La première comprend 12 observations, la seconde a trait à l'étude des symptômes, la troisième au diagnostic, la quatrième au traitement des diverses variétés d'occlusion intestinale.

Sur les 12 observations recueillies par M. Auffret, 8 lui sont personnelles, 4 lui ont été adressées par des confrères. La première observation a trait à l'autopsie d'un jeune soldat pris brusquement des symptômes d'occlusion intestinale à huit heures du soir et trouvé mort dans son lit le lendemain matin à cinq heures. Cette autopsie a montré qu'il s'agissait d'une bride et que ce cas eût été parfaitement justiciable de la laparotomie. Dans la seconde observation, il s'agit d'une jeune fille présentant tous les signes d'une occlusion intestinale, chez laquelle M. Auffret fit une incision exploratrice, trouva une péritonite suppurée et referma le ventre sans aller plus loin. Cette malade est morte quelques heures après. La troisième observation se rapporte à un jeune homme de trente ans, atteint depuis longtemps de troubles digestifs, pris assez brusquement de phénomènes d'occlusion intestinale et chez lequel M. Auffret pratiqua l'entérotomie de Nélaton et obtint une guérison. Aujourd'hui les matières passent également par l'anus artificiel et par le rectum; M. Auffret espère guérir son malade de son anus artificiel. Dans la quatrième observation, il s'agit d'une femme présentant tous les signes d'une occlusion intestinale; M. Auffret fait la laparotomie, sectionne une bride, la malade guérit. Les accidents apparaissent de nouveau; la malade refuse toute nouvelle intervention, et bien lui prend, car elle guérit sous l'influence de quelques purgatifs. M. Auffret rapporte 4 autres observations analogues à celles qui précèdent. Quant aux 4 observations qui lui ont été fournies par des confrères, il y aurait 3 guérisons par la faradisation et 1 guérison par la douche forcée.

M. Auffret n'apprend rien de nouveau relativement au diagnostic qui reste toujours bien obscur et bien difficile.

Pour le traitement, il fait un parallèle entre l'entérotomie et la laparotomie. Tout en reconnaissant les indications et les avantages de l'entérotomie, M. Tillaux considère la laparotomie comme une méthode de choix; il est hors de doute pour lui que si Nélaton vivait de nos jours, au lieu de faire l'entérotomie, il ouvrirait le ventre et irait chercher la cause de l'étranglement. Toutefois il est encore aujourd'hui des cas où l'entérotomie reste une précieuse ressource. C'est d'ailleurs une opération simple, facile, qui peut être faite par un médecin seul, sans aide. C'est donc une opération qu'il convient de conserver dans la pratique chirurgicale.

Rectotomie, rectorrhaphie. — M. PRENGRUEBER lit un travail sur un nouveau procédé de rectotomie combinée avec une rectorrhaphie qu'il propose de substituer à la rectotomie postérieure telle qu'on la pratique. (Comm. M. Bouilly.)

Tumeur fibreuse utérine, hystérotomie. — M. MONOD présente une tumeur fibreuse utérine, du poids de 2 kilos, qu'il a enlevée par l'hystérotomie sus-vaginale. Il a laissé le pédicule au dehors en formant avec le péritoine autour de ce pédicule une sorte de collerette qu'il a suturée de façon à fermer complètement toute communication de la cavité péritonéale avec l'estomac. L'opération a été pratiquée sans le moindre accident. La malade va aussi bien que possible.

Cure radicale d'une hernie. — M. POLAILLON présente un malade chez lequel il a pratiqué avec succès la cure radicale d'une hernie inguinale. Cette hernie était énorme et irréductible. M. Polaillon a fait rester ce malade au lit un mois et demi, l'a mis à la diète et l'a fait maigrir. Il a pu alors rentrer toute la masse intestinale dans la cavité abdominale; puis il a procédé alors à l'opération qui a consisté dans une large ouverture, dans l'incision antérieure et postérieure et la dissection du sac, et dans une sorte de suture en bourse destinée à fermer un orifice qui ne mesurait pas moins de 7 à 8 centimètres.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

125. M. BÉGUÉ. Du spasme traumatique consécutif aux déchirures incomplètes des nerfs. — 126. M. ARTAULT. Étude sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. — 127. M. COLLIN (Henry). Études médicales sur les eaux thermo-sulfureuses sodiques et arsenicales. — 128. M. DELÉTANG. Contribution à l'étude de la pathogénie de

l'herpès phlycténoïde. — 129. M. Barbé. De l'influence du traumatisme sur le rhumatisme articulaire aigu. — 130. M. Vivier. De la diarrhée tabétique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 avril 1885, ont été promus et ont reçu les affectations ci-après :

Au grade de médecin-major de première classe : (Choix) MM. Michaud, maintenu au 105e d'infanterie; — Pelloux, affecté au 55e d'infanterie; — (Choix) Laurent, au 108e d'infanterie; — Fonsart, au 87e d'infanterie; — (Choix) Moty, aux hôpitaux de la division de Constantine.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Vauthier, affecté au 48e d'infanterie; — (Choix) Guillemot, au 66e d'infanterie; — Duroux, au 102e d'infanterie; — Vedel, au service de la place de Paris (bataillon du 70e d'infanterie); — (Choix) Amat, au 68e d'infanterie; — Milliès dit Lacroix, au service de la place de Paris (bataillon du 118e d'infanterie); — Rouire, au 25e d'infanterie; — (Choix) Loup, au 1er régiment étranger; — Olivier, au 8e d'infanterie.

— Par décision présidentielle, en date du 10 avril 1885, M. le médecin-inspecteur-général Legouest, président du comité consultatif de santé, est admis, à dater du 1er mai 1885, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs-généraux de l'armée.

— Par décision ministérielle, en date du 28 avril 1885, sont désignés :

M. le médecin principal de deuxième classe Challan, pour l'hôpital de Rennes.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Martin, pour l'école de Saint-Maixent; Chouet, pour le dépôt de Porquerolles; D'Arras, pour le 110e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Gancel, pour le 41e d'infanterie; Marix, pour le 61e d'infanterie; Samier, pour le 10e cuirassiers; Godin, pour le 26e d'artillerie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Maubrac, pour le 13e d'artillerie; Forgue, pour le 5e d'infanterie; Barreau, pour le 63e d'infanterie.

— M. Gabriel de Mortillet, professeur à l'École d'anthropologie, fera, dimanche 3 mai 1885, une excursion publique à Chelles (sablières types du chelléen ou quaternaire inférieur). Le départ de Paris aura lieu à neuf heures quarante minutes du matin par la gare de l'Est.

— *Muséum.* — M. Guignet, lauréat de l'Institut, ouvrira, en l'absence de M. le professeur Chevreul, le cours de chimie appliquée aux corps organiques, le mardi 5 mai 1885, à dix heures du matin, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Le cours de cette année aura pour objet l'étude des organes des êtres vivants, au point de vue des espèces chimiques qu'ils contiennent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Médecine et mœurs de l'ancienne Rome, d'après les poètes latins, par M. le docteur Edmond Dupouy. In-12. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Premiers pansements des fractures ouvertes, par le docteur Largeau. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Examen critique des principaux procédés de pulvérisation des eaux minérales, par le docteur P. Bernard. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17775.

N° 52. — MARDI 5 MAI 1885. 58e ANNÉE. MARDI 5 MAI 1885. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration. 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL NECKER. — M. LÉON LE FORT.

De la marche comme moyen de combattre le retard de la consolidation dans les fractures de la jambe.

Le nommé T..., âgé de soixante-quatre ans, correcteur d'imprimerie, est entré dans le service, il y a près de huit mois, pour une fracture double de la jambe gauche, déterminée par le passage d'une roue de wagon. D'après les renseignements qui nous ont été donnés, le malade, lors de son entrée, le 26 juillet 1884, présentait une fracture compliquée des deux os de la jambe, au-dessus des malléoles, fracture des plus graves, puisque le pied était en grande partie séparé de la jambe; de plus, une seconde fracture des deux os au-dessous du genou; mais à ce niveau il n'y avait pas de plaie. M. Trélat fit appliquer immédiatement un appareil plâtré, qui fut gardé cinquante-quatre jours. Quand on le retira, la plaie était fermée, mais la consolidation n'était pas complète. On remit un second appareil, qui fut gardé un mois et demi. Enfin, au mois d'octobre la consolidation paraissant se faire, on appliqua un appareil silicaté.

Il y avait donc quatre mois que la fracture avait eu lieu, lorsque, vers le milieu de novembre, je fis enlever l'appareil pour examiner l'état du membre.

A cette époque, la fracture sus-malléolaire était parfaitement consolidée; mais il n'en était pas de même de la fracture de la partie supérieure, bien que celle-ci eût été sans complication de plaies. Il existait encore à ce niveau une mobilité facile à constater et une incurvation marquée de l'os, concave antérieurement, incurvation qu'on ne saurait critiquer, car la double fracture, dont l'une était gravement compliquée de plaie, opposait un obstacle sérieux à une réduction exacte des fragments.

Il fallait évidemment réappliquer un nouvel appareil silicaté pour assurer l'immobilisation des fragments; c'est ce que nous avons fait. Mais fallait-il continuer le traitement suivi et maintenir le malade au repos? Je ne l'ai pas cru; j'ai fait tout le contraire, et une fois l'appareil silicaté bien solide, j'ai prescrit au malade de se lever toute la journée et de marcher avec des béquilles, en appuyant franchement la jambe malade sur le sol. C'est ce qu'il a fait.

Nous avons, il y a trois jours, retiré l'appareil, et nous avons trouvé, cette fois, la fracture tout à fait consolidée.

Vous avez pu vous étonner de me voir conseiller la marche pour amener la consolidation définitive d'une fracture, bien que quelques chirurgiens suivent aujourd'hui mon exemple; vous vous seriez bien plus étonné, il y a dix-huit ans, lorsque j'appliquai pour la première fois cette méthode, alors en contradiction absolue avec la conduite suivie par tous. Mes trois premières observations sont publiées dans le *Traité des fractures non consolidées*, de M. Bérenger-Féraud, page 584.

Jusque-là, en effet, lorsque la fracture tardait à se consolider, on perpétuait, jusqu'à une consolidation qui tardait de plus en plus, les appareils inamovibles et le repos au lit. Voici quels principes m'ont fait tenir une conduite toute différente:

Lorsqu'une fracture a lieu, il survient dans le foyer de la fracture un travail inflammatoire, qui a pour résultat l'exsudation, entre les fragments, autour des fragments, et même dans les parties environnantes, d'un blastème plastique, qui peu à peu augmente de consistance, durcit, s'ossifie, et forme autour des fragments cette gangue osseuse qu'on appelle le cal. Certains états constitutionnels, d'autres conditions qui nous échappent souvent, ont pour résultat soit de n'amener qu'une exsudation insuffisante de ce blastème plastique, soit d'arrêter son évolution avant qu'elle soit complète. Dans l'un ou l'autre cas, le cal est peu volumineux, surtout peu solide, et un certain degré de mobilité persiste entre les fragments.

Une fois ce travail d'évolution arrêté, la consolidation se suspend, s'arrête, et l'immobilité du membre n'ajoutera rien aux chances de consolidation. Il faut donc réveiller ce travail, ramener un certain degré d'inflammation dans le foyer de la fracture, faire sécréter un nouveau blastème, ou provoquer l'évolution complète de celui qui est resté stationnaire. Si par une carapace extérieure, formée par l'appareil silicaté, vous prévenez tout déplacement des fragments, et si vous faites marcher le malade, le tassement des fragments l'un contre l'autre réveille un certain degré d'irritation, qui se traduit par un peu de douleur dans la fracture. Sous cette influence, le travail endormi se réveille, le

cal accomplit son évolution, momentanément suspendue, et la consolidation s'achève. C'est ce qui est arrivé chez notre malade, et ce nouvel exemple vous prouve une fois de plus l'utilité de la méthode.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. DUGUET.

Deux cas de tuberculose sèche, sénile, avec emphysème pulmonaire, athérome généralisé, maladie de Dupuytren, arthritisme.

Le hasard a placé dans nos salles, aux nos 7 et 4, deux malades qui présentent des particularités tellement analogues, que nous en profiterons pour les résumer dans l'étude à laquelle nous consacrerons notre conférence d'aujourd'hui.

Le no 7 est un homme de soixante-six ans, qui présente tous les attributs d'un cachectique atteint d'une altération profonde des organes thoraciques (œdème des extrémités inférieures, ascite, amaigrissement, pâleur blafarde, tuméfaction des jugulaires, essoufflement, impossibilité de se tenir debout, etc.). Tout, en effet, nous montre qu'il s'agit d'un tuberculeux présentant des lésions considérables.

Au sommet droit, nous constatons une matité très prononcée, une augmentation des vibrations thoraciques, des râles caverneux et des craquements en avant et en arrière. Au-dessous, et jusqu'à la base du poumon droit, la respiration est rude, et l'on entend des râles sous-crépitants disséminés. Au sommet gauche, en arrière, mêmes phénomènes qu'à droite. De plus, l'examen du testicule gauche nous montre un épididyme dur et douloureux ; quant au testicule droit, il s'est atrophié à la suite d'un traumatisme.

Tout cela jusqu'à présent n'a rien que de très ordinaire ; mais ce en quoi notre malade diffère des tuberculeux que nous voyons chaque jour, c'est qu'il crache à peine trois ou quatre crachats du matin au soir, crachats muco-purulents, gris verdâtre, nageant dans un liquide séreux. En un mot, c'est là une tuberculose sèche, et, de plus, une tuberculose sénile, — fait assez rare, — puisque notre malade a soixante-six ans.

Cet homme n'a point d'antécédents, si ce n'est quelques gourmes dans la tête et un peu d'adénopathie cervicale dans son enfance. A l'âge de seize ans, il a eu sa première bronchite, suivie de plusieurs autres de temps en temps. Enfin c'est en 1878, à soixante ans, qu'il éprouva une dyspnée intense, fut atteint d'une très forte bronchite avec hémoptysies considérables qui, depuis lors, se sont répétées à maintes reprises. Il était à ce moment dans le service de M. Fernet. Depuis cette époque la tuberculose a évolué lentement.

En 1880, il est entré pour une nouvelle bronchite dans les salles de M. Constantin Paul, qui constata l'existence d'une caverne au sommet du poumon droit. A gauche, il n'y avait rien encore à cette époque. L'expectoration était toujours à peu près nulle, même pendant le cours de la bronchite.

Enfin, cette année il est venu dans notre service, dans l'état cachectique que je vous ai décrit en commençant. En somme, ce n'est point là un tuberculeux vulgaire. Chez lui nous ne trouvons aucune hérédité tuberculeuse. Son père est mort « d'un coup de sang ». Quant à lui, — j'oubliais de le dire, — il a eu, à trente ans, un rhumatisme articulaire aigu fébrile, qui l'a retenu deux mois au lit.

Aujourd'hui il a encore quelque chose de plus, c'est-à-dire un emphysème pulmonaire généralisé, ce qui est une autre rareté chez un tuberculeux et en contradiction avec cette affection, en contradiction aussi avec la dépression latérale de la poitrine, que nous observons chez lui, au lieu de la poitrine globuleuse des emphysémateux. Mais cette déformation elle-même est la conséquence du rachitisme. Le haut de la poitrine seul affecte un peu la forme globuleuse avec saillie légère des clavicules. L'emphysème nous est aussi prouvé par l'abaissement du foie d'un bon travers de doigt, et par le déplacement du cœur refoulé par le poumon.

J'ajouterai enfin que l'aorte est malade, ainsi que le démontre le souffle très net commençant à son émergence, au premier temps, s'étendant jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire et se propageant dans les artères du cou. Nous trouvons chez lui la maladie d'Hogdson. Elle a été constatée d'ailleurs dès 1880, et n'a pas fait grand progrès depuis cette époque, car aucun phénomène nouveau s'y rattachant n'a été observé. Il n'y a pas de souffle à la base du cœur ; pas d'insuffisance aortique, mais une forte dilatation ; il existe aussi peut-être un peu d'insuffisance mitrale, secondaire très probablement.

En somme, un état athéromateux généralisé des artères, commençant au-dessus des valvules sigmoïdes de l'aorte. Les artères coronaires sont prises également, déterminant une ischémie cardiaque, de même que les artères pulmonaires, d'où ischémie du poumon, oblitération des artères capillaires de cet organe, mortification des cloisons pulmonaires, etc. Ainsi le cœur droit affaibli est forcé de lutter contre l'obstacle provenant des artères pulmonaires, dont le champ circulatoire est restreint : de là dilatation cardiaque, stagnation du sang, turgescence des veines, cyanose, foie douloureux, congestionné, hypersécrétion biliaire, teinte subictérique, stase secondaire dans le système porte, d'où ascite, diarrhée ; la stase sanguine s'étend aussi aux reins, de là albumine dans les urines ; enfin, comme dernière conséquence, œdème des extrémités inférieures. En résumé : cachexie.

Mais ce n'est pas tout encore, et chez notre malade nous observons aussi cette altération de la paume des mains connue sous le nom de maladie de Dupuytren, c'est-à-dire la rétraction progressive des quatre derniers doigts, et d'autant plus prononcée que l'on s'approche du doigt auriculaire, rétraction maintenue par la formation dans l'aponévrose palmaire de brides dures, fibreuses. Le pouce est intact, à chaque main, si ce n'est qu'il est relié à la lésion des autres doigts par quelques brides transversales. Cependant les articulations sont libres. Cette rétraction symétrique progressive, accompagnée d'atrophie musculaire de la paume de la main, n'est pas d'origine professionnelle, — cet homme est ferblantier, — elle a commencé, il y a un un certain nombre d'années, à la suite d'une attaque de rhumatisme.

De cet ensemble morbide, décrit rapidement, découle un pronostic fatal et à brève échéance.

Voyons maintenant le second malade, celui du no 4, entièrement comparable au précédent, si ce n'est que son aspect est meilleur, que la fièvre est nulle et que la cachexie n'existe pas encore. L'âge est le même, soixante-six ans.

Sous la clavicule droite, en arrière, mêmes phénomènes, et, au-dessous, râles crépitants disséminés. A gauche, respi-

ration rude. Cet homme correspond, en somme, comme état général et comme état local, à ce qu'était le n° 7, en 1880. Il mange et boit bien. Point de réaction générale. Première bronchite en 1856; deuxième, en 1873; troisième, plus forte, en 1881, avec étouffements, fièvre, hémoptysies très intenses et répétées, expectoration rare, crachats nummulaires nageant dans un liquide séreux, toux faible. Puis emphysème pulmonaire, clavicules peu saillantes, cœur refoulé, foie abaissé, athérome généralisé, mais pas de maladie d'Hogdson. Rétraction de l'aponévrose palmaire, brides fibreuses, dans les deux mains, mais plus prononcée à droite, en raison de la profession de monteur en bronze.

Antécédents héréditaires : père mort d'asthme à quatre-vingt-cinq ans. Antécédents personnels : rhumatisme musculaire généralisé à vingt ans durant quatre mois. Alcoolisme. Cet homme s'est marié deux fois, et a perdu successivement et jeunes encore ses deux femmes, de tuberculose pulmonaire ; il a perdu aussi quatre enfants en bas âge et un cinquième à vingt-trois ans, de tuberculose pulmonaire également.

J'ajoute que, en ce moment, cet homme est sous l'influence d'une nouvelle manifestation arthritique, d'un zona dont les premières vésicules sont apparues il y a deux jours.

Hier, en ville, j'ai eu l'occasion de voir une tuberculose semblable chez un homme de quarante-cinq ans, goutteux dès l'âge de vingt ans, et sans autre antécédent que sa goutte. Il est également emphysémateux. Dès 1870, il a eu des hémoptysies formidables, rendant des flots de sang. Il crache peu. Il y a six ans, il a eu des accès répétés de coliques hépatiques. Il est allé à Vichy et s'en est parfaitement trouvé. Enfin il mange bien et se trouve encore actuellement dans des conditions relativement bonnes pour un tuberculeux.

En résumé, des faits que je viens d'exposer, il ressort que tous ces malades ont eu des bronchites à répétition; la desquamation des bronches les a rendues plus aptes à recevoir et à développer les bacilles de la tuberculose. Mais, comme d'autre part ces individus sont des arthritiques, c'est-à-dire très résistants à la prolifération du bacille, celui-ci ne prospère que lorsque le malade est suffisamment affaibli, et la tuberculose se développe alors seulement à un âge avancé. Enfin, alors même qu'elle a pris pied chez eux, elle n'évolue encore que lentement; l'expectoration est rare parce que les cavernes revêtues d'une paroi fibreuse sécrètent très peu : de là l'absence de fièvre hectique, nulle réaction fonctionnelle, et la conservation de l'appétit, des forces, voire même de l'embonpoint pendant longtemps. Ces malades sont des tuberculeux torpides et non des phthisiques.

ANÉVRYSME DU TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE

Par M. le docteur Martel

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo.

Avril 1884. — Homme âgé de quarante-sept ans. Anévrysme du tronc brachio-céphalique datant de huit mois.

Traitement médical inefficace. Galvano-puncture par la méthode unipolaire. Trois séances. 23 juin, 10 juillet (accidents cérébraux consécutifs passagers), et enfin 6 août, amélioration fugace.

22 août. — Ligature de l'axillaire sous la clavicule.

6 septembre. — Accidents cérébraux immédiats, puis tardifs, disparaissant graduellement.

Morphinisme, état cachectique, progrès de la tumeur.

Mort le 1er novembre par rupture sous-cutanée. A l'autopsie, anévrysme cratériforme de la partie supérieure du tronc brachio-céphalique, avec dilatation du tronc artériel et de l'aorte ascendante, qui forment une tumeur ovoïde tout d'une pièce avec l'anévrysme lui-même.

Aortite intense et étendue, avec intégrité du cœur et des artères coronaires, pneumo-gastrique droit enflammé.

Bonne oblitération des artères liées, malgré la suppuration des plaies.

Ramollissement superficiel du cerveau, au niveau de la convexité du lobe antérieur droit. Semblant en voie de guérison.

Sauf l'aorte et les bronches supérieures, les artères sont remarquablement souples, minces et sans dégénérescence.

Dans l'anévrysme, le bruit de souffle *peut* manquer. Il *doit* manquer dans l'anévrysme cratériforme.

Dans l'anévrysme de l'innominée, le double claquement (cardio-aortique) a plus d'importance que le bruit de souffle.

Les douleurs dans l'anévrysme, surtout au début, doivent être attribuées au tiraillement des filets sympathiques qui entourent l'artère malade, plutôt qu'aux lésions des nerfs périphériques qui sont tardives et dont les effets sont mieux systématisés. Les premières ont en général un caractère rhumatoïde, un peu vague.

L'intégrité des artères coronaires, rapprochées de l'inflammation du nerf pneumo-gastrique droit, avec absence de tout symptôme d'angine de poitrine, confirme une fois de plus la théorie cardio-vasculaire de ce syndrome.

Le cas actuel, par sa forme anatomique, était réfractaire à toute action thérapeutique.

L'électrolyse est une ressource précieuse, mais non sans danger. Contre les anévrysmes inattaquables par les moyens chirurgicaux, malgré quelques beaux mais très rares succès, elle paraît inférieure à la méthode de Brasdor, employée surtout actuellement par les chirurgiens anglais.

La ligature de la carotide primitive seule doit être tentée tout d'abord.

La ligature de la sous-clavière est d'une utilité douteuse, sauf cas exceptionnels et souvent imprévus.

Elle a le grand inconvénient de provoquer la dilatation des collatérales, et, si elle est pratiquée la première, de nuire aux résultats de la ligature de la carotide.

Cette dernière entraîne des accidents cérébraux bien connus, mais non constants. Ce danger est atténué par la gêne *progressive* de la circulation carotidienne due à la maladie avant l'opération.

Ces accidents sont susceptibles de guérison, même à un âge relativement avancé.

La ligature de l'axillaire sous la clavicule est chirurgicalement équivalente à celle de la sous-clavière en dehors des scalènes, et doit lui être substituée si la disposition anatomique la rend préférable.

L'opération, actuellement bien réglée, n'offre ni difficultés ni dangers exceptionnels.

Le succès de la ligature dépend surtout du bon état de la plaie. La matière employée n'a d'importance que par la facilité qu'elle apporte (ou non) à l'asepsie.

D'après cette observation (et plusieurs autres), la suppuration de *bonne nature* n'entraîne pas d'accidents, même sur des sujets atteints d'ailleurs de septicémie généralisée.

L'hémorrhagie secondaire (le plus grave et le plus fréquent de ces accidents) dépend surtout de l'état infectieux de la plaie.

Elle peut tenir aussi au voisinage de collatérales volumi-

neuses, situées surtout (exclusivement peut-être) au-dessous de la ligature.

La ligature du tronc brachio-céphalique et celle de la première portion de la sous-clavière, même après un succès apparent immédiat, ont toujours été suivies d'hémorrhagies secondaires; un cas unique de guérison fut dû à la ligature consécutive de la vertébrale.

La compression métallique et la ligature temporaire ont donné dans plusieurs cas les mêmes résultats curatifs que la ligature ordinaire des artères, mais avec conservation de l'intégrité des parois et rétablissement de la circulation.

Il est donc logique de remplacer la ligature permanente du tronc brachio-céphalique par la ligature ou compression métallique temporaire, qui, ayant réussi sur d'autres grosses artères, n'a jamais été employée sur celle-ci.

L'opération, grâce à la nature des instruments employés, est bien plus facile que la ligature ordinaire.

La tolérance des plaies aseptiques pour les métaux est une garantie de succès.

La ligature préventive d'une grosse artère, — carotide primitive, — devra être remplacée par sa compression métallique, facile à surveiller. Il sera toujours temps, à la fin de l'opération, s'il est nécessaire, de placer et de serrer définitivement le fil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 avril 1885. — Présidence de M. Vidal.

COMMUNICATIONS

Cathétérisme œsophagien. — M. **GUYOT** communique l'observation d'un malade qui, à la suite d'un cathétérisme de l'œsophage pratiqué par Krishaber, fut pris de fièvre intense et succomba peu de jours après avec des phénomènes de septicémie. L'autopsie n'ayant pu être faite, il est difficile de savoir au juste quelle a été, dans ce cas, la cause de la mort; mais il n'en est pas moins important de signaler ce fait tendant à prouver que le cathétérisme de l'œsophage peut n'être pas toujours aussi inoffensif qu'on le croit généralement.

Pyélo-néphrite primitive. — M. **ALB. ROBIN** communique un cas de pyélo-néphrite primitive.

Un garçon épicier, après une rude journée d'août employée à conduire une lourde charrette, rentre à son magasin, descend à la cave les marchandises qui lui restent, éprouve alors une sensation très vive de froid, suivie d'un frisson intense. Quelques heures après, rachialgie intense, céphalalgie, fièvre, vomissements bilieux, miction fréquente et douloureuse. Pendant les premiers jours, la fièvre oscille entre 38°,5 et 39 degrés. Bientôt apparait une tumeur dans les flancs; cette tumeur disparaît à la suite de l'émission d'une urine purulente. Enfin, dans une dernière période, tous les symptômes s'amendent, il ne reste que de légers accès fébriles passagers, qui finissent eux-mêmes par disparaître.

A quatre heures un quart, la Société se forme en comité secret.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Pile galvanocaustique.

Par M. le docteur Boisseau du Rocher.

Depuis nombre d'années déjà, des tentatives avaient été faites pour donner à la galvanocaustique toute la valeur réellement pratique qu'elle méritait. De fréquentes expériences comparatives avaient démontré ses avantages incontestables sur le thermocautère, et cependant la question était restée stationnaire. Reprise actuellement, cette question vient de recevoir sa solution vraie, et l'on peut dire que la galvanocaustique thermique est aujourd'hui arrivée à la perfection, grâce à la réunion des qualités suivantes :

1° Pile de petit volume, n'exigeant aucune manipulation spéciale, étanche, par conséquent portative ;

2° Éléments d'une constance et d'une durée exceptionnelles;

3° Nouveau liquide économique, et d'une manipulation insignifiante.

Cette pile se compose d'une auge séparée en deux compartiments par une cloison horizontale, au milieu de laquelle s'ouvre un tube qui plonge dans le compartiment inférieur. Ce dernier contient le liquide excitateur; le compartiment supérieur, les éléments zinc et charbon. A la partie supérieure du compartiment inférieur s'ouvre un autre tube terminé par une poire en caoutchouc; à côté, un autre petit tube se ferme avec un bouchon de caoutchouc. Enfin, sur le tube qui fait suite à la poire en caoutchouc est placé un robinet à trois voies. L'air, comprimé dans le compartiment inférieur, fait monter dans le compartiment supérieur le liquide excitateur, qui vient alors baigner les éléments. Si on enlève le bouchon de caoutchouc, si on ouvre le robinet, on donne issue à l'air comprimé, qui s'échappe à l'extérieur, et le liquide retombe par son propre poids dans son réservoir. Il est donc facile de baigner les éléments sur une plus ou moins grande hauteur, et l'air comprimé devient ainsi un véritable régulateur. En outre, cette disposition rend la pile très portative; le liquide, étant contenu dans un vase fermé de toutes parts quand la pile est au repos, ne peut s'échapper au dehors pendant le transport, condition essentielle d'un appareil de ce genre.

J'ajouterai que cette pile peut être construite, selon les usages auxquels on la destine, avec deux ou un plus grand nombre de compartiments juxtaposés.

Graduateur. — Les graduateurs jusqu'ici employés (fils de divers diamètres et de diverses longueurs groupés par bobines de résistances variées; fils de diamètres convenables enroulés en hélice d'une certaine longueur, et contre lesquels on fait glisser un barreau métallique, etc.), outre qu'ils ajoutent une complication importante à l'appareil, sont susceptibles de brûler sous l'influence d'un courant trop puissant, ou tout au moins ils s'échauffent dans une proportion nuisible. Ils ont encore cet inconvénient (à moins de multiplier à l'infini les bobines) que la graduation ne peut jamais être parfaite, le passage d'une bobine à l'autre changeant trop brusquement le débit du courant. Le régulateur actuel se compose essentiellement d'un charbon glissant à frottement dans un système métallique mis en communication avec l'un des pôles de la pile. Le charbon est surmonté d'une borne destinée à recevoir l'un des fils conducteurs. On comprend que le courant suive une variation proportionnelle à la plus ou moins grande longueur du charbon interposé entre le fil et la pièce métallique. La disposition est telle que le graduateur au repos donne le maximum de résistance. Toute surprise disparait donc, point essentiel pour certains cautères d'une délicatesse dangereuse.

Le charbon aggloméré, préparé dans ce but, présente des avantages de durée qui en rendent l'emploi fort supérieur à toute autre combinaison; la graduation se fait sans aucun soubresaut, puisque le frottement de la pièce métallique et du charbon est continu, et que, de plus, l'homogénéité de ce dernier est parfaite dans toute son étendue.

L'opérateur a donc en réalité deux régulateurs à sa disposition : l'un au moyen de l'air comprimé en plus ou moins grande quantité dans le réservoir du liquide excitateur, l'autre au moyen du graduateur. Il peut, à volonté, et par la submersion plus ou moins grande des lames de zinc et charbon, et par le graduateur, obtenir instantanément, s'il le veut, toutes les températures, depuis le rouge sombre jusqu'à la température la plus élevée. Enfin la disposition est telle que, le liquide baignant les éléments

entiers, les différentes températures peuvent être obtenues au moyen du graduateur seul.

Liquide. — J'ai dit, au début, que cette pile avait une durée et une constance exceptionnelles. Si le mode de fonctionnement et la charpente même de la pile sont importants, la question de liquide n'y est pas non plus étrangère. Prix minime, dissolution immédiate, *même dans l'eau froide*, le sel étant déliquescent; pas de soins spéciaux pour sa conservation; encrassement insignifiant des zincs; aucune précipitation dans la solution; aucune cristallisation après usure, tels sont les avantages considérables du *bichromate de soude* sur le bichromate de potasse. La non-cristallisation était d'une importance de premier ordre pour une pile à circulation, qui peut dès lors fonctionner indéfiniment sans soins ni nettoyages spéciaux.

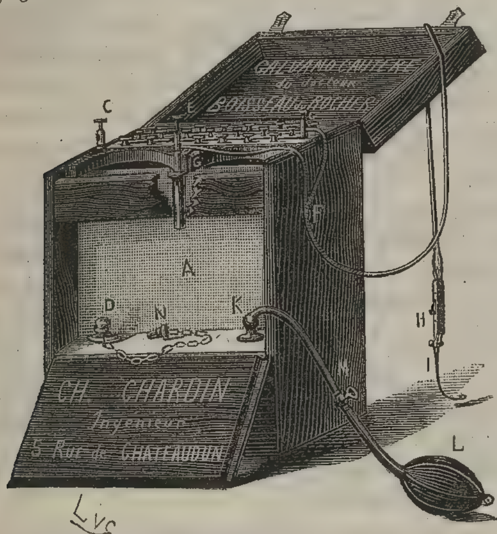


Fig. 1.

Pile prête à fonctionner : A auge à deux compartiments superposés; K tube à air muni de la poire en caoutchouc; M robinet à trois voies sur le trajet du tube à air; D amorce avec son bouchon N pour la sortie de l'air du réservoir; E graduateur; F fils conducteurs; H cautères.

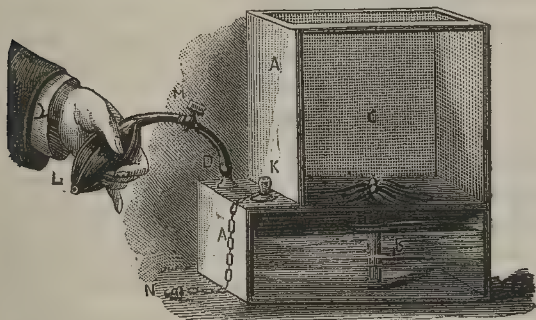


Fig. 2.

Auge dont l'une des parois a été enlevée pour montrer le mode de circulation du liquide, du réservoir dans le compartiment supérieur qui contient les lames de zinc et de charbon, et *vice versa;* AA compartiments superposés, séparés par une cloison horizontale; B tube faisant communiquer les deux compartiments; D tube à air, comprimé par la poire en caoutchouc; K amorce pour la sortie de l'air, avec son bouchon N; M robinet à trois voies pour la sortie de l'air et le réglage du courant.

La formule suivante nous a donné le maximum d'effet :

Pour 1000 grammes d'eau,

Bichromate de soude	150 grammes.
Acide sulfurique	300 —
Acide chlorhydrique.	150 —

Une seule recommandation est nécessaire : le bichromate de soude n'est pas encore connu industriellement; et nous avons été sur le point de renoncer à l'employer, à cause de la mauvaise qualité des produits qui nous ont été fournis au début, par des maisons cependant de premier ordre. Le bichromate de soude a un aspect à peu près identique à celui du bichromate de potasse; il se présente en cristaux brillants, mais un peu plus foncés; il doit être déliquescent.

Il me reste à dire quelques mots de la fabrication même de la pile.

Connaissant par expérience les procédés de M. Chardin, j'ai mis à contribution les observations spéciales qu'il a accumulées déjà depuis dix ans, concernant la qualité des charbons. leur perméabilité spéciale, leur conductibilité, et les précautions infinies qu'il faut prendre pour assurer la communication parfaite des éléments entre eux, et surtout leur parfaite conservation. Je suis heureux aussi de rendre à M. Chardin un juste hommage pour le concours efficace qu'il a bien voulu me prêter spécialement dans cette circonstance.

Les tentatives qu'on a faites dernièrement pour remplacer les piles primaires, toutes jusqu'ici impraticables, par la pile secondaire, ou accumulateur, n'ont pas donné des résultats favorables. Les accumulateurs, outre l'ennui de leur donner des soins minutieux de tous les instants, ont encore l'inconvénient qu'on ne sait jamais comment ils sont chargés, quel travail utile, par conséquent, on peut leur demander. Et ils exigent toujours la présence d'une pile ou d'une machine dynamo-électrique pour être chargés. Employé pour la galvanocaustique, l'accumulateur *bien chargé* épuise son approvisionnement en quarante minutes au plus; après quoi il faut l'envoyer à l'usine. La pile, au contraire, telle qu'elle vient d'être décrite, offre toutes les garanties nécessaires aux grandes et aux petites opérations chirurgicales. Quoique de dimensions restreintes, sa durée moyenne est de *quatre* heures, avec une constance d'énergie remarquable. On a donc une pile capable de fournir un travail utile et constant pour plusieurs grandes opérations successives. Remplacer le liquide épuisé est à la fois facile et peu coûteux, et le bichromate de soude ne cristallisant pas, aucun soin spécial n'est à donner à la pile, qui peut ainsi marcher pendant de longues années. Enfin, on peut très facilement remplacer soi-même les lames de zinc et charbon. Elle peut aussi très bien servir pour l'éclairage.

Cependant, pour l'éclairage des cavités, des modifications importantes ont dû y être apportées, quoique le principe reste le même. Les essais sont terminés aujourd'hui pour l'inspection de l'estomac, de la vessie, etc., et je ferai connaître bientôt la pile telle qu'elle a dû être constituée pour ces différentes opérations, en même temps que je décrirai les endoscopes auxquelles elle est destinée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XLIV

11 février 1813. Après quatre mois de service provisoire dans la division Harispe, je la quitte, non sans regrets, pour rentrer au quartier général, à Valence.

10 mars. Le quartier général est transféré à Saint-Philippe.

SÉJOUR A SAINT-PHILIPPE.

J'ai aussi séjourné à diverses reprises, et dans des saisons différentes, dans la jolie ville de San Felipe ou Xativa. Je m'y livrai avec ardeur à l'investigation des richesses naturelles de ce pittoresque et fertile pays; on eût dit, à mon entraînement, que je

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 avril 1885.

pressentais notre prochain départ de cette terre privilégiée; en y foulant les vénérables traces de Barrelier et de Clusius qui herborisèrent dans le pays de Valence, il y a plus d'un siècle, je me sentais pour ainsi dire inspiré de leur souvenir.

Mars-avril. Pendant la dernière quinzaine de mars, l'ennemi témoignait chaque jour l'intention de nous attaquer sérieusement; en conséquence, le maréchal, tout en faisant évacuer sur Murviedro et Tortose les magasins et les hôpitaux de Valence, dirigea du côté de San Felipe toutes les troupes disponibles. Le passage de l'Èbre par quelques bandes de la Catalogne, des menaces du chef Villacampa et l'incertitude sur le sort d'un convoi qui arrivait de France escorté par 1500 nouveaux soldats; toutes ces nouvelles, vraies ou exagérées, avaient donné de l'inquiétude à nos chefs militaires : le maréchal résolut de prendre l'offensive.

Dans la nuit du 10 au 11 avril, la division Harispe exécuta un mouvement rapide sur Yecla, où se trouvait le corps espagnol d'Eliot; le 11, à la pointe du jour, elle attaque l'ennemi avec sa vigueur accoutumée, le chasse successivement de plusieurs positions, l'enfonce, le bat complètement, lui tue 600 hommes, prend un drapeau et fait 1500 prisonniers. L'affaire fut chaude et de courte durée; les commandants de nos deux colonnes d'attaque furent blessés grièvement. Pendant l'affaire de Yecla, le maréchal se portait sur Villena avec la première division; l'ennemi, qui avait pris ses positions en avant de cette ville, fut contraint de se retirer et d'évacuer Villena pour se diriger vers Biar; 800 hommes d'un régiment de Malaga restèrent au château pour le défendre.

Le 12 avril, la division Harispe vint sommer la garnison du château de se rendre, ce qu'elle fit après l'envoi de quelques obus; en même temps la division Habert attaqua le col de Biar, défendu par les Anglais. Malgré le feu très vif et soutenu de l'ennemi, nos voltigeurs forcèrent le défilé et l'on s'empara de deux pièces de montagne qui le défendaient; nos troupes bivouaquèrent près de la plaine de Castalla.

Le 13 avril, on espérait une bataille et nous comptions sur l'aide puissante de l'artillerie et de la cavalerie; mais les Anglais, toujours prudents, prirent des positions sur des montagnes fort escarpées, tandis que leur réserve attendait les événements en avant de Castalla; il s'agissait de les attaquer malgré l'avantage de leur position. Les généraux tinrent conseil; un seul, chargé de l'attaque (général Robert), ne partagea point l'opinion générale sur le point attaquable; sa confiance obstinée persuada le maréchal qui dirigea les colonnes en conséquence. L'élan de nos troupes fut admirable sous un feu d'autant plus terrible qu'il se concentrait sur un seul point; le colonel du 114e fut mortellement blessé; un officier d'état-major, qui lui apportait un ordre, périt à côté du colonel; une compagnie de grenadiers du 121e perdit ses trois officiers, le colonel du même régiment fut blessé; on fut obligé de se replier en abandonnant sur le terrain 500 morts ou blessés. La réserve ennemie, voyant notre insuccès, s'était formée en colonne d'attaque pour enfoncer notre centre; mais le feu bien ajusté de six pièces d'artillerie légère l'arrêta court et l'obligea de renoncer à son entreprise. A la nuit tombante, les troupes rentraient à Villena.

Le 14 avril, l'armée avait repris la ligne qu'elle occupait avant cette courte expédition. Si, au lieu d'attaquer avec une audace imprudente la position presque inexpugnable des Anglais, on se fût borné au succès brillant du général Harispe, l'armée d'Aragon n'aurait pas essuyé cet échec, grave surtout au point de vue de son influence sur le moral du soldat. C'était la première fois que notre armée se trouvait en présence des Anglais. Le maréchal fut vivement affecté de cet insuccès. Le résultat général de cette expédition fut cependant à notre avantage, puisque la perte de l'ennemi fut de 3000 hommes dont 2000 prisonniers tandis que la nôtre, tant en blessés qu'en morts, ne dépassa pas 1000. Plusieurs de nos blessés sont restés au pouvoir de l'ennemi.

NOTICE SUR SAN FELIPE

L'ancienne Xativa, *Setabis* des Romains, prit le nom de San Felipe lors de sa conquête par Philippe V. Pour cette raison, elle fut débaptisée par un décret de la junte provinciale qui lui restitua le nom de Xativa sous lequel les Valenciens la désignent généralement. Population, 7 à 8000 âmes. Sa riche campagne, ses nombreuses fontaines, sa jolie promenade, ses jardins et l'urbanité de ses habitants font de cette ville l'une des plus agréables du royaume de Valence. Elle est placée à la base et sur le revers nord-est d'une montagne calcaire dont la crête longue et élevée est couronnée par les débris de ses vieilles fortifications. Le faubourg est presque aussi grand que la cité. Les rues, dirigées de l'est à l'ouest, sont longues, étroites, irrégulièrement pavées; ses maisons, généralement grandes, solidement bâties en pierre de taille, mais peu élégantes; une place fort mesquine, peu aérée, aucun établissement remarquable; on voit quelques inscriptions romaines sur le mur d'enceinte. L'eau des fontaines est excellente; on dit que les sources sont au nombre de 1500; aussi, en tous lieux, le bruit de l'eau qui coule frappe l'oreille agréablement et est surtout plein de charme pendant les nuits de la saison torride. La principale fontaine, *Fuente de los cinco y veinte canos*, est le réservoir où débouche le bel aqueduc qui a son point de départ au village de Bellus distant d'une lieue. La promenade publique qui borde tout le côté septentrional de la ville est agréable, formée par des ormeaux droits, bien touffus; le parterre central, rendez-vous des promeneurs, est admirable de culture, d'ombrage et de fraîcheur; il domine la *huerta*, richement parée d'orangers, de lauriers-roses, de myrtes, de rosiers, etc. Le froment, l'orge, le maïs, le riz, le chanvre, la luzerne, les haricots, les mûriers, sont les productions de la campagne qui donne deux et quelquefois trois récoltes par an. Les jardins abondent en légumes et en fruits de toute espèce; parmi ces derniers, je citerai surtout les grenades qui, avec celles de Gandia, sont réputées les meilleures de l'Espagne; j'en ai vu qui avaient la grosseur d'un melon. On cultive la canne à sucre pour en manger les tiges tendres; les oranges viennent de Carcajente.

Dans l'été, la chaleur à San Felipe est des plus intenses; cette température qui est parfois intolérable, comme j'ai pu l'expérimenter au mois d'août, est l'effet de la position de la ville qui est abritée par les montagnes de l'accès de la brise de mer, tandis que les rayons du soleil sont réfléchis par les rochers et concentrés sur les quartiers habités.

Les habitants semblent participer de l'aménité de leur pays; pendant le siège de Valence, les Français y avaient été bien accueillis; malgré les sacrifices de tout genre qu'ils sont obligés de faire pour subvenir à l'entretien de nos troupes, ils continuent à vivre en bonne intelligence avec nos soldats, et, quoiqu'ils ne nous aiment pas plus que nous ne le méritons, on a rarement entendu parler d'assassinats commis sur les Français. La santé générale de la population paraît bonne; la fièvre intermittente n'est pas fréquente; l'ophthalmie est assez commune. J'ai observé un grand nombre de taies par albugo. Du temps des Romains, Setabis avait des fabriques de mouchoirs de poche qui étaient fort à la mode et d'un grand prix. Vers l'an 1240, Dom Jayme, roi d'Aragon, voulut, après la prise de Villena, mettre le siège devant Xativa : il fut obligé de le lever; quelque temps après, la ville se rendit. Le médecin Francisco Franco, né à Xativa au commencement du seizième siècle, a publié un ouvrage sur les maladies contagieuses, un autre sur l'usage de la neige; il fut professeur de médecine à Coimbre.

D'après la savante *Dissertation historique sur les monnaies d'Espagne*, par M. Mahudel, docteur en médecine et membre de l'Académie royale des inscriptions et belles-lettres, publiée en 1725, Setabis serait du nombre des villes qui auraient existé avant l'année 537 de Rome, époque des premières conquêtes que Cn. Scipion fit en ce pays pour la république. Dans ce mémoire, il donne la figure d'une monnaie offrant, d'une part la tête d'un Espagnol barbu avec le mot *Saetabi* pour légende, et de l'autre un cavalier sur un cheval avec une bride, une feuille de palmier à la main. Ce revers offre des caractères espagnols antiques ou peut-être phéniciens. Ce sont des monnaies classées par Mahudel dans celles qui ont des légendes en caractères de deux langues. La

célèbre famille des Borgia qui a fourni, deux papes, Calixte III et Alexandre VI, était originaire de Xativa.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences a élu, à l'unanimité, membre correspondant, pour la section de botanique, M. Agardh, en remplacement de feu M. Bentham.

— L'Union centrale des sauveteurs de la Seine a tenu, hier dimanche, sa séance publique annuelle; parmi les lauréats de médailles d'honneur décernées pour actes de courage et de dévouement, nous devons citer le nom de M. le docteur Lefebvre (de Paris).

— Nous apprenons avec regret la mort, à Copenhague, du savant professeur Panum qui fut, l'an dernier, président du Congrès international de médecine et de chirurgie et qui a succombé le 1er de ce mois; — et de M. le docteur Pichot, médecin à Bonnétable (Sarthe), qui a succombé à l'âge de quarante et un ans, victime de la diphthérie, contractée dans l'exercice de sa profession.

— La Société française d'hygiène reprendra les séances de vaccinations et revaccinations gratuites, à partir du mardi 5 mai (de midi à une heure), dans le local que la Société d'encouragement met gracieusement à la disposition de la Société, 44, rue de Rennes. Les confrères de Paris trouveront à leur choix, sans rétribution aucune, du vaccin de génisse et du vaccin jennérien.

— M. le docteur Huchard, médecin de l'hôpital Bichat, commencera dimanche prochain 10 mai 1885, à dix heures du matin, des conférences de clinique et thérapeutique médicales, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17788.

N° 53. — JEUDI 7 MAI 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 7 MAI 1885. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois · **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Depuis quelque temps les travaux intérieurs de l'Académie, élections, rapports officiels des commissions permanentes, rapports des commissions des prix, prennent le meilleur de ses séances. Dans les précédentes séances, c'était un perpétuel mouvement d'urnes pour des élections d'associés ou de correspondants nationaux, dont la compagnie a fait ample moisson. Hier c'était pour l'élection d'un membre titulaire que les urnes ont circulé. Il s'agissait d'élire un membre dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, en remplacement de M. Oulmont.

De nombreux thérapeutistes étaient sur les rangs ; il n'y avait entre eux que l'embarras du choix. Mais la section s'est avisée qu'elle n'était pas seulement section de thérapeutique, mais aussi section d'histoire naturelle médicale, ainsi que l'indique son titre, et que cette deuxième attribution était restée depuis longtemps à peu près nominale, n'étant représentée que par un seul titulaire ayant cette spécialité scientifique. C'est, paraît-il, sur l'observation qu'en a faite cet unique membre naturaliste, — nous n'avons pas de raison pour ne pas le nommer, M. Chatain, — que l'Académie s'est groupée de manière à faire le meilleur accueil à la candidature naturaliste qui s'est produite, celle de M. Alphonse Milne-Edwards, le fils de l'éminent doyen de la Faculté des sciences. Devant cette candidature, quelques prétendants se sont retirés ou du moins se sont tenus momentanément à l'écart. M. Milne-Edwards a recueilli au premier tour une énorme majorité : 58 suffrages sur 75. Les autres voix se sont réparties entre deux des candidats qui se sont maintenus sur la brèche, M. Desnos et M. Dumontpallier.

Après l'élection, l'Académie a entendu deux rapports au nom de la commission de l'hygiène de l'enfance, un rapport de M. Marjolin sur le sujet de prix proposé par la commission pour la question de l'étiologie et de la prophylaxie de la scrofule chez les enfants, et le rapport annuel de M. Devilliers sur les mémoires et notes adressés dans le courant de l'année sur l'hygiène de l'enfance.

Le reste de la séance a été très bien rempli par deux très intéressantes communications de MM. Polaillon et Tillaux sur les résultats également heureux qu'ils ont obtenus, l'un et l'autre, de deux nouvelles tentatives de cette exérèse viscérale dans laquelle la chirurgie de nos jours s'est hardiment, mais non témérairement, engagée, du moins chez nous. Il s'agit, dans le premier cas, celui qui a fait le sujet de la communication de M. Polaillon, d'une néphrectomie pratiquée chez une femme de vingt-sept ans pour une pyélonéphrite calculeuse. Ce serait, depuis l'opération dont M. Le Fort a fait la première relation à l'Académie, en novembre 1880, y compris les deux opérations relatées depuis par M. Le Dentu, le 15 novembre 1881 et le 17 mars 1885, et celle qu'a rapportée M. Péan dans la séance du 31 mars de cette même année, la cinquième opération de ce genre qui aurait été faite en France ou du moins qui a été communiquée à l'Académie.

La communication de M. Tillaux a trait à une hystérectomie pratiquée pour un énorme myome utérin remplissant toute la cavité abdominale, et que M. Tillaux avait cru d'abord être un kyste de l'ovaire. On verra, par la relation concise que nous reproduisons de ce fait dans le compte rendu, que si l'erreur, dans ce cas, était difficile à éviter, elle a été du moins, aussitôt reconnue, heureusement réparée par le succès avec lequel, au lieu de la simple ablation d'un kyste, il a enlevé d'un coup l'énorme tumeur comprenant le corps de l'utérus, les deux ovaires et les ligaments larges.

Quant à l'observation de M. Polaillon, nous la publierons intégralement dans l'un des prochains numéros.

A mardi prochain une nouvelle élection d'un correspondant national.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Terrillon.

Ostéosarcome considérable de la face.

Vous avez vu, il y a quelques instants, dans les salles, un homme qui est à la veille, pour ainsi dire, de succomber, dans des douleurs extrêmement vives, aux suites d'un ostéosarcome développé sur la face.

L'implantation de la tumeur est telle qu'elle nous donne vivement lieu de craindre que, dans son développement

considérable, elle repousse peu à peu les os situés au devant d'elle, gagnant ainsi de proche en proche la base du crâne. En effet, non seulement elle détermine des vertiges; mais encore elle cause de grandes douleurs par suite de la compression de certaines branches nerveuses et peut-être aussi médiatement par la compression du cerveau.

En présence d'un pronostic des plus graves, en présence des souffrances, extrêmes par moments, qu'éprouve notre malade, d'une part, en présence, d'autre part, de la nature du mal, des lésions qu'il a entraînées avec lui et de son siège que nous ne pouvons pas diagnostiquer d'une façon absolue dans toute son étendue, je me suis demandé et je me demande encore si je suis autorisé à intervenir par une opération chirurgicale. Notre but, en pareille occurrence, ne peut être que de débarrasser notre pauvre malade de sa tumeur ou plutôt d'une partie seulement de sa tumeur afin de lui donner quelque soulagement momentané.

Pouvons-nous espérer, considérant froidement, sérieusement l'origine du mal dont il est atteint et l'extension que la tumeur a prise, enlever celle-ci dans sa totalité, quitte à la voir récidiver dans un temps plus ou moins proche ou plus ou moins éloigné, enfin dans quelques mois? Ou bien, s'il ne nous est pas possible de procéder à une ablation complète de ladite tumeur, pouvons-nous compter en extirper suffisamment pour obtenir un soulagement qui en vaille la peine pour notre malade? Telle est l'alternative dans laquelle nous nous trouvons placés en ce moment.

En effet, rien ne nous assure que l'ouverture que nous allons pratiquer sur la face sera suffisamment large pour nous permettre d'atteindre la tumeur dans sa totalité et de pratiquer un raclage partout où elle a envoyé quelque prolongement.

Depuis que j'ai été chargé, dans cet hôpital, de suppléer M. le professeur Gosselin, j'ai eu à faire une fois, au mois de novembre dernier, une opération présentant de grandes analogies avec celle dont je discute en ce moment, devant mes auditeurs, l'opportunité, pour une tumeur de même nature occupant à peu près la même région.

Il s'agissait d'un homme atteint d'un ostéosarcome de la fosse nasale du côté gauche, proéminent dans cette fosse nasale et soulevant l'aile du nez du même côté, comme chez le malade qui va descendre tout à l'heure à l'amphithéâtre, et donnant lieu aussi à une exophthalmie consécutive. La seule ou à peu près la seule différence existant entre ces deux hommes, c'est que, chez celui-ci, l'œil n'était pas encore projeté complètement hors de l'orbite; tandis que chez le malade que nous avons actuellement dans nos salles, l'œil a été peu à peu chassé de sa cavité orbitaire.

Eh bien, quand le malade que nous avons opéré au mois de novembre dernier a quitté l'hôpital de la Charité, il était grandement amélioré; et actuellement encore il jouit d'une santé à peu près bonne. Je lui ai donc rendu réellement un service important en intervenant chez lui par une opération chirurgicale. Je lui ai même rendu d'autant plus service que les deux narines étaient à peu près complètement bouchées d'une part directement par la tumeur, et de l'autre par le refoulement de la cloison que celle-ci avait déterminé et que, par suite, la respiration nasale était presque complètement abolie.

Ici donc, chez le malade d'aujourd'hui, que puis-je faire? Mon intention serait de faire l'ablation de l'œil, de curer l'orbite, d'enlever toute la tumeur, ou, si je ne puis l'extirper en totalité, de le débarrasser de la plus grande partie possible. Je doute, en effet, de la totalité à cause de la profondeur qu'elle a certainement atteinte et du développement qu'elle a acquis. Néanmoins je m'efforcerai d'enlever toute la portion qui comprime les nerfs et détermine les douleurs épouvantables dont cet homme se plaint.

Par quel procédé vais-je intervenir? De la même façon que sur mon malade du mois de novembre dernier? Oui. Chez celui-ci, je fis la résection temporaire du nez dans sa totalité, incisant dans le sillon qui borde le nez et le sépare de la joue pour détacher les parties molles jusqu'au niveau de l'aile du nez; incisant aussi, d'autre part, transversalement d'un sac lacrymal à l'autre. Agissant ensuite sur les os eux-mêmes par une section correspondante, j'en arrivai à ceci, que le nez ne tenait plus à la face que par le côté droit. J'introduisis dans les narines les deux mors d'une longue pince, habillés de caoutchouc, pour saisir solidement le squelette et les parties molles du côté droit et briser ainsi par torsion les os du nez et la branche montante du maxillaire supérieur, de façon à renverser le tout comme sur une charnière. J'ai pu me créer ainsi une large ouverture, de sorte que rien n'était plus facile alors que de voir la tumeur, la suivre dans son développement et nettoyer, curer toutes les parties envahies par le néoplasme.

Aujourd'hui je me propose de faire une opération à peu près semblable, avec cette modification en plus, que l'orbite étant envahie et remplie pour ainsi dire par la tumeur, ma section devra être prolongée jusqu'au niveau du tendon de l'orbiculaire, afin d'avoir l'orbite sous le doigt et enlever à la fois l'œil et la tumeur qui l'a projeté hors de sa cavité. Je rabattrai ensuite le nez, laissant la paupière un peu flottante pour surveiller la vaste cavité que nous aurons ainsi créée et le bourgeonnement de la plaie.

L'un des sérieux inconvénients d'une pareille opération est l'abondance du sang qui va s'écouler, laquelle est un danger sérieux, surtout chez un individu déjà profondément anémié. Le manuel opératoire terminé, je placerai dans la plaie un tampon en queue de cerf-volant destiné à parer aux hémorrhagies qui pourraient survenir dans les heures qui suivront.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

De la température et de l'albuminurie dans la scarlatine.

Le malade dont je vais vous parler est atteint d'une affection vulgaire, mais qui néanmoins, à certains points de vue, mérite d'arrêter notre attention, surtout en raison de quelques erreurs qui se sont accréditées.

C'est un jeune homme de vingt-deux ans. Entré à l'hôpital il y a aujourd'hui onze jours, il est couché au n° 5 de la salle Jenner. Il est atteint de scarlatine, laquelle est un modèle du type parfait de la scarlatine régulière, sauf sur deux points dont je veux vous entretenir. Il est tombé malade le 4 de ce mois; la maladie a débuté par une forte angine et par de la fièvre. Le lendemain matin, la partie supérieure du corps était couverte d'une éruption caractéristique. Cette brièveté insolite, cette rapidité d'apparition de l'éruption, sont la première irrégularité que je signale immédiatement en passant.

L'éruption augmente les jours suivants, le 6 et le 7; elle reste stationnaire le 8 et le 9; elle commence à pâlir dès le 9 au soir; cependant le lendemain soir, à l'arrivée du ma-

lade à l'hôpital, elle est encore assez manifeste, quoique très pâlie, sur toute la surface du corps, pour qu'elle ne nous laisse aucun doute sur la nature de la maladie. La période d'éruption a donc été d'un type parfait.

A l'entrée du malade, nous constatons que la scarlatine est à son déclin, d'abord par la pâleur de l'éruption, ensuite par la présence, ce même jour, de lamelles épidermiques sur les parties latérales du cou. Ici encore, rien que de parfaitement normal, puisque ce commencement de desquamation du cou nous prouve que l'éruption a débuté par la région cervicale. Il nous prouve aussi que c'est une grave erreur de croire que l'éruption scarlatineuse débute par la face comme on l'a prétendu. Elle débute toujours, au contraire, par les parties latérales du cou; elle gagne ensuite le tronc et les jointures du côté de la flexion, puis la face et les mains.

Mais je reviens à notre malade. Le 10 au soir, c'est-à-dire le sixième jour de la maladie, à son arrivée, sa température était de 39 degrés : température habituelle à cette période.

Le 11, nous avons trouvé un peu d'albumine dans les urines et nous avons constaté de la péricardite sèche (bruit de galop diffus, frottement péricardique). Les jours suivants, la desquamation continue régulièrement; la fièvre et la présence de l'albumine dans l'urine persistent.

Le 14 mars, la température est à 38 degrés; l'albumine a disparu, la péricardite diminue. Le 16, la fièvre est tombée, la péricardite s'efface, la desquamation continue. Enfin, aujourd'hui 21, le malade est guéri.

En somme, sauf sur deux points, nous sommes en présence d'un type parfait de scarlatine régulière, type précieux à enregistrer, car cette maladie présente très souvent des irrégularités plus ou moins notables.

Ces deux points, ou mieux ces deux irrégularités, sont: 1° la brièveté de la période pré-éruptive; 2° la persistance de la fièvre jusqu'au douzième jour, où, par une défervescence brusque, elle a pris fin. De plus, je dois vous faire remarquer que, malgré l'existence d'une péricardite sèche, la maladie a suivi une allure régulière.

Voici maintenant les deux faits relatifs à l'histoire de la scarlatine, sur lesquels je veux appeler spécialement votre attention :

1° *La température.* — Quel est le type classique de la marche de la température dans la scarlatine? Un maximum très précoce et très élevé, car il peut se montrer dès le soir du premier jour et se montre au plus tard le second jour; une température très élevée au début, car la règle est qu'elle atteint et dépasse même 40 degrés; persistance de la fièvre au même degré au moment de l'éruption, pouvant augmenter encore pendant la période d'augment de celle-ci, en tous cas persistant à cette époque, persistant aussi pendant la période d'état, pour diminuer quand l'éruption pâlit et tomber ensuite graduellement ou brusquement. De sorte que si on assigne à la période pré-éruptive deux jours, à la période éruptive, jusques et y compris la pâleur finale, six ou sept jours, cela nous fait huit ou neuf jours, qui correspondent à la marche thermométrique suivante : fièvre d'emblée très forte, durant au moins sept ou huit jours. Et j'ai soin d'ajouter que, pour peu qu'il survienne quelque complication, même légère, la fièvre peut dépasser le chiffre de huit jours, même dans les cas les plus bénins.

Néanmoins, dès que vous verrez la fièvre dépasser une durée de neuf jours, craignez quelque chose et cherchez avec soin s'il n'existe pas quelque lésion organique.

Si le type de la température que je viens de formuler est le plus ordinaire, cependant il présente parfois des déviations importantes à connaître. En effet, dans nombre de cas, on a vu la température ne pas arriver à 40 degrés, parfois ne pas dépasser 39 degrés, voire même 39°,8 et 38°,5. De sorte que si l'on ne connaît pas ces faits, si l'on considère le chiffre de 40 degrés comme un maximum constant, on peut être conduit à commettre des erreurs.

La durée de la période fébrile est aussi sujette à des anomalies. C'est ainsi que l'on a observé des cas assez nombreux, où cette durée n'était que de six jours, quelquefois de cinq et même de trois jours seulement.

Ajoutons encore que dans certains cas la fièvre était pour ainsi dire intermittente : peu élevée le matin, forte le soir. Enfin Lytten a rapporté une observation très intéressante de scarlatine complètement apyrétique pendant toute sa durée.

2° *L'albuminurie.* — Notre jeune malade a eu, le 11, un peu d'albuminurie qui a duré jusqu'au 14, c'est-à-dire du sixième au dixième jour de la maladie. Sa présence ne m'a donné aucune inquiétude, car dans la scarlatine il existe deux espèces d'albuminurie : l'une, que l'on pourrait appeler *initiale*, généralement précoce, survenant du deuxième au quatrième jour et pouvant durer jusqu'au septième, au huitième ou au neuvième jour. Elle est purement fébrile, sans rapport avec une détermination rénale, et d'autant plus constante que la fièvre est plus élevée ; elle disparaît au plus tard quand la fièvre tombe, souvent aussi elle cesse un peu avant, quand la fièvre diminue. La seconde espèce est l'albuminurie *rénale;* elle se montre après la chute de la fièvre, du huitième au quinzième jour, ou mieux du dixième au quinzième jour, et quelquefois plus tard. Elle est grave, car elle est liée à un état pathologique du rein ; elle n'a aucun rapport avec l'albuminurie *initiale,* qui ne présente aucun danger.

L'albuminurie *rénale* est un accident qui, selon les auteurs, varierait avec les épidémies. Certaines statistiques la donnent comme fréquente (50 p. 100, en comptant les cas graves et les cas légers). Cependant, s'il en est réellement ainsi, comment se fait-il que, depuis plus de quinze ans, je n'ai jamais eu chez mes scarlatineux un seul cas d'albuminurie *rénale?* Je crois pouvoir l'attribuer au traitement que je prescris d'emblée à mes scarlatineux : à l'administration du régime lacté, dès le premier jour de la maladie, sans attendre l'apparition de l'albumine dans les urines. Pour moi, c'est un véritable traitement préservatif de l'albuminurie *rénale :* rien que du lait et 3 litres par jour si possible, rien autre ni comme boisson, ni comme aliment, ni comme médicament.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mai 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° La relation d'une épidémie de diphthérie qui a sévi de décembre 1883 à février 1884 dans les communes de Irai, Crulai, Saint-Maurice et Moussonvilliers (Orne), par le docteur Puistienne, de Chennebrun (Eure).

2° Les états relatifs à la fièvre typhoïde dans le 6e régiment d'infanterie en 1884. (Comm. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire sur l'aseptol, par M. Gautrelet. (Comm. : MM. Tillaux et Gautier.)

2° Une note sur l'influence fâcheuse exercée par les laits provenant de vaches nourrices à la crèche sur l'alimentation des enfants en bas âge, par M. le docteur Verdié, de Cormeilles-en-Parisis (Seine-et-Oise).

3° Un pli cacheté sur le traitement de la diphthérie. (Accepté.)

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

La liste de présentation de la section place les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne et *ex æquo*, MM. Desnos et Alph. Milne-Edwards ;

En deuxième ligne, M. Dumontpallier;

En troisième ligne et *ex æquo* (par ordre alphabétique), MM. Blachez, Ferrand et Hallopeau.

Le nombre des votants étant de 75, majorité 38, au premier tour,

M. Milne-Edwards obtient	58	suffrages
M. Desnos	12	—
M. Dumontpallier	4	—
Billet blanc	1	—

En conséquence, M. Milne-Edwards ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé élu.

Son élection sera soumise à l'approbation du président de la République.

RAPPORTS

Étiologie et prophylaxie de la scrofule dans la première enfance. — M. MARJOLIN, au nom de la commission de l'hygiène de l'enfance, lit un rapport sur les mémoires envoyés à l'Académie pour le concours ouvert sur la question de l'étiologie et de la prophylaxie de la scrofule dans la première enfance.

Sur les douze mémoires qui ont été adressés à l'Académie, six ont paru à la commission mériter des récompenses ou des encouragements. C'est à l'analyse de ces six mémoires qu'est principalement consacré le rapport de M. Marjolin; les six autres, n'ayant pas répondu à la question posée, n'ont pas paru à la commission dignes de récompense. M. le rapporteur croit devoir, en terminant, justifier cette sévérité de la commission, en expliquant comment elle a récompensé de préférence les mémoires démontrant que leurs auteurs avaient réellement compris pour quels motifs l'Académie avait choisi un sujet qui demandait avant tout plutôt de l'observation que de l'érudition ; à un moment surtout où de tous côtés on fait des efforts pour que dans notre pays on arrive par de sages mesures d'hygiène à conserver la santé d'une population dont le chiffre décroît.

Hygiène de l'enfance. — M. DEVILLIERS, au nom de la même commission, lit le rapport annuel sur les mémoires et notes adressés à l'Académie pour l'année 1884.

Les conclusions de ces deux rapports seront lues et votées en comité secret.

COMMUNICATIONS

Néphrectomie. — M. POLAILLON communique la relation d'une opération de néphrectomie qu'il a pratiquée avec succès, à l'hôpital de la Pitié, sur une femme de vingt-sept ans, pour une pyélo-néphrite calculeuse. (Cette observation sera publiée *in extenso*.)

Myome utérin; hystérectomie. — M. TILLAUX communique un cas d'hystérectomie, intéressant en raison de quelques circonstances spéciales qui l'ont accompagné.

Il s'agit d'une femme âgée de quarante-deux ans, atteinte d'une tumeur occupant toute la cavité abdominale, et déterminant une telle gêne qu'elle réclame elle-même l'opération.

Dans la grande majorité des cas, rien de plus facile que le diagnostic différentiel entre un fibrome utérin et un kyste de l'ovaire. Mais parfois aussi ce diagnostic est très difficile : lorsque, par exemple, le myome est très volumineux, lorsqu'il remplit tout le ventre, qu'il est partout en contact avec les parois abdominales; lorsqu'il touche les bords de l'excavation pelvienne, qu'il est en quelque sorte enclavé dans le bassin. L'explorateur, privé du signe différentiel pathognomonique entre le myome et un kyste de l'ovaire, a le droit d'hésiter.

C'était le cas de cette malade, qui, de plus, avait les parois abdominales épaisses, chargées de graisse, ce qui rend la recherche de la fluctuation d'autant plus difficile, qu'on peut avoir affaire d'ailleurs à un kyste multiloculaire où la fluctuation se perçoit à peine.

La malade s'étant refusée à une ponction exploratrice, M. Tillaux pratique l'opération le 28 mars dernier, à l'Hôtel-Dieu, dans une chambre spéciale isolée.

Au lieu d'un kyste de l'ovaire, il trouva un énorme myome qu'il eut quelque peine à extraire de la cavité. Le pédicule présentait les dimensions de l'excavation pelvienne. La tumeur enlevée comprenait le corps de l'utérus, les deux ovaires et les ligaments larges. Le tout pesait $7^{k},70$. Le pédicule tomba le dix-septième jour, et la malade peut être considérée aujourd'hui comme complètement guérie.

M. Tillaux signale à l'Académie un autre point. C'est le traitement du pédicule dans l'hystérectomie. Il pense que, contrairement à ce que l'on faisait dans l'ovariotomie, le pédicule ne doit pas être réduit, mais fixé au dehors.

C'est, à son sens, une règle générale. Il fait remarquer enfin que la cavité utérine a subi une dilatation énorme, et que le myome qui appartient à la variété interstitielle s'est développé dans la paroi postérieure et latérale gauche de l'utérus.

—A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour le vote des conclusions des deux rapports de MM. Marjolin et Devilliers sur l'hygiène de l'enfance, et pour la lecture d'un rapport sur les candidats à une place de correspondant national vacante dans la première division.

VARIÉTÉS

Notice sur Constantine.

Par M. le docteur Badour, médecin principal.

Rien ne ressemble à Constantine et rien n'est plus étrangement pittoresque. Figurez-vous une masse rocheuse émergeant brusquement de terre et s'élevant à une hauteur de 100 à 200 mètres, ayant la forme d'un prisme oblique à quatre pans plus ou moins déchiquetés et se terminant par un plateau trapézoïde qui mesure 40 hectares et s'incline de 100 mètres suivant sa grande diagonale, c'est-à-dire du nord-ouest au sud-est.

Du côté ouest, ce rocher de calcaire bleu, horizontalement stratifié, dont la surface offre la teinte roussâtre propre au sol du désert, surplombe à pic l'étroite vallée du Rhummel, laquelle s'élargit bientôt pour s'exhausser par étages successifs jusqu'aux lointaines montagnes de la Kabylie, dernier plan d'un vaste panorama qui se distingue par sa nudité de classique mémoire. Au sud, il se boucle aux croupes mamelonnées du Koudiat-Ati par un isthme d'une centaine de pas qui tombe dans les bas-fonds latéraux par de véritables escarpements. Et partout ailleurs c'est l'étroit et profond ravin aux parois verticales, immédiatement dominées par les hauteurs du Mansourah et de Sidi M'cid.

Tel est le support et telle est la place de la vieille Cirta que baptisa Constantin dans un accès de paternel amour et dans laquelle grouillent actuellement, en chiffres ronds, 30 000 êtres humains : encombrement sans exemple qui se décompose en 10 000 Français, 5 000 juifs et 15 000 musulmans.

Dans la partie haute de la ville, la maison moderne dispute au ciel la place que lui refuse la terre; les constructions à quatre étages n'y sont pas rares; on en voit même à cinq, et les rues, pour la plupart, ne sont que des corridors. C'est à peine si quelques carrefours exigus mettent un peu d'air et de lumière sur ce fouillis de pierres et de briques plus ou moins bien agencées. Dans la partie basse et tout le long du ravin, c'est le quartier arabe avec ses bicoques entassées, ses ruelles tortueuses et ses sombres impasses où la simple ration d'air serait un mythe, si l'agitation presque permanente de l'atmosphère n'y apportait le supplément nécessaire. C'est aussi dans des conditions identiques le quartier d'Israël croupissant dans son ignorance biblique des règles les plus élémentaires de l'hygiène. On trouve là, comme chez les musulmans, adossée aux maisons basses où l'on ne pénètre en quelque sorte que par des fissures, cette multitude de petites échoppes ou réduits obscurs qui n'ont d'accès que sur la ruelle et abritent les industries les plus diverses. Et des hauteurs avoisinantes, c'est vraiment curieux de voir cet amas de murailles qui s'imbriquent si exactement que la pioche du démolisseur pourrait seule y créer quelque place.

Mais ce qu'il y a de particulièrement remarquable en ce lieu extraordinaire, c'est le sinueux ravin qui le borne au nord et à l'est sur une longueur de 1400 mètres et qui est l'égout collecteur dans lequel se déversent les immondices de la ville entière. Ce ravin ou plutôt cette fente, résultat probable d'un craquement volcanique, ne mesure que quelques mètres de largeur dans ses noires profondeurs où roulent avec fracas les eaux du Rhummel. Il fait suite, en amont, au cul-de-sac de la vallée du Bou-Merzouk dont l'insalubrité est proverbiale, et il se termine en aval par de vertigineuses cascades le long desquelles se poudroient les liquides putrilagineux qu'il amasse sur son parcours.

Quelques détails complémentaires feront encore mieux ressortir l'importance de cette singulière configuration au point de vue hygiénique. La vallée supérieure qui vient se butter au rocher de Constantine et n'y trouve d'autre issue que la fissure du ravin constitue là une ampoule allongée dont les flancs sont formés par les pentes raides du Mansourah et du Koudiat-Ati et dans laquelle glissent tous seuls les résidus de la nouvelle ville. Le spectateur le plus indifférent qui y jette les yeux du haut de la route de Sétif, ne peut pas douter un instant de son mauvais air, surtout si c'est le matin ou le soir, lorsqu'une vapeur épaisse se dégage des eaux limoneuses de la rivière.

Comme les vents dominants viennent de l'occident, l'immonde poussière, faite de terre et de fiente triturées, qui encombre le faubourg, s'y engouffre sans cesse au temps précisément le plus malsain, c'est-à-dire quand le ciel reste imperturbablement bleu pendant des mois entiers avec ses feux du jour et le calme écœurant de ses nuits. Enfoncé dans un entonnoir ouvert seulement au sud, le Bardo (tel est son nom) cuit alors littéralement dans son jus, lequel s'assaisonne des miasmes recueillis le long de la vallée et retenus dans son enceinte par un escarpement abrupt et infranchissable.

En outre, l'abattoir est là aussi dans cet entonnoir avec ses fumiers et ses puantes rigoles; et, au-dessus de l'abattoir, une agglomération de gourbis faits de débris et de loques de tous genres, dans lesquels s'agitent, au milieu d'une immense ordure, quelques centaines d'indigènes pouilleux et de bêtes malingres.

Et comme si ce n'était pas assez de toutes ces infections, le rocher est zébré par les latrines du quartier arabe qui s'épanchent librement le long de ses assises. Il en est ainsi d'ailleurs dans toute l'étendue du ravin où aboutissent les déjections urbaines et les détritus des tanneries qui le bordent, et où l'on peut même voir se précipiter les eaux d'un égout principal servant de force motrice à une industrie.

D'où il suit que le touriste qui, en arrivant à Constantine, s'empresse d'aller porter son tribut d'admiration au prodigieux amoncellement de roches entre lesquelles débouche le ravin, est certain d'en rapporter l'impression d'émanations chères aux choucas et aux émouchets qui en peuplent les aspérités. La grande minoterie qui anime cette solitude y contribue également à l'infection aérienne, par ses conduites et ses chutes qui multiplient les surfaces d'évaporation, et par le curage de leurs dépôts vaseux et noirâtres dont les alentours sont encombrés.

Ainsi constitué et entouré, le rocher de Constantine semblerait devoir être le siège d'un mouvement pathologique très accentué, si les influences morbigènes qui tiennent au climat, à la configuration topographique et à l'excessive densité de sa population dont l'exubérance court aux faubourgs, y avaient leur plein effet. Eh bien ! on n'y meurt guère plus qu'ailleurs et on y meurt beaucoup moins qu'à Bône, la coquette ville qui cache du poison sous ses fleurs. En ce qui concerne les Français et les quelques étrangers européens, qui sont d'autant plus intéressants qu'ils fondent la colonie et ont l'intelligence des pratiques hygiéniques, il est même à remarquer que leurs décès ne dépassent que dans une faible proportion la moyenne de France : 270 (dont un sixième de sexagénaires et au delà) pour 10000 vivants au lieu de 235, ainsi qu'il résulte de renseignements pris au hasard dans les registres municipaux (année 1883); et de plus, que les naissances qui balancent pour cette année les décès sont légèrement supérieures à la susdite moyenne : 270 pour 10000 vivants au lieu de 265.

Les Juifs ne meurent pas plus que les Européens; en revanche, ils naissent davantage et leur population aurait actuellement une grande tendance à s'accroître si l'émigration n'en enlevait le trop-plein. Quant aux musulmans, ils sont aussi prolifiques que les précédents; mais leur mortalité couvre leur natalité et ils restent stationnaires.

L'état sanitaire de Constantine est donc, d'une manière générale, aussi satisfaisant que possible, surtout si l'on ne considère que les Français dont on peut dire maintenant que leur siège y est fait et bien fait, qui sont, en d'autres termes, attachés à ce roc comme on l'est au pays natal et y fournissent par conséquent de sérieux éléments de comparaison. Regardez-les d'ailleurs, ces colons citadins qui y vieillissent à qui mieux mieux, transmettant leurs viriles qualités aux jeunes générations. Celles-ci prennent déjà dans les contingents annuels une valeur très appréciable; et celles qui naissent s'élèvent bien, à preuve les exemples frappants de membres de l'armée qui, malgré la question d'acclimatement, y voient prospérer leurs nombreux et beaux enfants.

Le relevé des chiffres concernant les exemptions pour cause d'infirmités vient, à une distance de vingt ans et plus, corroborer ce jugement. En effet, dans ces neuf dernières années, c'est-à-dire depuis que la conscription est établie dans la colonie, le recrutement indique 59 infirmes seulement sur un total de 740 hommes (1876-1884). C'est une proportion bien inférieure à la moyenne générale de France. Il est vrai que le monde colonial ne se recrute que parmi les gens bien trempés sous tous les rapports et par suite très résistants. Néanmoins, si le sol était hygiéniquement ingrat, le dépérissement surviendrait vite, comme il n'est que trop fréquent ailleurs, et les Constantinois ne s'accroîtraient point par eux-mêmes, ainsi que le démontre une tendance manifeste à l'excédent des naissances sur les décès.

Cette salubrité réelle du rocher de Constantine reconnaît pour cause unique les 650 mètres d'altitude qui, une grande partie de l'année, en font le passage des autans et souvent le séjour des brumes. En plein mois de juin, quelquefois, des brouillards cramponnés aux sommets voisins s'en détachent pour tomber sur la ville et y causer un notable refroidissement. Si, l'été, l'air y est brûlant et la poussière aveuglante, cela ne dure que trois mois, conformément au calendrier. Et encore, pendant ce temps, grâce à la sécheresse générale qui met à l'abri des sueurs profuses et permanentes du littoral, grâce à l'absence de moustiques et à quelque rafraîchissement produit par le rayonnement nocturne, le sommeil est-il possible et réparateur.

Par exemple, l'hiver y transit de la tête aux pieds, avec ses lourds nuages qui rasent le sol et sa boue qui empêtre. Par intervalles, la neige y apparaît et il y gèle même, à la grande surprise des nouveaux venus qui se figurent qu'*Afrique* rime richement avec *calorique*. Et le vent y règne en maître, venant habituellement de

la zone maritime d'où il apporte des masses d'air pur et vivifiant.

A ce sujet d'ailleurs, quoi de plus édifiant qu'un aperçu sommaire des principales indications météorologiques? La pesanteur atmosphérique s'inscrit entre 70 et 71 ; elle dénote une raréfaction sensible de l'air, qui doit contribuer à l'accélération du jeu pulmonaire et augmenter par conséquent la trop facile susceptibilité des organes thoraciques. Aux temps chauds, le thermomètre marque souvent 40 degrés et s'élève même à 42 au nord et à l'ombre. Aux temps froids il est commun de le voir à 0° et il descend à — 2° et — 3°, différence trop grande, pour qu'à ce point de vue, le climat de Constantine ne soit pas classé dans les extrêmes. Il doit à ces oscillations saisonnières la rareté des manifestations hépatiques, l'exagération fonctionnelle du foie n'y étant que passagère. Mais la température n'y varie pas seulement suivant la saison dans des proportions considérables. Du jour à la nuit, soit en hiver, soit en été, rien n'est capricieux comme la marche de la colonne mercurielle. Dans le même nychthémère, si le ciel est pur, l'écart va jusqu'à 15 degrés dans le premier cas et jusqu'à 20 dans le second.

Et le calme plat y est pour ainsi dire inconnu en dehors des nuits d'été, pendant lesquelles l'hygromètre descend jusqu'à 50 degrés. D'une manière presque absolue, c'est l'ouest qui souffle, inclinant plus ou moins vers le nord dans la saison relativement froide qui est de beaucoup la plus longue, et vers le sud dans la saison fortement ensoleillée. L'échelle anémométrique étant notée de 0 à 5, c'est entre 3 et 4 qu'est la moyenne de Constantine, c'est-à-dire que le vent y est généralement intense.

Les pluies y sont fréquentes d'octobre en avril et, par les temps les plus sombres, de magnifiques éclaircies dont la latitude est prodigue viennent accentuer encore l'influence des variations journalières.

Il est facile, après cela, de comprendre que les principales déterminations morbides tiennent aux influences météorologiques, en d'autres termes, que le fond de la pathologie constantinoise relève de la constitution saisonnière. Le caractère essentiel de cette constitution procédant de la vivacité et de la brusquerie des phénomènes aériens, il s'ensuit que l'appareil respiratoire en reflète surtout les conséquences morbifiques. Rien n'y peut faire obstacle en dehors des précautions hygiéniques, et il ne faut pas s'en plaindre, puisqu'ainsi les accidents méphitiques sont considérablement atténués.

Le nombre des décès causés par les diverses maladies de l'appareil respiratoire est même tellement grand qu'il importe de le signaler; il est, chez les Arabes, des cinq-huitièmes de la totalité des décès, de la moitié chez les Juifs et du tiers chez les Français et les Européens. Pour le répéter, cette énorme proportion s'explique par les conditions d'altitude inhérentes à la localité, et les différences concernant les races par leur intelligence plus ou moins nette des choses de l'hygiène.

La fièvre périodique ne sort guère du Bardo, où il faut en quelque sorte aller la chercher et où l'on est certain de la laisser croupir dans son bassin marécageux si l'on s'élève sur les hauteurs voisines. C'est même le seul remède préventif à opposer à l'infection tellurique, remède efficace et simple, comme l'armée en donne tous les ans la preuve en évacuant la caserne qui y existe.

Le zymotisme animal qui s'y engendre également par l'abattoir, par les latrines arabes et par l'égout du Koudiat-Ati, que les agglomérations juives et musulmanes entretiennent dans la cité par leurs sordides entassements et qui fermente continuellement au fond du ravin où aboutissent tous les déchets organiques de plus de 30 000 âmes, soldats compris, serait certainement la peste locale si la déclivité naturelle des conduits souterrains n'accélérait le départ des matières putrescibles et surtout si ce roc n'était presque constamment et violemment balayé par les courants atmosphériques.

Et voilà Constantine, ce repaire des temps barbares, où les dominateurs de la contrée trouvaient un asile relativement salubre; aujourd'hui la ville ouverte et toujours curieuse, où rien au fond n'est hygiéniquement changé et dont le cachet étrange vaudrait de captiver l'attention aux conditions suivantes : de grandes mesures de voierie qui, en dégageant les abords du ravin et perçant largement les quartiers encombrés, feraient disparaître les fumiers et cloaques, quelque barrage en amont du Rhummel pour le lavage fréquent et sûr de la voie publique et du sous-sol, le nettoyage radical des gourbis et tanières qui empoisonnent les faubourgs et la multiplication des pins qui agrémentent les coteaux environnants.

Et ce serait tout; car, quelque favorable que, sous ce rapport, puisse être son destin, cet aride rocher d'où l'on ne peut sortir qu'en se dévalant, où l'on ne peut monter sans s'époumonner, n'inspirera jamais les doux ressouvenirs !

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La statue de Bouillaud sera inaugurée à Angoulême le 16 mai prochain. M. le professeur Vulpian représentera l'Académie des sciences ; M. le docteur Roger, l'Académie de médecine, et M. le professeur Laboulbène, la Faculté, de médecine de Paris.

Aux noms des divers souscripteurs que nous avons publiés, il faut ajouter :

M. le docteur Chabanne, 5 francs.

M. le docteur Alfred Guillon, 10 francs.

Nous déclarons close la souscription.

— Le monument élevé à la mémoire du vaillant explorateur lorrain, le docteur Crevaux, mort assassiné par les Indiens Tobas, sera inauguré dans la ville de Nancy, le samedi 13 juin 1885.

— Par décision ministérielle en date du 4 mai 1885, M. Baratte, médecin aide-major de première classe, a été désigné pour le 2e régiment étranger, au Tonkin.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un concours pour la nomination à une place de professeur suppléant des chaires de pathologie externe, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Rouen, s'est ouvert le 1er de ce mois à la Faculté de médecine de Paris.

Le jury se compose de MM. Verneuil, président ; Lannelongue, Delabost, Thierry et Humbert, juges. Le seul candidat qui se soit présenté est M. le docteur Hue.

Les questions données jusqu'à présent sont : 1° pour l'épreuve écrite, « La paume de la main ; des hémorrhagies traumatiques secondaires »; 2° pour l'épreuve orale, « L'hématocèle rétro-utérine. »

— La seconde épreuve du concours pour la nomination à une place de prosecteur de la Faculté de médecine de Paris vient d'avoir lieu ; la question donnée a été : « L'aorte. »

A la suite de cette seconde épreuve, les huit candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite, ont seuls été reconnus admissibles : MM. Broca, Hartmann, Chaput, Hallé, Festal, Beurnier, Hache et Hamonic.

— Le concours pour la nomination à quatre places d'aides d'anatomie vient de commencer. Le nombre des candidats est de douze. Ce sont : MM. Demoulin, Lauri, Lejars, Mérigot de Treigny, Monprofit, Péraire, Planchart, Polguère, Rieffel, Secheyron, Villar et Villemin.

Le sujet donné pour la première épreuve — composition écrite — a été : « La tunique musculaire du tube digestif prise au-dessous du pharynx et suivie jusqu'à son extrémité terminale. »

— *École de médecine d'Angers.* — M. Jagot, suppléant, est chargé du cours de pathologie interne, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Feillé.

— *École de médecine de Tours.* — M. Sainton, suppléant, est chargé du cours de clinique interne, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Charcellay.

— M. le docteur Soulier est nommé médecin adjoint au lycée du Puy, en remplacement de M. le docteur Langlois, décédé.

— L'Académie des sciences vient de faire une nouvelle perte en la personne de M. Desains, membre de la section de physique et professeur à la Faculté des sciences de Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dupré, ancien professeur libre d'anatomie à Paris; et de M. le docteur Harzé, médecin de la légation de Belgique à Paris.

— Le service de la consultation externe aura lieu dans l'ordre suivant à l'hospice de la Salpêtrière, chaque matin à neuf heures et demie, le dimanche excepté :

a. Médecine, M. le docteur Charcot, le mardi; M. le docteur Joffroy, le mercredi; M. le docteur Falret, le lundi; M. le docteur Auguste Voisin, le vendredi, M. le docteur Legrand du Saulle, le samedi.

b. Chirurgie, M. le docteur Terrillon, le jeudi.

La consultation de médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 10 mai 1885, sur les coteaux du Mesnil. Le départ de Paris aura lieu à la gare Saint-Lazare, à dix heures cinquante minutes du matin, pour la station de Maisons-Laffitte. Retour par Saint-Germain.

Des manifestations de la syphilis sur la voûte du crâne, par le docteur M.-E. Galtier-Boissière. Broch. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

La syphilis bactérienne, par le professeur Neisser, traduit et annoté par MM. P. Diday et A. Doyon. Broch. in-8°. — Prix 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17796.

25

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen f^res^, 16, r. Parc-Royal, Paris, et ph^ies^.

49

L'eau minérale de la

SOURCE DU PAVILLON

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

est la seule à **Contrexéville** *qui soit décrétée d'intérêt public.*

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques et hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central des eaux à Paris, 31, boulevard des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

17

LE VIN DUFLOT

Macéré de Scille à base de vieux bordeaux

Prescrit à la dose de 100 grammes (un verre à bordeaux) à chaque repas, produit une diurèse abondante très favorable dans les **Affections cardiaques, goutte, rhumatisme**, etc.

Ph^ie^ DUFLOT, 30, r. Trévise, Paris, et t^tes^ ph^ies^.

113

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharm^ies^.

3

CAPSULES & SACCHARURE

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre: *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : 0^f^50 à 3^f^. Envoi cont. timbres. — Ph. BERTRAND aîné, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

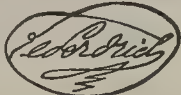
Exiger la signature BERTRAND AINÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

9

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



63

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

25

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

14

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.

St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**

CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, **20** et **30** francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGEES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt G^ral^ : Ph^ie^ C^le^ F^g^ Montmartre, Paris.

55

KAVA DU DOCTEUR LABARTHE

ANTIBLENNORRHAGIQUE

Supérieur à *cubèbe, copahu, santal, gurjum.* Agréable à prendre, ne fatigue pas l'estomac, ne donne ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *constipation*, ni odeur aux urines. Supprime douleur et écoulement.

60 dragées, 5^f^. Echant. gratis à MM. les médecins.

Pharmacie ROCHER, 1, rue Perrée, Paris.

96

PANCRÉATINE DEFRESNE

Admise officiellement dans les Hôpitaux de Paris.

La **Pancréatine** est le digestif le plus puissant et le plus complet; elle n'a rien à redouter de l'acidité du **chyme** (*comptes rendus de l'Institut et de l'Académie, année 1879*). C'est pourquoi il faut l'administrer à la fin des repas.

Un gramme pancréatine Defresne.....	Peptonisent 30 grammes d'albumine.
Ou cinq pilules Defresne............	Dédoublent 11 grammes de corps gras.
Ou une cuillerée sirop digestif......	Saccharifient 10 grammes d'amidon.

Dégout des aliments, Digestions difficiles, Lientérie, Dyspepsie, Gastralgie, Gastrite, etc. etc.

PANCRÉATINE DÉFRESNE en poudre, 2 à 4 cuillerettes, **4** francs.

PILULES DIGESTIVES DEFRESNE, 3 à 5 pilules, **3** francs.

SIROP DIGESTIF DEFRESNE à la pancréatine, 2 à 3 cuillerées à café, **4** francs.

Pharmacie DEFRESNE, 2, rue des Lombards, et toutes les Pharmacies.

14

INALTÉRABLE, D'UN GOUT EXQUIS.

VIN D'ALMANZA DE LAVOCAT

Au *quinquina, cacao, colombo* et *moka.*

Rétablit les fonctions de l'APPAREIL DIGESTIF, reconstitue les TEMPÉRAMENTS AFFAIBLIS.

Combat sûrement :

ANÉMIE, CHLOROSES, DIARRHÉES, FIÈVRES, etc.

Des flacons à l'essai sont envoyés gracieusement à **MM. les Docteurs** qui en feront la demande : à Lyon, ph^ie^ LAVOCAT, 42, rue Ferrandière; à Paris, ph^ie^ MOPPERT, 51, rue du Temple.

39

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phtisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

177

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

90

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

215

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

4

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0^gr^,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3^f^,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le fl^on^ de 100, 3^f^50.

50, boulevard de Strasbourg.

N° 54. — SAMEDI 9 MAI 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 9 MAI 1885. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Inauguration du cours de clinique des maladies des enfants à l'hôpital des Enfants-Malades.

La chaire de clinique des maladies des enfants a enfin trouvé sa vraie place et son milieu naturel, l'hôpital des Enfants-Malades. Son nouveau titulaire, assez mûr déjà pour compter à son actif un respectable bagage scientifique et des titres trop bien connus pour que nous ayons besoin de les rappeler ici, est assez jeune encore pour pouvoir se promettre et nous faire espérer un long et fécond avenir. Les succès brillants de l'ancien agrégé répondent d'avance de ceux du nouveau professeur. M. Grancher a inauguré son cours samedi dernier, 2 mai, par une leçon tout à fait magistrale sur les généralités de l'étiologie morbide et de la pathogénie modernes, dont il aura à faire l'application journalière dans son enseignement. Nous aurions désiré pouvoir en donner ici une analyse étendue. Malheureusement l'exiguïté relative de l'amphithéâtre de l'hôpital des Enfants-Malades, envahi de bonne heure par une affluence considérable d'élèves et de médecins, parmi lesquels nous avons remarqué un grand nombre de ses collègues des hôpitaux et de ses camarades d'hier de l'agrégation, n'avait laissé à la disposition des derniers venus que les escaliers et les corridors, d'où quelques-uns refluaient même jusque dans la cour. C'est de là que gêné, pressuré, dans une attitude mal équilibrée, dans l'impuissance absolue de tenir un calpin et un crayon en main, nous avons pu entendre tant bien que mal et suivre à peu près les développements dans lesquels est entré le professeur. Ce n'est donc que de mémoire que nous allons essayer d'en esquisser à grandes lignes les idées principales.

Disons d'abord que, se conformant à un pieux usage, il a débuté par un hommage rendu à la mémoire de son prédécesseur. Rappelant ses travaux originaux, son ardent esprit de recherches, il a loué comme ils le méritaient les observations justes dont il a enrichi la science et les résultats heureux qu'il en a su tirer pour la pratique, gardant une sage réserve pour les idées contestables qu'il a livrées à la discussion et dont l'avenir fera, et nous pourrions presque dire dont le présent a même déjà fait justice. Il a évoqué également le souvenir de l'enseignement si utile et si fructueux dont cet hôpital a fourni les éléments aux Guersant, aux Blache, aux Bouchut et à ceux qui en continuent encore aujourd'hui la tradition.

Quant à la partie essentielle, la partie doctrinale de cette leçon, elle a été telle qu'on avait le droit de l'attendre de la part de l'ancien élève studieux qui, au début de ses études, a pu entendre encore les derniers échos de l'enseignement solide de l'École, à laquelle on doit à la suite de la révolution broussaisienne, d'avoir rétabli la médecine sur les deux bases fermes de l'observation clinique rigoureuse et de l'anatomie pathologique. Plus tard M. Grancher a pu bénéficier des leçons d'un grand physiologiste, Claude Bernard, et d'un incomparable clinicien, Trousseau. Il a assisté aussi, non plus en simple disciple, mais en partie active, au grand mouvement qui s'est opéré, en Allemagne, sous la puissante impulsion de Virchow; en France, et plus près du moment présent, par les découvertes de Davaine, de Villemin et de Pasteur. Il a vu naître enfin les nouvelles méthodes prophylactiques, antiseptiques ou autres, dont a bénéficié d'abord la chirurgie, et dont va bénéficier à son tour la médecine, en voie de subir une des plus importantes transformations qu'elle ait jamais subies peut-être.

Signaler ce mouvement dans son point de départ, dans sa direction, comme dans ses tendances et dans ses conséquences probables, pour en faire pénétrer le sens dans l'esprit de son auditoire, tel a été l'objet principal de cette leçon. C'est ainsi, par exemple, qu'entrant de plain-pied dans le domaine de la pathogénie, il a montré tout d'abord comment elle se résout en trois ordres de causes, l'hérédité, la contagion et les troubles de la nutrition. Maladies héréditaires, maladies contagieuses, sont en effet aujourd'hui l'objet plus spécial de l'étude et des recherches des pathologistes, cliniciens ou expérimentateurs. Ce sont aussi celles qui constituent plus spécialement le fonds commun de la pathologie infantile. C'est donc à ces trois ordres de causes que doivent être rapportés la plupart des processus morbides. Des études faites à ce point de vue dans le cours de ces vingt dernières années sont ressorties des notions nouvelles qui ont dû se substituer aux anciennes notions de

métastases, de diathèses, ou du moins en modifier le sens, ainsi que celui qui était attaché aux mots virus et contagion. L'anatomie pathologique a démontré que la plupart des phénomènes que l'on désignait sous le nom de métastases, n'étaient le plus souvent que des effets de transports emboliques ou d'auto-inoculations, quand ils ne sont pas de simples résultats d'actions réflexes. La doctrine des diathèses auxquelles M. Bouchard a donné une interprétation nouvelle en les rattachant à un désordre constitutionnel de la nutrition, individuel ou héréditaire, a été singulièrement battue en brèche pour un certain nombre d'états morbides, dont la transmissibilité par voie de contagion ou d'inoculabilité a été démontrée dans ces derniers temps, telles que la tuberculose notamment. La scrofule, qui n'est, aux yeux de M. Grancher, qu'une tuberculose atténuée, ou que l'expression d'un tempérament lymphatique exagéré, ne doit pas davantage être admise comme diathèse. La nature diathésique de la syphilis est contestée aujourd'hui, depuis que l'on croit être sur la voie de la découverte de son élément parasitaire. Celle du cancer est également mise en doute. L'arthritisme lui-même, auquel a été assigné un rôle si important dans l'histoire des diathèses, n'est pour M. Grancher qu'un tempérament morbide. — Il est vrai que l'on en pourrait dire autant de toutes les autres diathèses, dont l'expression de tempérament morbide ne serait en réalité qu'une synonymie. — En résumé, pour ce qui est des maladies réputées diathésiques, en général, les unes, dit M. Grancher, s'expliquent par un microbe, les autres attendent leur formule clinique du trouble de la nutrition qui les constitue.

L'ancienne théorie des virus, dont Littré et Robin, dans leur Dictionnaire, niaient l'existence, n'admettant que des états virulents des humeurs et des tissus, est redevenue aujourd'hui une vérité démontrée, mais transformée, le virus n'étant autre qu'un organisme vivant, un parasite diversifié dans ses formes comme dans ses effets.

A propos de la contagion, M. Grancher a rappelé quelques passages d'une belle leçon de Trousseau sur cette question, où sous le nom de germes morbifiques, dont il admettait le développement spontané dans l'économie, il semble avoir pressenti les doctrines microbiennes d'aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit, germes morbifiques ou microbes, M. Grancher émet l'opinion que c'est beaucoup moins par la voie de l'atmosphère qu'ils transmettent les maladies contagieuses, que par les objets auxquels ils adhèrent et qui en deviennent les véhicules, tels que les vêtements, les instruments divers qui passent par les mains ou sont mis en contact avec une partie de la surface du corps, les mains elles-mêmes, ce que la pratique chirurgicale a surtout démontré, ou les aliments et les liquides ingérés, une eau polluée de matières organiques, par exemple, cause la plus fréquente des épidémies de fièvre typhoïde.

Des conséquences importantes se déduisent de ces données pathogéniques, au point de vue pratique, c'est l'importance capitale, et nous dirions volontiers la prééminence qu'en acquiert la prophylaxie sur la thérapeutique. C'est là, en effet, la tendance générale de notre époque. L'art de prévenir les maladies est destiné à faire place, dans l'avenir, à l'art de les guérir.

En attendant la réalisation de ce progrès, quels sont les moyens dont dispose l'art actuellement pour combattre les effets morbigènes des microbes? Un seul, à peu près, en attendant qu'on ait trouvé les agents spécifiques susceptibles de détruire les micro-organismes, relever et soutenir par tous les moyens possibles les forces de l'organisme, et les mettre ainsi à même de lutter contre les agents nocibles et destructeurs qui s'y sont développés ou y ont été introduits.

Quant à l'application des moyens prophylactiques contre la contagion, si active dans un établissement tel que l'hôpital des Enfants, M. Grancher ne s'en dissimule pas les nombreuses et presque insurmontables difficultés.

Anévrysme latent de l'aorte pectorale ascendante.

Rien n'est difficile comme de diagnostiquer un anévrysme de l'aorte dans sa portion ascendante, qui ne se traduit par aucun de ses signes rationnels, par aucun trouble circulatoire appréciable, et qui ne donne lieu uniquement qu'aux phénomènes de compression communs à toute tumeur intra-thoracique occupant le médiastin postérieur, quelle que soit d'ailleurs sa nature. Tout au plus peut-on en soupçonner l'existence. C'est ce que montre le fait suivant qui vient de se passer dans le service de clinique de M. Hardy, à la Charité.

Une femme âgée de quarante-deux ans, habituellement bien portante, n'ayant d'autres antécédents morbides qu'une angine à l'âge de cinq ans et une fièvre typhoïde à quinze ans, arrivée à l'âge de vingt ans à Paris, où elle exerce la profession d'ouvrière tapissière, a éprouvé pour la première fois, au mois d'octobre dernier, un refroidissement, avec de la toux, une gêne de la respiration.

Voyant que cette dyspnée, au lieu de diminuer, allait croissant, elle se décida, vers la fin de janvier ou le commencement de février, à aller à l'hôpital. A son entrée à la Charité, dans le service de la clinique, on constata qu'elle toussait un peu, mais sans expectorer ; le nombre de ses inspirations était exagéré ; la gêne de la respiration par instants allait jusqu'à l'orthopnée, parfois elle s'accompagnait de cornage. La physionomie de cette femme était pâle, ses lèvres un peu cyanosées. La percussion de la poitrine donnait une légère submatité dans la fosse sous-épineuse droite. L'auscultation faisait entendre une respiration sonore, rude, surtout entre les deux scapulums. En ce point, notamment, la rudesse était exagérée et presque soufflante. Tous ces phénomènes subissaient un paroxysme le soir. Le pouls était assez fréquent, mais régulier. On ne constatait rien d'anomal du côté du cœur. Deux autres phénomènes appelaient aussi l'attention : c'était, d'une part, de la dysphagie, et de l'autre, une dilatation de la pupille du côté droit.

Quel était le diagnostic possible en présence de cet état? En rapprochant ces divers symptômes : dyspnée, dysphagie, cornage, dilatation pupillaire, des signes fournis par l'exploration : submatité à la percussion dans la région intrascapulaire, avec rudesse et souffle respiratoire en ce point, la première idée qui devait venir à l'esprit était celle d'une compression exercée par une tumeur quelconque sur la trachée, sur les bronches, sur le pharynx et probablement aussi sur quelques filets du grand sympathique.

C'est le diagnostic que porta tout d'abord M. Hardy. Mais ce n'en était là que la moitié. Il importait, au point de vue du traitement comme du pronostic, de le compléter par la détermination aussi approximative que possible de la nature de cette tumeur. Était-ce un cancer, une adénopathie trachéo-bronchique, un anévrysme de l'aorte ?

Un cancer était peu probable chez une femme qui n'avait pas plus de quarante-deux ans, et rien n'indiquait d'ailleurs chez elle un état cachectique.

Il n'y avait, en outre, aucun engorgement ganglionnaire dans les environs.

Une adénopathie trachéo-bronchique pouvait sembler plus probable; mais encore manquait-il, pour permettre de l'affirmer, la présence d'engorgements ganglionnaires sus-claviculaires ou cervicaux et péritrachéaux, qui l'accompagnent d'habitude, et les signes d'une constitution strumeuse, dont cette malade ne présentait aucune trace.

Restait un anévrysme de l'aorte. Mais on ne constatait aucun des signes physiques qui le caractérisent d'habitude, ni exagération de ses battements rhythmiques, ni expansion, ni souffle dans la région sous-sternale, ni trouble circulatoire qui pût lui être attribué et en faire soupçonner même l'existence. On sait, du reste, combien sont fréquents les cas d'anévrysme de l'aorte thoracique restés latents. S'il s'agissait ici d'un anévrysme aortique, il était certainement dans ce cas. De sorte que, tout en inclinant plutôt pour la possibilité de cette dernière lésion que pour les deux autres, M. Hardy ne crut pas pouvoir l'affirmer et resta dans le doute.

Dans cette situation douteuse, deux indications thérapeutiques se présentaient cependant : celle de l'emploi de l'iodure de potassium qui pouvait s'adapter utilement à chacune des trois hypothèses, et celle du chloral, pour combattre l'insomnie dont se plaignait surtout la malade.

Cette médication parut dès les premiers jours apporter un léger amendement dans l'état de la malade ; le sommeil était en partie revenu, la dyspnée semblait avoir un peu perdu de son intensité, mais cette amélioration ne fut que passagère et de courte durée. D'abord le chloral ayant déterminé l'éruption rubéoliforme caractéristique avec cuisson et démangeaison très pénibles, mouvement fébrile et grande excitation, on dut en cesser l'usage. L'iodure de potassium fut seul continué. Mais, ainsi que nous venons de le dire, après une amélioration passagère, tous les symptômes reprirent le dessus et allèrent toujours croissant, au point qu'ils ne tardèrent pas à amener la mort par asphyxie.

L'autopsie a démontré l'existence d'un anévrysme de la portion ascendante de l'aorte, comprise entre son point d'origine et sa courbure, anévrysme développé sur un de ses deux côtés seulement, le calibre de l'artère étant resté libre ; c'est ce qui explique l'absence de tout signe de trouble circulatoire et la difficulté qui en résulte pour le diagnostic, les phénomènes de compression étant les seuls par lesquels se traduisait l'existence de cet anévrysme. Quant à ces phénomènes, la cause immédiate en a été rendue manifeste par les détails de l'autopsie qui a montré que la trachée, les bronches primitives, l'œsophage, étaient comprimés par la tumeur latérale sacciforme de la portion verticale de l'aorte, ainsi que quelques-uns des filets du grand sympathique, notamment les filets qui se rendent au globe oculaire. Nous passons sur d'autres détails autopsiques, particulièrement sur ceux qui concernent la constitution même de l'anévrysme, qui ont dû faire l'objet d'un examen ultérieur, n'ayant eu en vue ici que ce qui concerne les difficultés du diagnostic et les raisons de ces difficultés.

Monoplégie brachiale ; suite d'une chute sur l'épaule.

M. Charcot, dans sa conférence clinique de vendredi dernier, a entretenu son auditoire d'un malade qui a déjà occupé l'attention de plusieurs médecins, et qui a même été le sujet d'une petite discussion à la Société médicale des hôpitaux (voir le compte rendu de la séance du 27 mars dernier).

Il s'agit d'un garçon de vingt-cinq ans, cocher de fiacre, petit, d'une constitution peu vigoureuse, mais sous son apparence chétive supportant cependant assez bien la fatigue. Comme antécédents, il y a à signaler, dans sa famille, l'état légèrement absinthique du père, une mère sujette à des attaques de nerfs sans grands mouvements (petit mal ou hystérie), une sœur également sujette à des attaques de nerfs. Rien pourtant chez lui jusqu'à l'âge de sept ans, ni convulsions ni aucun autre symptôme de maladie nerveuse, ni aucune mauvaise habitude ; mais il lui est arrivé à cet âge un accident terrible, il a fait une chute du cinquième étage ; sa chute ayant été amortie heureusement par un grillage en fer, il ne s'est pas fait très grand mal ; cependant dès cette époque sa santé a commencé à s'altérer, et il s'est produit un certain degré de lordose de la colonne vertébrale. Vers seize ans, il a eu un rhumatisme articulaire aigu qui a eu pour conséquence une arthrite chronique à répétition du genou droit, et une atrophie du muscle triceps crural avec un certain degré d'atrophie de la jambe droite. Pour le dire en passant, ces lésions n'ont aucun rapport avec la monoplégie brachiale droite dont ce malade est atteint, et qui va seule nous occuper maintenant. Voici quelle en a été l'origine :

Le 24 décembre dernier, pendant qu'il conduisait son fiacre, le cheval s'étant emporté, il tomba de son siège ; la partie postérieure de son épaule droite portant sur le sol. Il n'a pas perdu connaissance ; il a pu remonter sur son siège et conduire encore pendant cinq heures.

Le lendemain, il était un peu fatigué et encore ému de sa chute ; il pouvait se servir de son bras, bien qu'un peu gêné cependant par la douleur qu'il ressentait dans l'épaule. Il put ainsi faire encore son service de cocher pendant cinq à six jours. Mais, dans la nuit du 30 au 31 décembre, il s'aperçut que son bras droit était complètement paralysé, tombant le long de son corps lorsqu'il était debout ; de plus, il était devenu insensible. Il n'y avait d'ailleurs ni déviation de la bouche ni aucun autre signe qui pût faire suspecter une affection cérébrale ; rien non plus du côté de la jambe. Après avoir passé quelques jours dans une très vive inquiétude, voyant que cet état persistait, il alla trouver M. Troisier qui l'avait déjà soigné de son rhumatisme et qui constata ce qui vient d'être exposé.

Quelques tentatives d'électrisation n'ayant eu aucun résultat, ce fut alors que M. Troisier présenta ce malade à ses collègues de la Société médicale des hôpitaux, pour leur demander leur avis.

Voici l'état que présente actuellement ce malade : Son bras, immobile, pendant, son épaule abaissée, n'opposent aucune résistance ; tout mouvement est entièrement aboli ; la paralysie des muscles de l'épaule, du bras et de l'avant-bras est complète. Les doigts seuls ont conservé leurs mouvements. Encore sont-ils légèrement parésiés ; le malade serre faiblement avec sa main. Tous ces muscles sont dans un état de flaccidité absolue ; on n'y perçoit pas la moindre contraction. On dirait, n'étaient l'origine connue et la date récente de ces accidents, une paralysie infantile. Toutefois les réflexes ne sont pas abolis ; ils sont même plutôt un peu

exagérés. Enfin, bien que cette paralysie dure depuis quatre mois, les muscles ne paraissent nullement atrophiés. La mensuration donne, à très peu près, les mêmes chiffres des deux côtés : 22 centimètres pour l'avant-bras gauche, 24 pour le bras, 22,5 et 23,5 millimètres pour l'avant-bras et pour le bras droit.

La sensibilité est profondément troublée : dans toute la région de l'épaule, une partie de la région thoracique antérieure, le bras et l'avant-bras, la sensibilité cutanée est entièrement abolie.

Ni le contact, ni la piqûre n'y sont perçus. Cette insensibilité s'arrête brusquement au poignet, suivant une ligne circulaire, perpendiculaire à l'axe du membre. La sensibilité musculaire est également anéantie, bien que les muscles aient conservé la contractilité électrique. Enfin le sens musculaire est entièrement éteint dans toutes les parties paralysées et anesthésiées ; le malade n'a nullement le sentiment de la situation de son membre et des mouvements ou des déplacements qu'on lui imprime. La main a conservé, avec sa contractilité et sa sensibilité, le sens musculaire.

Il n'y a point de troubles trophiques appréciables des téguments.

Quel est le diagnostic qu'on peut déduire de cet examen ? La première hypothèse qui se présente tout naturellement à l'esprit est celle d'une paralysie par contusion du plexus brachial. C'est l'opinion qui a été exprimée par quelques-uns des membres de la Société médicale des hôpitaux qui ont examiné ce malade, c'est aussi celle du chirurgien de la Salpêtrière. Il y a sans doute dans les phénomènes que présente ce malade des motifs d'incliner vers cette opinion, mais il y en a aussi qui lui sont contraires.

Les effets ordinaires de la contusion du plexus brachial sont parfaitement connus. Il y en a un exemple très remarquable en ce moment même dans le service, qui s'est trouvé là à point pour fournir à M. Charcot des termes très nets de comparaison.

Il s'agit d'un homme de trente et un ans, terrassier, grand, fort, robuste, sans aucun antécédent morbide, contrastant déjà sous ce rapport avec le malade qui nous occupe. Comme lui, il est atteint d'une monoplégie brachiale, qui, au premier abord, présente avec celle qui vient d'être décrite la plus grande ressemblance, paralysie, insensibilité et flaccidité complète du membre (ici c'est le bras gauche).

Cet homme travaillait de son état dans une ferme, le 3 avril 1884, lorsqu'il fut frappé par une poutre avec une telle violence qu'il en fut renversé à terre. Il ne perdit pas connaissance sur le moment, mais il eut immédiatement la sensation que son bras gauche était absent.

Plus tard, il perdit connaissance pendant plusieurs heures, par suite d'une hémorrhagie. Depuis lors, il est entré successivement dans plusieurs hôpitaux sans que rien ait pu modifier la situation de son membre resté toujours paralysé.

Voici les analogies et les différences que l'on constate chez ces deux sujets :

Les analogies frappent tout d'abord. Dans les deux cas, il y a abolition complète de la contractilité musculaire du membre thoracique, la main exceptée chez le premier, la main comprise chez le second ; il y a anesthésie cutanée, moins étendue cependant dans le second cas que dans le premier, et abolition du sens musculaire.

Mais, à un examen plus approfondi, les différences s'accusent jusqu'au contraste. Tandis que, chez le premier malade, rien ne démontre l'existence réelle d'une lésion du plexus brachial, l'état de nutrition et la contractilité électrique des muscles étant conservés ; tout, au contraire, démontre une lésion profonde de ce plexus chez le second : atrophie musculaire (20 centimètres de tour seulement à l'avant-bras gauche [côté paralysé], 26 à l'avant-bras droit, 24 au bras gauche, 29 au bras droit) ; contractilité musculaire électrique entièrement abolie ; troubles trophiques de la peau. Ce deuxième malade présente un type parfait et complet de contusion du plexus brachial dont le premier n'offre que les apparences.

Serait-on admis à dire que chez le cocher de fiacre il y a eu contusion, mais contusion légère du plexus, ce qui pourrait, jusqu'à un certain point, expliquer les différences constatées ? Non, dit M. Charcot, car s'il s'agissait d'une contusion légère, l'état de ce malade se serait déjà modifié ; or il ne l'est nullement. Rien n'est changé depuis quatre mois ; d'autre part, il n'y a ni atrophie ni aucune trace de dégénération des tissus musculaire et cutané, ce qui n'eût pas manqué de se produire, en quatre mois, s'il y avait eu lésion, même légère, du plexus. Enfin la main et les doigts eussent été paralysés aussi bien que le bras et l'avant-bras et l'on a vu qu'ils avaient conservé leur sensibilité et leur motricité.

Telles sont les raisons qui ont fait repousser l'hypothèse d'une contusion du plexus brachial. A quelle lésion, à quel état morbide a-t-on affaire chez ce malade ? C'est ce que M. Charcot se propose d'étudier et de nous dire dans sa prochaine conférence.

CLINIQUE DE MONTEVIDEO. — M. Fort.

Cas remarquable de carie des os du bassin. Séjour d'un enfant au lit pendant quatorze ans, par suite d'une erreur de diagnostic ; opérations ; amélioration.

Henri R..., vingt ans, est atteint d'une affection du système osseux depuis l'âge de six ans. Lorsque je suis appelé, le père me dit que son enfant est couché depuis un grand nombre d'années, qu'il est atteint du mal de Pott, qu'il est condamné par les médecins qui l'ont traité, et il me demande s'il n'y aurait rien à faire contre une telle infirmité. Nous étions en novembre 1883.

État actuel. — J'examine le malade. C'est un enfant pâle et chétif, ayant l'apparence d'un enfant de douze à treize ans. Ses membres sont maigres. Le ventre et la base du thorax se sont développés un peu démesurément, mais j'attribue cette conformation un peu vicieuse au séjour prolongé au lit. Les fonctions organiques et les fonctions nerveuses s'accomplissent bien ; il est à noter seulement que le cœur a des battements très fréquents, mais réguliers, sans bruit de souffle, et que l'appétit n'est pas considérable.

L'enfant a sept orifices fistuleux et des cicatrices disséminées autour du bassin. Dans le pli de l'aine, vers le milieu de l'arcade crurale, et de chaque côté, il existe une ouverture fistuleuse. Celle du côté gauche, qui paraît la plus profonde, permet l'introduction d'une sonde cannelée jusqu'à une profondeur de 8 centimètres vers la fosse iliaque et en dedans. Une fistule existe au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure droite ; une autre à l'épine iliaque postéro-supérieure droite. Il en existe trois au-dessus du grand trochanter du côté droit, au-dessus de tissus cicatriciels durs et très étendus qui descendent dans une étendue de 10 centimètres le long de la face externe de la cuisse. Il existe

aussi un abcès au niveau du grand trochanter du côté gauche.

La colonne vertébrale ne présente aucune lésion. Il existe seulement une saillie de la région lombaire, régulière et non douloureuse à la pression, saillie que je suppose avoir été produite par le long séjour que l'enfant a fait au lit.

Le toucher rectal ne me fait constater la présence d'aucun abcès intérieur; il n'existe pas d'abcès dans la région fessière proprement dite, et les ischions paraissent sains. Les articulations coxo-fémorales sont saines ; la droite offre un peu de roideur dans l'extension.

Antécédents. — Les père, mère, frère et sœurs bien portants, rien du côté des ascendants et des collatéraux (le père vient de mourir d'un cancer du pylore). On me raconte que l'enfant a ressenti des douleurs à la hanche droite et le long de la jambe droite, à l'âge de six ans.

Malgré cela, à six ans et demi, on l'envoie au collège à Bologne (en Italie), où il séjourne jusqu'à l'âge de onze ans. Pendant ce temps, il se développe un abcès énorme à la hanche droite, un peu au-dessus du grand trochanter. L'abcès s'ouvre et l'ouverture reste fistuleuse.

A onze ans, il quitte Bologne et il va en France. On l'installe à Nogent-sur-Marne, près Paris, où il passe quatre ans et demi. Il revient à Montevideo en 1880, et, pendant tout ce temps, il s'ouvre tous les ans plus ou moins régulièrement un abcès qui reste fistuleux.

Diagnostic. — On croit que cet enfant est affecté de mal de Pott. Cependant ce diagnostic ne me paraît pas justifié. En effet, la colonne vertébrale, qui est un peu déformée, par une position vicieuse, n'offre aucune lésion appréciable. Les abcès de l'aine ne sont pas des abcès par congestion du mal de Pott, car les trajets fistuleux, au lieu de conduire dans la cavité du muscle psoas iliaque, conduisent sur la surface osseuse de la fosse iliaque. Les autres orifices fistuleux correspondent à des parties cariées du squelette du bassin. Seuls, les orifices qui surmontent le grand trochanter pourraient avoir été produits par un abcès par congestion ayant fusé le long du grand nerf sciatique dans la région de la fesse, mais la présence d'autres fistules correspondant à des points cariés du bassin autorise à penser que tous ces abcès doivent avoir entre eux une grande analogie.

Mon diagnostic est donc : *carie multiple des os du bassin*. Rien à la colonne vertébrale ; rien aux articulations coxo-fémorales. La raideur de l'extension dans la hanche droite provient de l'induration des tissus enflammés et cicatrisés en arrière de l'articulation. Les abcès au niveau des trochanters permettaient de supposer que le grand trochanter était également carié.

Je déclarai donc aux parents qu'il n'y avait pas de mal de Pott, et que je croyais à la curabilité de l'affection, moyennant quelques opérations de résection partielle que je supposais devoir être au nombre de quatre. Enfin je crus pouvoir promettre de guérir le malade.

J'administrai des toniques et une hygiène appropriée. Quelques jours après j'ouvris l'abcès au niveau du grand trochanter. Il s'écoula une quantité considérable de pus, et le stylet me démontra que la source de cette suppuration était la face externe de l'os coxal du côté gauche.

Le 15 janvier, je fis la première opération, celle qui me paraissait la plus périlleuse. Le malade étant endormi, je fis une incision le long de la moitié externe de l'arcade crurale, je passai ensuite la sonde cannelée, et une rugine entre l'arcade crurale et l'os coxal, en rasant le bord antérieur de l'os. Je glissai ensuite entre le muscle iliaque et la surface osseuse, et j'arrivai jusqu'à la ligne innominée qui divise la face interne de l'os coxal, au niveau des vaisseaux iliaques externes. Il y avait là une surface cariée que je ruginai de mon mieux. Puis je constatai au même niveau la présence d'une ouverture qui mettait en communication cette suppuration avec celle de la face externe de l'os coxal. La plaie faite par les instruments ne se cicatrisa qu'au bout de deux mois, évidemment à cause de l'ouverture que la rigidité du ligament de Poupart maintenait béante.

Le 21 mars 1884 eut lieu la deuxième opération au niveau des fistules situées au-dessus du grand trochanter droit, qui avaient douze ans d'existence, et qui suppuraient abondamment. Un stylet introduit dans ces fistules remontait très haut dans la fosse iliaque externe, mais on ne sentait pas de surface osseuse dénudée.

Je réunis avec le bistouri les trois fistules, ce qui nécessita une incision de 8 centimètres de longueur, dirigée d'avant en arrière et de haut en bas. Deux sondes cannelées étant enfoncées dans les deux fistules extrêmes et se rencontrant en haut et en arrière profondément, je continuai à inciser au milieu de vieux tissus indurés et criants sous le couteau. J'arrivai ainsi au bord de l'échancrure sciatique, d'où sortit une bonne cuillerée d'un pus concret, fétide et mêlé de sang. Le bord de l'échancrure était rugueux, mais sur une petite surface. Je le ruginai et je bourrai cette grande plaie de coton, imbibée d'eau phéniquée à 2 p. 100. Le pansement fut renouvelé tous les jours. Il n'y eut pas de fièvre, et huit jours après toutes les fistules s'étaient améliorées et fournissaient à peine quelques gouttes de pus.

En octobre, je fis une troisième opération au niveau de la crête iliaque droite. Je pus me convaincre alors que toute la substance spongieuse de l'os coxal était cariée. Il y avait là une carie étendue des os du bassin. Vouloir continuer ces opérations eût été enlever au squelette du tronc sa base de sustentation.

J'ai donc, en attendant mieux, soumis le malade à un traitement général. Il se lève depuis longtemps et il vit de la vie ordinaire, en attendant qu'on puisse pratiquer une nouvelle opération,

---

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mai 1885. — Présidence de M. Duplay.

COMMUNICATIONS

Kystes de l'ovaire. — **M. POLAILLON**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Terrillon, rapporte l'observation d'une jeune femme de vingt-quatre ans, à laquelle M. Pozzi avait pratiqué l'ovariotomie quelques mois auparavant, en laissant le pédicule dehors. Bientôt apparut au niveau de ce pédicule une ulcération présentant tous les caractères d'un épithélioma. Cette femme succomba à une pleurésie ; et à l'autopsie, on trouva une masse sarcomateuse allant du pédicule à l'utérus, ainsi que des noyaux cancéreux dans le foie et dans la plèvre. C'est donc là un fait bien évident de généralisation cancéreuse à la suite de l'ablation d'un kyste ovarique, simple en apparence.

M. HORTELOUP a eu l'occasion de soigner une femme de vingt-neuf ans qui avait subi d'abord trois ponctions, puis une quatrième suivie d'unei njection iodée. Il y eut, à la suite de cette ponction, une suppuration ; on plaça une sonde à demeure et la malade mit trois ans à guérir. Il resta un noyau dans la fosse iliaque droite. Onze mois après, elle eut un cancer du sein dont elle mourut en moins de quatre mois. Il n'y a donc là qu'un simple fait de coïncidence.

M. VERNEUIL fait observer que ces sortes de coïncidence sont plus fréquentes qu'on le croit.

M. TERRIER dit que son collègue M. Périer a opéré d'un cancer du sein une malade que, dix ans après, il a opérée d'un kyste de l'ovaire dont elle a parfaitement guéri ; c'est encore là un simple fait de coïncidence.

Chondrome des mâchoires. — **M. BERGER** fait un rapport sur une communication de M. Kirmisson relative à un chondrosarcome du maxillaire supérieur droit récidivé pour lequel il a dû faire l'ablation totale de ce maxillaire et l'ablation partielle du maxillaire gauche. Le malade a très bien guéri. M. Berger fait observer qu'il s'agit là d'une variété de tumeurs considérées comme bénignes par les histologistes et qui présentent cependant, cliniquement, certains caractères de malignité. Le malade de M. Kir-

misson était un homme de quarante ans qui, un an auparavant, avait vu apparaître sur le bord alvéolaire supérieur du côté droit une petite tumeur, laquelle envahit bientôt tout le maxillaire. En raison du développement rapide de la tumeur, M. Kirmisson pense qu'il s'agissait d'un sarcome; il fit l'ablation totale du maxillaire supérieur droit et partielle du maxillaire gauche. Les suites furent des plus simples et le résultat des plus satisfaisants. L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'une tumeur cartilagineuse avec des lobules sarcomateux. Il s'agissait, en un mot, d'un chondro-sarcome. Quelques mois après, il y eut une récidive au niveau de a cloison et de la voûte palatine; il fut fait une nouvelle opération qui fut suivie d'une guérison durable.

M. Berger fait suivre cette analyse de quelques réflexions sur ces sortes de tumeurs. Elles peuvent être divisées en deux classes: les chondro-sarcomes, tumeurs malignes, et les chondromes purs, tumeurs bénignes. Les premières se développent assez rapidement; les dernières, au contraire, avec une grande lenteur. Les chondro-sarcomes présentent certains caractères de malignité; toutefois ces tumeurs n'envahissent jamais les parties voisines, ne s'accompagnent ni d'hémorrhagies ni d'ulcérations. Que faut-il en penser au point de vue de la généralisation? Elles ne se généralisent jamais; quand la mort survient, c'est par les progrès de l'affection locale. La récidive s'observe dans un très grand nombre de cas, non seulement pour les chondro-sarcomes, mais aussi pour les chondromes purs. Sur 30 cas réunis par M. Berger, on compte 9 récidives. Il y a quelques cas où l'on compte 3 et même 5 récidives pour la même tumeur. Celles-ci ont lieu, pour les tumeurs chondro-sarcomes, même après une opération très large, après l'ablation totale du maxillaire supérieur, comme dans le cas de M. Kirmisson. La récidive est extrêmement fréquente à la suite d'opérations partielles.

Au point de vue de l'intervention chirurgicale, M. Berger recommande le procédé auquel a eu recours M. Kirmisson, c'est-à-dire l'ablation totale d'un maxillaire, puis l'ablation partielle de l'autre, si c'est nécessaire, ces deux opérations étant faites séparément.

M. Berger termine par les conclusions suivantes :

1° Les tumeurs cartilagineuses du maxillaire inférieur, quoique rares, s'observent encore plus fréquemment qu'on le croit généralement.

2° Il y en a deux variétés : l'une maligne (chondro-sarcome), l'autre franchement bénigne (chondromes purs).

3° Les premières ont une marche rapide; les dernières, au contraire, une marche lente.

4° L'ablation de ces tumeurs doit être faite longuement, il faut aller très au delà des limites du mal.

M. VERNEUIL communiquera, dans la prochaine séance, deux observations de tumeurs cartilagineuses du maxillaire supérieur avec examen histologique.

Varices du membre supérieur. — M. BOUSQUET présente un jeune homme qui est atteint de varices du membre supérieur droit, varices qui s'étendent du poignet jusque dans l'aisselle et au sein du côté droit. Cet homme est bronzeur et peut faire son métier sans aucune gêne. Cette affection date de sa naissance.

Chéloïde. — M. MONOD présente un enfant qui porte au cou une vaste chéloïde cicatricielle; il consulte ses collègues sur la question de savoir s'il faut opérer ou non cet enfant.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

131. M. Coculet. Essai sur l'application de l'antipyrine au traitement de la tuberculose pulmonaire. — 132. M. Rouiller. Essai sur les kystes hématiques du péritoine. — 133. M. Branchu. De la transplantation du sol ciliaire dans le trichiasis et l'entropion. — 134. M. Badre. De la balnéo-posthite gangreneuse. — 135. M. Guilmoto. Des formes normales de la goutte articulaire aiguë. — 136. M. Coillot. Des lésions de l'intestin et de l'estomac consécutives aux contusions abdominales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous sommes heureux d'annoncer le rétablissement de la santé de M. le docteur A. Després. Notre savant collaborateur et ami avait gagné, dans son service de l'hôpital de la Charité, une pneumonie double, le 20 avril dernier.

— Par décret, en date du 5 mai 1885, ont été nommés dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Fafournoux, Ruyssen, Gourdin, Salmon, Monnet, Capoulade, Chevalier, Perrier, Soula, Nicolas et Pons.

— Par décret, en date du 6 mai 1885, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. les médecins de première classe de la marine Primet et Gayet; M. le médecin-major de deuxième classe, Didier.

— Par décision ministérielle, en date du 6 mai 1885, ont été affectés à la division de réserve destinée au corps du Tonkin :

Médecin chef de la division : M. Duchemin, médecin principal de deuxième classe. — Adjoint au médecin en chef de la division : M. Toussaint, médecin aide-major de première classe. — Médecin chef de l'ambulance : M. Carayon, médecin-major de première classe. — Attachés à l'ambulance : MM. Bourdon et Cazes, médecins-majors de deuxième classe ; Petit et Martin, médecins aides-majors de deuxième classe. — Service pharmaceutique : M. Armandy, pharmacien aide-major de première classe.

— Par décision ministérielle, en date du 6 mai 1885, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Belhomme, pour le 47e d'infanterie ; Christy, pour le 138e d'infanterie. — MM. les pharmaciens-majors de première classe Ceisson, pour l'hôpital du Gros-Caillou; Rebuffat, pour être attaché à la direction du service de santé du 4e corps d'armée.

— La quatorzième session de l'Association française pour l'avancement des sciences s'ouvrira à Grenoble le jeudi 13 août 1885, sous la présidence de M. le professeur Verneuil. Le Congrès comprendra des séances générales et des séances de sections, ainsi qu'un certain nombre d'excursions. Les travaux seront terminés le 20 août et les excursions le 23.

— Le onzième Congrès de l'Association médicale italienne se réunira à Pérouse en septembre prochain. Il y aura en même temps une exposition d'objets et de produits se rapportant à la médecine, à la chirurgie et à l'hygiène.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. La première partie du tome XXXI de la première série, la première partie du tome XXI de la deuxième série, la première partie du tome XV de la troisième série, la deuxième partie du tome X de la quatrième série, viennent de paraître. — Prix de chaque demi-volume : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Médecine et mœurs de l'ancienne Rome, d'après les poètes latins, par M. le docteur Edmond Dupouy. In-12. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Contribution à l'étude de la croissance chez l'homme et les animaux (physiologie et hygiène comparées), par le docteur Saint-Yves Ménard, ancien externe des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° avec 9 tableaux. — Prix : 4 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Des cataractes et de leur traitement, par le docteur X. Galezowski, premier fascicule. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. Le second fascicule terminant l'ouvrage paraîtra dans le courant de l'année. — Paris, Félix Alcan.

Contribution à l'étude de la diathèse néoplasique chez un même sujet et dans la même famille, par le docteur A. Ricard, prosecteur des hôpitaux. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Les pansements et la mortalité, épidémie et contagion, ferments et microbes. Leçon sd'ouverture du cours de clinique chirurgicale (hôpital Necker, novembre 1884), par le professeur Léon Le Fort. Broch. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17795.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOTEL-DIEU. — M. Humbert.

Hypertrophie mammaire ou fibro-adénome diffus des mamelles.

Nous avons en ce moment, couchée sur un brancard de la salle Notre-Dame, une jeune fille de vingt-deux ans, de très bon aspect, qui s'est toujours bien portée jusqu'à présent, dont les fonctions sont régulières, et qui est entrée dans le service pour une affection assez rare, je veux parler d'une hypertrophie mammaire.

Cette jeune malade s'est aperçue il y a un an que ses seins, d'ailleurs déjà un peu forts, commençaient à grossir, prenant de plus en plus une forme allongée, une forme en besace. Aujourd'hui ils ont plus que doublé de ce qu'ils étaient à cette époque, et, par rapport à la taille de cette femme, ils sont réellement d'un volume excessif. Du reste, à part leurs dimensions anomales, ils ne présentent rien de particulier comme aspect extérieur, ils ne sont ni difformes ni déformés, et les veines qui circulent sous la peau ne sont pas dilatées; celle-ci est normale, ainsi que le mamelon.

Au palper, on sent et l'on saisit très bien la glande, on a la sensation parfaite de son tissu glandulaire avec ses lobes et ses lobules, d'une glande qui semble flotter au milieu d'un tissu celluleux lâche. Ce n'est pas ainsi chez ces femmes grasses, aux mamelles volumineuses surtout par la richesse de leur tissu adipeux. Ici c'est la glande elle-même qui a acquis un volume considérable. Ajoutons qu'il n'existe aucun ganglion dans l'aisselle.

Cette jeune fille est bien réglée, elle n'est pas malade, je le répète, elle est seulement fatiguée par le poids énorme de ses deux seins suspendus au devant de la poitrine, elle est fatiguée par certaine gêne dans la respiration, par les efforts que nécessite le jeu de sa cage thoracique par suite même de ce poids.

Vu l'âge de cette femme, vu la marche de cette augmentation de volume, nous n'avons nulle hésitation à diagnostiquer une hypertrophie mammaire, et à repousser de prime abord toute autre affection, toute tumeur néoplasique, d'autant plus que l'un des caractères mêmes de son hypertrophie est une symétrie parfaite.

L'hypertrophie mammaire est une affection rare et purement accidentelle, débutant généralement entre dix-huit et trente ans, et que l'on ne saurait confondre avec aucune des malformations congénitales du sein, que l'on observe quelquefois. Les excès de volume des seins, d'ailleurs, ne sont pas des phénomènes congénitaux, comme l'absence du mamelon, l'absence d'un sein ou la présence de seins surnuméraires.

Cette hypertrophie apparaît donc dans la période d'activité, sous une influence que nous ignorons absolument; aucune des raisons données par certains auteurs n'est réellement bonne. En tous cas, ici, nous ne saurions invoquer la grossesse : la jeune fille qui nous occupe n'a jamais été enceinte. Chez elle, les seins n'atteignent pas les dimensions que l'on observe quelquefois, ils s'arrêtent à quelques centimètres de l'ombilic, tandis que l'on en a vu descendant jusque sur les cuisses, voire même jusqu'au niveau des genoux. En pareils cas, cela devient une infirmité grave. De plus, chez elle, ils sont parfaitement lisses sans rétraction du mamelon ni altération de la peau devenue épaisse, rugueuse, chagrinée comme dans l'éléphantiasis véritable.

Le début de l'hypertrophie mammaire est ou insensible, insidieux, ou s'accompagne de phénomènes fébriles, comme s'il s'agissait de quelque abcès, et la glande tuméfiée, grossit, rougit, et devient le siège de douleurs plus ou moins vives. Puis, au bout de quelque temps, les accidents inflammatoires cessent, et seule persiste et se développe l'hypertrophie. Quelquefois il se fait ainsi une ou plusieurs poussées inflammatoires, ou d'autres fois non inflammatoires sans aucun appareil fébrile, et seulement à l'époque des règles. Cela n'a du reste rien d'étonnant, quand on réfléchit aux rapports qui relient entre eux l'appareil mammaire à l'appareil génital. Chez notre jeune fille, des poussées de cette nature ont eu lieu à plusieurs reprises aux époques de la menstruation.

Mais quelle influence sur la santé générale a donc l'hypertrophie mammaire? Une gêne plus ou moins prononcée, un amoindrissement des forces, des troubles de la respiration, de la toux, des troubles laryngés, enfin et surtout des troubles menstruels, soit de l'aménorrhée, soit de la dysmé-

norrhée, accidents qui prouvent encore les relations entre les ovaires et les mamelles.

Qu'est-ce qu'une hypertrophie mammaire ? En quoi consiste-t-elle ? Elle consiste en une augmentation de volume de la glande, en une hyperplasie portant sur les culs-de-sac glandulaires et sur le stroma fibreux de la mamelle, d'où le nom de fibrome de la mamelle si le tissu fibreux seul est pris, d'où le nom d'adénome de la mamelle si le tissu glandulaire seul est envahi, et la dénomination de fibro-adénome de la mamelle, lorsque les deux éléments glandulaire et fibreux sont atteints.

Cette hyperplasie conjonctive entre les lobules de la glande, gagne le tissu conjonctif qui entoure les acini, la glande augmente de volume, les grains glanduleux se déforment, les uns sont aplatis, les autres étranglés, les canaux excréteurs se trouvent divisés en deux ou trois segments, etc. ; les culs-de-sac et les conduits peuvent être obstrués sur un point, tandis qu'ils sont libres sur un autre : ils peuvent alors se dilater et donnent lieu à la formation de petits kystes renfermant dans leur cavité soit des amas épithéliaux, soit un certain liquide.

On voit encore, par suite de l'hyperplasie, la paroi propre des acini revêtue de son épithélium repoussée ; de là ces déformations ayant l'aspect de végétations formées aux dépens du tissu conjonctif ambiant, végétations qui n'ont aucun caractère malin, mais sont parfaitement bénignes.

Ce travail hypertrophique envahissant ainsi toute la mamelle, celle-ci augmente de volume ; cependant, dans quelques cas, il se produit par le fait même de la sclérose une véritable rétrogression, une diminution relative du sein. Cette rétrogression s'annonce souvent par la rétraction du mamelon. Dans d'autres cas, outre l'hypertrophie mammaire proprement dite, il y a hyperplasie du voisinage, hyperplasie de la peau ou du tissu cellulo-adipeux.

Abandonnée à elle-même, la maladie va toujours en augmentant, sauf le cas de rétrogression spontanée que je viens de citer. Si l'hypertrophie augmente, elle devient une infirmité véritable, et peut avoir par suite une influence fâcheuse sur la santé générale. De là la nécessité d'intervenir aussitôt que faire se peut, en cherchant sinon à ramener les mamelles à leur volume normal, ce qui me paraît bien difficile, tout au moins à enrayer leur développement et à le faire rétrograder en partie.

Le meilleur mode de traitement dans ce but est la compression, à laquelle on ajoute une médication interne par l'iodure de potassium, qui a une véritable influence résolutive sur les hyperplasies glandulaires, agissant non seulement sur l'élément glandulaire, mais encore sur les tissus sclérosés.

Quant à intervenir chirurgicalement, il n'y a lieu de le faire que lorsque par leurs dimensions extraordinaires, les mamelles déterminent soit des accidents, soit de véritables troubles dans la santé générale. Dans ce cas, on en pratique l'ablation.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Pneumonie lobaire simple, pleurésie et pleuropneumonie.

Notre malade du n° 10 de la salle des hommes, qui vient de quitter l'hôpital, était entré pour une pneumonie du sommet droit, manifeste surtout en avant.

Chez lui, la maladie avait éclaté brusquement, alors qu'il éprouvait depuis quelques jours un malaise général ; elle avait éclaté après qu'il eut avalé, ayant très chaud, un grand verre d'eau froide.

En effet, aussitôt cette eau ingurgitée, il avait été pris d'un frisson violent, qui s'était prolongé jusqu'au lendemain matin, suivi d'une fièvre très forte. Cependant ce ne fut que six jours plus tard qu'il fut conduit à l'hôpital, où nous constations aussitôt l'existence d'une pneumonie.

Des faits de ce genre ne sont pas rares, et, il y a peu de temps encore, on nous amenait un autre cas de pneumonie développé brusquement aussi chez un charretier qui, ayant très chaud également, avait avalé deux verres de bière glacée et avait été pris immédiatement d'un frisson intense et prolongé.

Ces deux exemples nous montrent combien la pneumonie peut éclater instantanément à la suite de l'action primitive du froid sur la muqueuse gastrique déterminant, par action réflexe, une congestion intense du poumon. Mais j'ajouterai qu'il faut aussi, chez les individus ainsi frappés brusquement, une certaine prédisposition morbide. C'est ainsi que chez le malade qui vient de nous quitter ces jours-ci nous trouvons des malaises antérieurs datant déjà de plusieurs jours comme cause prédisposante.

Aussi la question de la pneumonie infectieuse, actuellement à l'ordre du jour, ne doit-elle pas tranformer toute la pathologie et ne saurait-elle exclure l'action du froid, entre autres influences, comme une des causes de la pneumonie.

Chez notre malade, l'affection pulmonaire a évolué comme une pneumonie lobaire simple. La température s'est élevée à 40°,5 pour retomber peu à peu jusqu'à 37°,2 le dixième jour, et les phénomènes révélés par l'auscultation disparaissaient alors, montrant qu'il s'agissait en réalité d'une véritable fluxion pulmonaire avec son évolution ordinaire.

Nous avons eu également à soigner, ces dernières semaines, un autre malade atteint aussi de pneumonie. Celle-ci était survenue à la suite d'un refroidissement de la surface cutanée sous l'influence du froid extérieur, alors que cet homme venait de se livrer à un travail énergique. Elle avait débuté par un frisson de longue durée, se déclarant à quatre heures du soir et se prolongeant jusqu'au lendemain.

Vingt-quatre heures plus tard : point de côté et crachats colorés. Quatre jours après le frisson initial, le malade entrait à l'hôpital avec les signes et phénomènes suivants : matité à la base du côté gauche, souffle tubaire, bronchophonie, douleur intense.

La pneumonie a évolué rapidement, sans aucun incident particulier, et au vingtième jour le malade sortait parfaitement rétabli.

Le troisième malade, dont je veux vous parler, est une femme couchée au n° 5 de la salle Sainte-Adélaïde, atteinte de pleurésie gauche. L'épanchement datait de dix jours ; il remontait, en avant jusqu'à la troisième côte, en arrière jusqu'à la fosse sus-épineuse. L'oppression était considérable et progressait au point que j'ai cru devoir, quarante-huit heures plus tard, faire la ponction de la poitrine, c'est-à-dire au douzième jour de la maladie et après que la malade avait été soumise au traitement ordinaire par les révulsifs (vésicatoires) et les diurétiques.

Nous avons retiré ainsi près de 2 litres de liquide,

soit un peu plus de la moitié du liquide épanché dans la plèvre, que nous avons évalué à 3 litres environ d'après le déplacement du médiastin, le refoulement de la pointe du cœur, l'effacement de l'espace semi-lunaire et la suppression des mouvements diaphragmatiques.

L'opération a été parfaitement supportée; elle n'a donné lieu à aucun incident. Les résultats immédiats ont été une respiration plus facile, une diminution assez notable du périmètre de la cage thoracique distendue, qui, de 80 centimètres qu'elle présentait avant l'opération, est tombée à 76.

Mais les jours suivants, ainsi que cela arrive fréquemment, l'épanchement s'est reproduit, accompagné de phénomènes congestifs du poumon, un peu exagérés, bien que la fièvre fût assez médiocre comme intensité. Le nombre des respirations était encore de 40 par minute.

En présence de ces faits, nous avons fait, dix jours après la première opération, une seconde ponction de la cavité pleurale; nous avons ainsi extrait une nouvelle quantité de liquide qui n'a pas été moindre de 1750 grammes, ce qui, pour les deux thoracentèses, nous donne une masse liquide totale de 3750 grammes environ. La seconde opération n'a présenté aucune difficulté et n'a donné lieu non plus à aucun incident.

Cette fois l'amélioration a été beaucoup plus prononcée, l'oppression a diminué. Néanmoins une légère fébricité a persisté; elle nous fait craindre que derrière cette pleurésie il se cache quelque tuberculose pulmonaire naissante. Cependant l'état général et l'état local étaient assez bons ces jours-ci pour que la malade nous ait quittés.

En somme, ce que nous devons savoir, c'est que la thoracentèse a surtout pour effet de préserver les malades du danger immédiat inhérent aux épanchements pleurétiques, mais qu'elle n'abrège pas toujours *ipso facto* la durée de la maladie et n'est pas toujours suivie de guérison.

Enfin, au n° 6 de la salle Saint-Luc, nous avons eu un malade qui nous a présenté quelques particularités intéressantes.

Il s'agit d'un homme ayant une fluxion pleuro-pulmonaire, chez lequel nous avons constaté ce fait que, lorsque nous le faisions coucher sur le ventre, nous percevions encore la même matité que s'il était couché sur le dos, si ce n'est qu'elle était un peu moins profonde que dans cette dernière position. Ce qui est une nouvelle preuve que la matité ne tenait pas seulement à l'existence de l'épanchement pleurétique, mais bien aussi à l'état fluxionnaire du poumon. De plus, le souffle aussi, dans ces conditions, changeait de caractère, les poumons étant plus rapprochés des parois thoraco-dorsales.

Ce malade a été traité par des applications de vésicatoires, par des purgatifs et des diurétiques; une certaine amélioration en a été la suite. Cependant la maladie a persisté pendant un assez long temps; cet homme n'est sorti guéri que soixante-trois jours après son arrivée à l'hôpital. A un certain moment, l'état du sommet droit nous a donné quelques craintes pour l'avenir; nous avions cru y découvrir quelques signes suspects de tuberculose. Ces signes ont disparu quelques jours avant son départ de l'hôpital. Chez lui, nous n'avions pas cru devoir faire la thoracentèse.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action du fer dans la chloro-anémie.

Par M. le docteur Th. Guibert.

Le fer est le médicament de l'anémie, que celle-ci soit idiopathique et relève de causes directes, ou bien qu'elle se rattache, à titre de symptôme, à un état morbide qui retentit sur la composition du sang. C'est dire combien est étendu le champ des applications des ferrugineux et l'intérêt clinique qui s'attache à la possession complète du parti qu'on peut en tirer.

Des études récentes très remarquables ont éclairé d'un jour tout nouveau cette importante question, et démontré que le fer est certainement un élément essentiel d'hématopoèse.

Dans la chlorose, il régénère les globules sanguins malades, leur donne plus de valeur physiologique et les rend plus riches en matière colorante.

Grâce à ces récents travaux, on peut pour ainsi dire suivre pas à pas l'évolution de la réparation hématique sous l'influence du fer, lorsqu'on fait usage d'une préparation physiologique nettement définie. C'est une erreur, comme l'observation l'a démontrée, d'administrer des ferrugineux inertes ou qui ne peuvent se modifier dans l'estomac. Il est infiniment préférable de donner, toute faite, la préparation qui doit résulter de l'action du suc gastrique.

C'est le but que s'est proposé le docteur Rabuteau, en composant des produits contenant le fer à l'état où il doit être amené par l'estomac, avant de passer par le système circulatoire.

Les observations recueillies à ce sujet sont concluantes.

Parmi ces observations, nous relatons les suivantes qui présentent un intérêt tout spécial :

Obs. I. — Une femme âgée de vingt-neuf ans était entrée à l'hôpital de la Charité (salle Sainte-Anne), dans un état de chloro-anémie profonde, déterminée par des hémorrhagies utérines répétées. On lui fit prendre divers ferrugineux et du seigle ergoté sans obtenir de succès. On lui administra ensuite les Dragées de Fer Rabuteau à la dose de quatre par jour. Le mieux se manifesta rapidement; au bout de dix jours, les lèvres de cette femme, tout à fait pâles auparavant, étaient déjà rosées; le bruit de diable, produit dans les vaisseaux, avait considérablement diminué, ainsi que les douleurs névralgiques dont la malade souffrait; enfin l'appétit avait augmenté notablement et la digestion s'opérait sans la moindre douleur. Les hémorrhagies utérines disparurent, et après un mois de traitement, cette femme quittait l'hôpital dans un état tout à fait satisfaisant.

L'assimilation du médicament était complète, car il n'y avait eu ni diarrhée ni constipation, et les selles présentaient une coloration normale.

Obs. II. — Une femme, âgée de trente-deux ans, entre à l'hôpital, atteinte de cette variété d'anémie appelée *anémie des cuisiniers*.

On sait que cet état morbide est produit par l'action de l'oxyde de carbone, et qu'il est grave. Cette femme présentait une exagération de tous les symptômes de la chloro-anémie. Dès son admission, elle prit le Fer Rabuteau, d'abord en dragées, à la dose de quatre par jour, ensuite sous forme d'élixir pour favoriser la digestion et ramener l'appétit.

Au bout de quinze jours de traitement, l'état de la malade était notablement amélioré; sa face et ses mains, qui étaient complètement pâles lors de son entrée à l'hôpital, étaient déjà légèrement colorées; l'appétit était bon; le bruit de souffle dans le cœur et dans les vaisseaux avait disparu. Enfin, après vingt-cinq jours de traitement, la malade était guérie complètement. Les règles, qui étaient supprimées avaient reparu.

Le médicament avait toujours été très bien toléré, il n'avait pas produit la moindre constipation.

A l'hôpital des Enfants, le Sirop de Fer Rabuteau a été administré à des petits malades, qui tous l'ont pris avec plaisir à cause de son goût aromatique agréable.

Sous l'influence de ce ferrugineux, l'appétit fut stimulé ; les couleurs roses reparurent, et pendant la durée du traitement on n'a pas observé le moindre trouble intestinal.

Les observations qui précèdent démontrent suffisamment tous les avantages que l'on peut retirer de l'emploi du fer, lorsqu'il est administré sous la forme qu'il doit revêtir en dernière analyse pour pénétrer dans l'économie et y être complètement assimilé ; prochainement nous reviendrons sur cette intéressante question.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 mai 1885. — Présidence de M. Hanot.

COMMUNICATIONS

Cas d'allochirie. — M. BROWN-SÉQUARD tient à attirer l'attention sur deux observations qu'il lui a été donné de recueillir récemment, et où l'on observait le phénomène de transposition des sensations. Dans le premier cas, il s'agissait d'une hémisection de la moelle par un coup de couteau ; dans l'autre, d'une compression d'une moitié de la moelle par une tumeur syphilitique. Dans l'un et l'autre cas, il y avait hémianesthésie ; tout contact d'un point insensible amenait au point correspondant du côté sain une sensation, ne différant de ce qu'elle devait être que par l'erreur de lieu.

Une observation de M. David Ferrier relate le même fait, se produisant à la face.

Donner actuellement une interprétation définitive de ces faits de transport semble chose impossible, mais il est une explication qui satisfait provisoirement aux faits actuellement connus, c'est la suivante : les deux moitiés de la moelle sont en communication par des fibres commissurales; peut-être est-ce par cette voie que se font les transpositions des sensations perçues.

La force dynamométrique. — M. FÉRÉ a poursuivi ses recherches sur la force dynamométrique, en s'appliquant cette fois-ci à en étudier les modifications sous l'influence des excitations des sens. Il a tout d'abord observé, sur des hypnotiques, qu'une hallucination provoquée de l'ouïe, par exemple, pouvait augmenter la force dynamométrique de plus du double. Aux excitations unilatérales correspond une augmentation de forces également unilatérale.

Chez le sujet jeune, les résultats obtenus, pour être moins accusés, n'en sont pas moins parfaitement identiques et de la plus grande netteté. Le souvenir même, qui n'est que le rappel d'une sensation antérieure, se traduit par une augmentation du potentiel, et ce fait n'est pas sans importance au point de vue des déductions psychologiques qu'on en peut tirer.

Au cours de ces expériences, un fait avait paru venir à l'encontre de cette loi générale d'exagération des forces par les sensations. A la suite d'hallucinations désagréables, un sujet hypnotique avait eu une diminution notable dans l'état de ses forces. M. Féré a essayé de reproduire sur lui-même ce phénomène ; il s'est touché le pharynx avec une solution de sulfate de quinine ; l'impression ressentie a été particulièrement désagréable, et cependant il a constaté chez lui une augmentation de forces. Tout le monde sait, d'ailleurs, quelle surexcitation produisent certains bruits peu agréables, celui de la fusillade entre autres.

Mais on sait, d'autre part, que certains morceaux de musique ont une influence dépressive, tandis que d'autres sont, au contraire, excitants au premier chef.

Le protoplosma des cellules des végétaux. — M. OLLIVIER rappelle que l'appareil photographique peut percevoir certains rayons lumineux, fatalement invisibles pour la rétine. Il poursuit depuis longtemps des études par la méthode microphotographique, et il est arrivé ainsi à observer certains faits non signalés encore à sa connaissance. C'est ainsi que l'on décrit classiquement aux cellules végétales une enveloppe continue renfermant un protoplasma nu pour chaque cellule. Ses recherches ont démontré que les parois cellulaires sont au contraire perforées par place. Ces perforations permettent au protoplasma d'une cellule de communiquer sans solution de continuité avec celui d'une cellule voisine, en sorte que pour un même arbre il n'y aurait, de la racine à l'extrémité des dernières feuilles, qu'un seul protoplasma vraiment gigantesque. Des coupes pratiquées à différentes hauteurs de l'arbre lui ont permis de constater que nulle part il n'y avait solution de continuité.

Électrotonus. — M. D'ARSONVAL dit que les recherches précédemment faites sur le phénomène de l'électrotonus ont été l'objet de nombreuses controverses. On a accusé notamment les phénomènes de polarisation, dus à l'emploi des électrodes ordinaires, de modifier les résultats. Les électrodes impolarisables, construits d'après le principe de Regnault, ont l'inconvénient d'exiger des précautions opératoires très délicates ; ils sont d'un maniement peu commode. Il en a imaginé qui lui paraissent remplir toutes les indications, et qui sont en même temps d'un emploi très simple. Ils sont constitués par une lame d'argent revêtue d'un enduit de chlorure d'argent qui les rend absolument impolarisables. Les résultats obtenus à l'aide de ces électrodes permettent de confirmer les faits déjà connus en faveur de l'électrotonus.

Valeur de l'épreuve des pressions centripètes; elles n'agissent pas par inhibition, mais par les contractions synergiques de l'appareil d'accommodation binauriculaire. — M. GELLÉ. On sait qu'en pressant doucement sur la poire à air adaptée à l'oreille, pendant que le diapason sonne au sommet du crâne, on atténue à volonté la sensation sonore perçue du côté opposé.

J'ai cru devoir admettre comme explication de ce phénomène physiologique, qu'il se produit, du côté opposé à celui sur lequel on comprime, une contraction synergique de l'appareil de transmission et d'accommodation, les deux organes étant associés dans leurs mouvements pour l'audition binauriculaire.

Cependant certains esprits paraissaient plutôt disposés à admettre qu'il y a là un fait d'inhibition.

Il était intéressant de savoir la véritable cause du phénomène d'atténuation observé.

Je pensai que si les pressions centipètes unilatérales étaient exercées sur une oreille sourde par paralysie ou par anesthésie, et que le phénomène eût lieu néanmoins il serait logique de conclure qu'aucune action nerveuse n'entre en jeu dans sa production. C'est ainsi que j'ai été conduit à étudier l'action binauriculaire des pressions centripètes sur des sujets sourds hémianesthésiques, sur des hystériques des deux sexes du service de M. le professeur Charcot.

Or, dans ces observations, l'atténuation a toujours été obtenue, du côté ascendant, par les pressions effectuées sur l'oreille sourde, toutes les fois qu'il n'existe aucune altération sérieuse de l'oreille moyenne de ce côté. Les oreilles étant saines, sur un sujet atteint d'hémianesthésie générale, constamment le résultat a été conforme.

Les pressions ne causent donc pas l'inhibition, et l'on est amené à trouver plausible l'explication que j'ai primitivement donnée. L'atténuation du son par les pressions résulte de la contraction synergique de l'appareil de transmission et d'accommodation de l'oreille opposée à celle sur laquelle porte la pression.

L'effort produit sur une oreille cause, par la loi de synergie fonctionnelle de l'accommodation binauriculaire, une contraction simultanée de l'appareil transmetteur opposé ; un simple mouvement passif réveille et met en activité la fonction de l'organe associé.

La séance est levée.

Séance du 9 mai 1885. — Présidence de M. Hanot.

COMMUNICATIONS

Transfusion du sang. — M. BROWN-SÉQUARD rappelle les expériences qu'il a instituées dès 1844 (*The Medical Times*

and Gazette, London. Febr. 1844, p. 237) sur l'emploi du sang défibriné dans la transfusion. Les recherches démontraient, entre autres faits, que le sang d'un animal peut être sans danger transfusé dans les vaisseaux d'un autre d'espèce différente. Il fait allusion aussi à un travail paru en 1858 (*Journal de la physiologie de l'homme et des animaux*, 1858, t. Ier, p. 173), travail dans lequel sont étudiées les modifications que subissent les globules circulaires du sang de mammifère, injecté dans le système circulatoire des oiseaux et sur les altérations des globules ovales du sang d'oiseau injecté dans le système circulatoire des mammifères. Les globules du sang d'animaux circulent aisément partout dans les vaisseaux sanguins des mammifères. Mais ils disparaissent complètement en moins d'une heure. Il sont probablement dissous. Quant aux globules du sang de mammifère, ils ne disparaissent des vaisseaux d'oiseaux que plusieurs semaines après la transfusion. Le sang d'un oiseau transfusé peut d'ailleurs évidemment servir à entretenir la vie d'un mammifère. M. Brown-Séquard a autrefois communiqué un fait de ce genre à la Société de biologie (Compte rendu de la Société de biologie, 1869, p. 72). Il s'agissait d'un cas de transfusion de sang d'oiseau rappelant à la vie un chien mourant d'hémorrhagie. Ce fait est très digne d'attention. Le chien allait mourir après avoir perdu beaucoup de sang, lorsqu'une injection de sang d'oiseau l'a fait revenir. L'opération a été faite en présence d'une commission de l'Académie des sciences. L'animal n'est mort que par suite d'un accident, trois mois après la transfusion.

Dans une nouvelle série de recherches, M. Brown-Séquard a repris la question, et il est arrivé à penser que les globules du sang d'oiseau subissaient évidemment des modifications des plus importantes lorsqu'on les introduisait dans le système circulatoire d'un mammifère. Fait capital et qui est tout spécialement l'objet de la communication actuelle de M. Brown-Séquard, ces transformations s'opèrent même après la mort. Sur un membre, le membre inférieur par exemple, on injecte par l'artère une solution concentrée de sulfate de soude (jusqu'à 13 litres dans une expérience). On attend que le lavage soit aussi complet que possible, c'est-à-dire qu'il ne ressorte par la veine que la solution de sérum artificiel sans globules. Cela fait, on injecte par l'artère du sang d'oiseau. Il ressort par la veine d'abord des globules de sang d'oiseau, mais bientôt ces globules changent d'aspect, perdent leur forme ovoïde et présentent les caractères du globule circulaire des mammifères. M. Brown-Séquard en conclut que les globules du sang de l'oiseau ou bien se sont dissous, et alors il y aurait eu néoformation de globules de mammifère, ou bien que sans se détruire ils se sont transformés directement en globules de mammifère. La paroi vasculaire paraît jouer le rôle actif et capital dans les modifications que subissent les globules, modifications indéniables, à l'examen microscopique, quel que soit d'ailleurs leur mécanisme intime.

Micrographie. — M. MALASSEZ présente une chambre claire à angle variable, qu'il a imaginée dans le but de faciliter les dessins microscopiques.

Adénome sébacé. — M. BALZER communique l'observation et montre le moule d'une malade du service de M. Fournier, jeune femme âgée de vingt et un ans, qui présente un grand nombre de petites tumeurs à la face, au cou et sur le cuir chevelu. Ces tumeurs datent de onze ans; elles ont peu de tendance à grossir; elles sont presque confluentes. Au cuir chevelu, elles sont plus récentes et datent seulement de trois ans. Elles s'accompagnent d'une séborrhée assez abondante. Elles présentent tout à fait l'aspect d'un acné varioliforme. Leur énucléation est facile.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de tumeurs constituées par de nombreux lobules séparés par un stroma conjonctif. On retrouve exactement la disposition des glandes sébacées. Leur point de départ est donc dans les glandes sébacées et aussi dans les glandes sudoripares. Ces lobules sont constitués par des tubes d'épithélium. On constate la présence d'un certain nombre de kystes sébacés. M. Balzer croit devoir désigner cette affection sous le nom d'adénome sébacé. Il n'a rien trouvé de semblable dans la littérature médicale.

Persistance de l'excitabilité cérébrale après la décapitation. — M. LABORDE fait connaître les résultats de ses expériences sur le dernier supplicié. Pour perdre le moins de temps possible, une partie de ces expériences ont dû être faites dans la voiture même qui transporte le corps du cimetière au laboratoire de la Faculté.

Vingt-cinq minutes après l'exécution, les paupières étant baissées, M. Laborde les releva et constata que la pupille était en mydriase. Il en approcha une bougie, et il y eut aussitôt une contraction pupillaire des plus nettes. Voici donc un premier fait : vingt-sept à vingt-huit minutes après la décapitation, le muscle pupillaire conserve sa contractilité; le réflexe se produit.

Ayant fait ensuite au crâne trois ouvertures au niveau de la région de Rolando, ayant introduit des aiguilles par ces ouvertures et ayant fait passer un courant moyen, il fut constaté que la paupière du côté opposé se souleva très nettement à trois reprises différentes. Ayant enfoncé un peu plus profondément les aiguilles, M. Laborde détermina plusieurs contractions de la mâchoire inférieure assez énergiques pour qu'on eût pu être mordu; l'excitation de la partie bulbaire ne donna aucun résultat. Arrivé au laboratoire, on a fait des expériences sur la transfusion du sang défibriné. Avant l'injection de sang, l'exploration du facial a produit des phénomènes du côté de la paupière et du nez; après l'injection, ces phénomènes ont été plus accentués.

En résumé, après la mort totale, il y a possibilité de la persistance de l'excitabilité du cerveau. Cette excitabilité peut exister jusqu'à vingt-deux à vingt-trois minutes après la décapitation.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XLV

20 mai. — Je rejoins le quartier général à Valence.

26 mai. — *Excursion aux montagnes de Porta-Cœli.*

Les symptômes alarmants du côté de notre situation militaire dans la péninsule retentissaient douloureusement dans tous les cœurs de l'armée d'Aragon, mais mon amour de la science ne se découragea point. Depuis longtemps j'avais formé le projet de faire une excursion botanique dans les montagnes de Porta-Cœli, situées à six lieues ouest de Valence. Mon hôte, le professeur Lorente, consentit à m'accompagner jusqu'à la Chartreuse de ce nom ; je joins là deux guides de la localité pour escalader le *Monte Mayor.* Ma qualité de médecin me fit respecter par ces hommes, sur la moralité desquels je n'avais aucun renseignement; ils pensaient que j'allais à la recherche des plantes médicinales, et je me gardai de les détourner de cette idée. Je ne balançai point à leur témoigner mon entière confiance : j'armai l'un de ma carabine pour m'éclairer en cas de rencontre de quelque guérilla ; l'autre portait un panier (*caparo*), où je déposais mes plantes au fur et à mesure que je les cueillais. Au lever du soleil, nous arrivons au couvent de Porta-Cœli ; j'y déjeune, j'y laisse le professeur Lorente, et je continue *pedibus*, avec mes deux paysans, dans la direction du Monte Mayor, le point le plus élevé de la chaîne : nous passons par la *Pobleta*, la ferme du couvent. La prodigieuse variété des végétaux qui peuplent ces montagnes, le désir de visiter les différentes expositions m'entraînent loin des sentiers battus; j'escalade, je descends, je perds mes guides, je les retrouve, je dépose dans le panier mon abondante moisson ; ils me répètent que Monte Mayor est fort éloigné, que je n'aurai pas la

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 mai 1885.

force d'y arriver si je me fatigue dès le début de la course ; je repars aussitôt et je les excuse d'ignorer que le naturaliste acquiert de nouvelles forces par la découverte de quelque objet nouveau, par la constatation d'un fait curieux : ici c'est une touffe de brillantes fleurs qui me retient suspendu sur la croupe de la montagne ; sur ces fleurs, dont je choisis les beaux échantillons pour mon herbier et pour celui de mes amis de France, j'attrape des insectes variés que j'emprisonne dans des cornets de papier ; là, c'est une mousse, un lichen, qui m'attirent dans l'antre d'un rocher dont je dois aussi examiner et la forme et la structure ; ailleurs, j'observe une graminée difficile à arracher de la crevasse profonde qui la recèle ; plus loin, une grosse pierre qu'il s'agit de renverser pour dénicher une araignée, un coquillage d'espèce rare ou inconnue ; enfin, successivement attiré par les habitants de l'air et par ceux de la terre, je marchai pendant cinq heures pour franchir les deux petites lieues qui séparent Monte Mayor de la Chartreuse.

De ce point culminant, on découvre à gauche les montagnes de Murviedro et d'Almenara, en face Valence, et une vaste étendue de la mer ; à droite, les montagnes de San Felipe, et plus près, la ville de Ségorbe. Cette montagne est calcaire, formée de blocs énormes entassés sans ordre ; on y voit, en pleine floraison, un arbuste fort rare, le *ciste à feuilles de peuplier*.

La pluie survint et dura pendant deux heures. Nous descendîmes à la fontaine *del Piojo*, puis à celle *del Lentisco*, dont l'eau excellente est apportée et vendue à Valence ; nous traversons quelques montagnes du côté *del Ventisquero*, et, après huit heures de marche non interrompue, je rentrai au couvent de Porta-Cœli, affamé, mouillé jusqu'aux os ; mes guides étaient chargés, sans s'en douter, de richesses botaniques. Après avoir disposé celles-ci dans deux grandes corbeilles de manière à faire arriver ces plantes à Valence, dans les meilleures conditions pour les étudier et les conserver, j'allai me restaurer à la gamelle commune : c'était une chaudière à demi pleine de riz, de morue, d'escargots, d'huile, de piment et de safran. Quoique cet amalgame fût peu de mon goût, je fis, grâce aux heureuses dispositions de mon estomac, bonne contenance. J'allai, avant de quitter ces lieux, visiter rapidement le couvent ; je lis, au-dessus de la porte d'entrée, l'inscription latine : FELIX PORTA CŒLI. L'église offre à l'intérieur des marbres d'un poli parfait, provenant tous des montagnes environnantes : un marbre blanc d'Italie (Gênes) forme la bordure des autres marbres. Cette Chartreuse, qui a été visitée plusieurs fois, et par conséquent plusieurs fois pillée par les soldats français, est isolée au milieu des montagnes qui en ont pris le nom ; elle est environnée d'une petite huerta dont la culture forme un heureux contraste avec l'aridité des rochers qui la dominent. Un beau pont en pierre jeté sur le ravin précède le monastère ; il a coûté 11 000 douros : un aqueduc d'une construction hardie l'abreuve ; il y a un robinet d'eau dans chaque cellule. Les moines ont quitté le couvent. Les paysans chargés de le garder m'accueillirent et me traitèrent fort bien, quoiqu'ils reconnussent ma nationalité. Je n'oublierai jamais que le principal d'entre eux, persuadé sans doute, comme la plupart des Espagnols, que nous ne serions pas toujours maîtres dans leur pays, me prit à part pour m'offrir ses services en ces termes : « Señor, si succede algo, y a sabe ùm que aqui hai pinos, aqui hai montes, aqui estoy yo ». — « Monsieur, s'il vous arrive quelque chose, vous savez qu'il y a ici des pins, des montagnes, et moi j'y suis. » Ces paroles, très expressives par elles-mêmes, l'étaient encore davantage par les gestes, le jeu de la physionomie, l'assurance, et, je crois pouvoir l'affirmer, la franchise de ce montagnard. Je prends congé des habitants de la Porte du Ciel, et je repars avec ma petite caravane pour Valence, où nous rentrons vers neuf heures du soir.

NOTICE SUR VALENCE.

Valence, ancienne colonie romaine (*Valencia Evetanorum*), est l'une des principales villes d'Espagne, située sur le Guadalaviar, à une demi-lieue de la mer, dans une immense plaine richement cultivée, entourée d'une épaisse muraille crénelée, qui est percée de huit portes avec une citadelle dominant la place et la campagne. Les rues sont bien percées, généralement étroites et non pavées ; des paysans sont occupés du matin au soir à les balayer, à les gratter pour ramasser une poussière estimée à l'égal d'un engrais. Afin de remédier à l'action érosive de ce balayage constant qui finirait par déchausser les maisons, les balayeurs sont astreints à apporter, en échange de la fertile poussière, une quantité équivalente de gravier. Les maisons sont en général bien construites, peintes à l'extérieur, meublées avec plus de luxe que de goût. Les papiers peints et les tapisseries de nos maisons de France sont remplacés par des peintures à fresque remarquables, quelquefois par l'élégance du dessin et l'éclat du coloris ; nos parquets sont remplacés par des carreaux vernissés comme la faïence, grossièrement peints (*azalejos*), faciles à tenir propres par le lavage, et entretiennent la fraîcheur dans les appartements ; leur emploi est très usité pour le revêtement des fourneaux de cuisine, des latrines, des murs à hauteur d'appui, etc. Pendant l'hiver, on les recouvre de nattes ou *esteras* fabriquées dans le pays. Les édifices, abstraction faite des couvents qui sont très nombreux, sont peu multipliés : la nouvelle douane est l'un des plus remarquables ; les Français l'ont réunie par une ligne de fortifications à la citadelle, pour en faire le dépôt principal de la Trésorerie. L'archevêché, l'Université, furent très endommagés par les bombes du siège ; il y a une halle spéciale pour la vente de la soie. L'abattoir, situé hors des murs, est un établissement bien conçu ; il a été exécuté dans de bonnes conditions de salubrité et de commodité. Les places sont peu nombreuses : celle du marché occupe le centre de la ville. L'absence de fontaines publiques est une anomalie étrange dans une cité populeuse (150 000 âmes) dont une rivière baigne les murs, dont la campagne est sillonnée de canaux d'irrigation. Le sol des principaux quartiers est traversé par des conduits souterrains : on comprend encore moins que, sous l'empire de l'habitude ou d'une indolence incroyable, tous les habitants s'abreuvent avec de l'eau de citerne qui est fade, saumâtre, malsaine, tandis qu'ils reconnaissent la qualité supérieure de l'eau des canaux et de la rivière. Lorsqu'ils vont se promener hors ville, ils boivent celle-ci avec délectation en la qualifiant de l'épithète *rica*. Avant le dernier siège, les promenades de la ville étaient fort belles, toutes les avenues étaient plantées d'ormeaux et de peupliers ; mais lorsque les Valenciens mirent la place en état de défense, ils abattirent tous ces arbres, à l'exception de ceux qui forment une double allée de chaque côté de l'avenue qui conduit au Grao.

Le *Grao* est le port de Valence ; il a été fort maltraité par les projectiles français ; sa chaussée en demi-cercle est très fréquentée par les promeneurs, parce qu'on y trouve constamment de la fraîcheur : une grande partie du Grao, connue sous le nom de *Gabagnal*, est formée par des baraques de pêcheurs et par quelques maisons où Valenciens et Valenciennes viennent passer le temps de la canicule pour être plus à portée de la brise de mer et des bains ; c'est du reste un quartier peu salubre à cause du voisinage de marais miasmifères.

Le Guadalaviar est une petite rivière qui sort de la Sierra de la Albarracin ; pendant l'été, son cours est presque entièrement absorbé par les irrigations : son eau limpide roule sur un lit de galets et de sable entre la muraille nord-est de la ville et le faubourg Murviedro ; il est encaissé par des quais solidement construits : cinq ponts en pierre permettent la circulation d'une rive à l'autre.

Par décret, en date du 10 mai 1885, M. Morio, pharmacien-professeur de la marine, a été promu au grade de pharmacien en chef.

— Par décision ministérielle, en date du 9 mai 1885, ont été désignés : M. de Schuttelaere, médecin aide-major de première classe, pour le 23e d'infanterie ; — M. Lajoue, médecin aide-major de deuxième classe, pour le 2e chasseurs d'Afrique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17812.

N° 56. — JEUDI 14 ET SAMEDI 16 MAI 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 14 ET SAMEDI 16 MAI 1885. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après une interruption motivée par les travaux intérieurs de l'Académie, lectures de rapports officiels en retard, élections, etc., la question de l'érysipèle est revenue sur le tapis, et elle a fait un grand pas vers sa solution, grâce à l'intervention de M. Cornil, qui est venu exposer devant l'Académie les résultats des recherches et des études qui ont été faites jusqu'à présent sur l'élément étiologique parasitaire ou microbien de cette affection. Il en ressort ce fait important que le microbe spécial de l'érysipèle, le streptococcus, n'est pas en général nocible ou dangereux par lui-même, qu'il ne le devient que dans des conditions particulières d'aptitude ou de réceptivité morbide, ou lorsqu'il se trouve mêlé ou associé dans la circulation générale avec d'autres micro-organismes malfaisants, tels que ceux de la suppuration, de la septicémie, de l'affection puerpérale, etc.; ce qui expliquerait pourquoi à côté de ces érysipèles médicaux ou spontanés si souvent bénins, on voit de temps en temps survenir ces érysipèles graves, trop souvent mortels, des blessés et des femmes en couches, et rend compte en même temps, comme M. Trélat en a fait la remarque, de l'inégalité, apparente et restée jusque-là inexpliquée, des effets préventifs des pansements antiseptiques.

Plus on pénètre et on avance dans cette étude de l'étiologie microbienne des maladies, plus ressort l'importance de la considération du terrain et des conditions de réceptivité individuelle, d'abord à peine indiquée, reprenant aujourd'hui sa prépondérance légitime.

Parmi les nombreuses lectures qui ont rempli le reste de la séance, et dont on trouvera l'analyse dans le compte rendu, nous devons une mention spéciale à celle de M. Motet, candidat pour la section d'hygiène et de médecine légale. Dans un travail très intéressant, parfaitement écrit et très bien lu (ce qui n'est pas un petit mérite), M. Motet a exposé, avec des exemples frappants à l'appui, les difficultés extrêmes où peut se trouver placé le médecin expert, consulté sur la question de responsabilité, en présence de ces faits, devenus malheureusement si fréquents depuis quelques années, de crimes contre les personnes, commis sous l'influence de l'excitation alcoolique. Cette lecture a été accueillie par les bravos et les applaudissements de l'Académie.

Une nouvelle élection de correspondant national a eu lieu dans cette séance, qui a rendu une justice, un peu tardive peut-être, aux mérites bien connus de M. Rollet (de Lyon), en lui donnant l'imposante majorité de 54 suffrages sur 59 votants.

A mardi prochain, la séance publique annuelle, dans laquelle on entendra, après le rapport général et la proclamation des prix, l'éloge de Claude Bernard, par M. Béclard.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GUIBOUT.

Tentative de suicide; empoisonnement avec 90 grammes de teinture de digitale; guérison en huit jours.

(Observation recueillie par M. JEANTON, interne de service.)

Le 10 avril 1885, à dix heures du matin, le nommé Jacques G..., commissionnaire, âgé de cinquante-sept ans, poussé par la misère, absorbe, dans l'intention de se suicider, en une seule fois, 90 grammes de teinture de digitale, qu'un pharmacien l'avait chargé de porter à un client.

Une demi-heure après, il est pris de céphalalgie, d'éblouissements; il éprouve une sensation d'engourdissement et de fatigue dans tous ses membres, ainsi qu'une envie irrésistible de dormir à laquelle il cède. Réveillé bientôt par le froid extérieur, il se lève; il est alors pris de nausées suivies presque immédiatement du rejet de trois gorgées environ de liquide incolore; puis survient une syncope, pendant laquelle il est transporté chez un pharmacien.

Revenu à lui, il ressent une céphalalgie très vive; son cœur bat avec violence et rapidité; ces battements, fort pénibles pour le malade, s'accompagnent d'une sensation d'étouffement très marquée. Nausées presque continuelles; à trois reprises différentes, vomissements assez abondants de matières liquides, glaireuses, verdâtres.

Transporté à l'hôpital Saint-Louis, il y arrive vers les trois heures de l'après-midi. On le couche salle Bichat, n° 68, et l'interne de garde lui prescrit :

Ipéca, 1gr,50 avec tartre stibié, 0gr,10. Café.

Sinapismes, boule d'eau chaude.

Examen à quatre heures, à la contre-visite, par l'interne de service.

Le sujet répond nettement aux questions qu'on lui pose; l'intelligence est entièrement conservée; aussi les divers détails relatifs à cet empoisonnement sont-ils très facilement donnés.

Visage pâle, très abattu. Céphalalgie très vive dont se plaint à chaque instant le malade. Vertiges, sifflements d'oreille ; éblouissements rendant la vue difficile ; pupilles moyennement dilatées, peu mobiles ; paupières presque constamment abaissées. Langue humide, étalée, recouverte d'un enduit blanc jaunâtre ; soif ardente. Nausées, vomissements consécutifs à l'ingestion de l'ipéca stibié et surtout du café. Douleur assez nettement localisée au creux épigastrique, sourde, continue, exaspérée par la pression. Rien du côté du ventre, pas de garde-robes.

Le malade semble oppressé ; il a de la peine à faire de profondes inspirations.

Respiration un peu inégale, suspirieuse. Rien dans la poitrine. (26 inspirations.)

Affaiblissement de la voix, qui est pourtant fort compréhensible.

Les battements du cœur sont toujours violents et pénibles. A l'auscultation les bruits du cœur sont nets, mais affaiblis ; pas de bruit de souffle.

Le pouls est égal, régulier, assez fort ; 84 pulsations.

Le malade n'a pas uriné.

Affaiblissement de la force musculaire, surtout à gauche. Peu de trouble de la sensibilité ; toutefois il existe une hyperesthésie assez marquée au niveau du membre inférieur gauche ; on ne peut le toucher sans que le malade ne pousse des gémissements.

A la suite de cet examen, le sujet a une syncope de courte durée ; puis des nausées et des vomissements noirs verdâtres assez épais, mais en petite quantité.

Pendant le reste de la journée et toute la nuit, nausées continuelles et vomissements verdâtres, surtout lorsque le malade essaye de prendre quelque boisson.

Le 11, à la visite, peu de changements.

Facies profondément abattu ; d'une pâleur livide. Céphalalgie intense ; pupilles moyennement dilatées insensibles à l'action de la lumière ; vision des objets en jaune, quoiqu'il n'y ait pas de coloration ictérique de la conjonctive. Plus de vertiges ni de sifflements d'oreille.

Les nausées et les vomissements continuent ; la douleur d'estomac a disparu ; elle occupe actuellement les parties latérales de l'abdomen. Deux garde-robes noirâtres assez fétides.

Mêmes troubles de la respiration (26 inspirations).

Bruits du cœur ralentis, irréguliers, assez violents ; le premier bruit est prolongé, il se confond presque avec le deuxième. Pas de souffle.

Pouls inégal, irrégulier : 68.

Un demi-litre d'urine légèrement trouble : traitée par l'acide azotique, léger nuage floconneux disparaissant par la chaleur.

Sueurs froides, profuses surtout à la face.

On institue le traitement suivant :

1° Potion.	Eau de menthe.	120 grammes.
	Sirop d'éther.	*aa* 50 grammes.
	Cognac.	

(A prendre par cuillerées d'heure en heure.)

2° Vésicatoire au creux de l'estomac.

3° Sinapismes au mollet ; frictions généralisées avec l'alcool camphré.

4° Glace. Vin de Bordeaux. Eau de Spa.

Rien à noter pendant le reste de la journée. Le soir, le sujet est pris d'un hoquet qui toute la nuit se répète à intervalles très rapprochés. Pas de sommeil.

Le 12, on trouve, à la visite, le sujet plongé dans un état de somnolence assez profond ; c'est à peine si l'on arrive à l'en faire sortir lorsqu'on l'interroge ; les réponses sont assez difficiles à obtenir.

Quelques modifications dans l'état de la veille, surtout du côté de la vision et de la respiration. Le malade distingue difficilement les objets qu'il voit au travers d'un brouillard ; ils sont, à ce qu'il dit, d'ailleurs comme la veille, tous plus ou moins colorés en jaune. Même état des pupilles.

La respiration semble plus facile ; elle est plus fréquente (28 inspirations), mais un hoquet continuel fatigue énormément le malade.

Les nausées sont toujours fréquentes, ainsi que les vomissements qui surviennent lors de l'ingestion des liquides, qui se fait à tout instant, le sujet étant constamment tourmenté par une soif insatiable. Une seule garde-robe.

Environ un litre d'urine analogue à celle de la veille.

Les battements du cœur sont nettement frappés, mais toujours irréguliers ; les deux bruits sont prolongés. — Pouls inégal : 76.

Traitement. — 1° La potion de la veille est remplacée par la potion strychninée.

2° Potion : extrait d'opium, 0gr,05.

3° Glace. Vin de Bordeaux. Eau de Spa.

Dans la journée, l'état du malade reste le même ; les nausées et les vomissements diminuent de fréquence : ils sont moins verdâtres, composés principalement d'un liquide grisâtre. Quelques cuillerées de bouillon et un peu de vin de Bordeaux sont supportés. (Ce sont les premiers aliments depuis le 9.)

La nuit est assez bonne ; toutefois délire léger à partir de minuit.

Le 13 au matin, le malade paraît un peu mieux.

Visage plus animé. Pupilles punctiformes ; vue plus nette. Céphalalgie moins vive ; quelques moments d'absence.

Langue toujours recouverte d'un enduit jaunâtre. Soif très vive. Moins de nausées ; vomissements plus rares. Une seule garde-robe normale.

Le hoquet a à peu près disparu ; mais la respiration reste toujours assez gênée (30 inspirations). Battements de cœur et pouls comme la veille : 80.

Un litre et demi d'urine, et rien à noter.

Le traitement de la veille est continué ; de plus on ordonne :

Vésicatoire à la nuque ;

Lavement au miel de mercuriale, 45 grammes.

Les nausées et les vomissements cessent complètement dans la journée ; aussi est-il possible au sujet de conserver environ 2 litres de bouillon.

Délire augmentant vers le soir et nécessitant pendant la nuit l'emploi de la camisole de force ; sommeil assez tranquille sur le matin.

Le 14, il est facile de constater une assez grande amélioration dans l'état du sujet.

La face est reposée et calme. Les pupilles normales se meuvent encore avec une certaine lenteur ; la vision est parfaitement nette. La tête est lourde et vide. (Le malade ne trouve plus ses mots, ne se rappelle plus ce qu'il a fait.)

Même état des voies digestives ; soif toujours vive ; sensation de faim assez marquée. Trois garde-robes normales.

2 litres d'urines claires et limpides.

Respiration toujours un peu anxieuse, mais plus libre que les jours précédents (24 inspirations). Plus de hoquet.

Battements du cœur précipités, bien frappés.

Pouls encore inégal, rapide : 84.

Même traitement que la veille.

Aliments : une portion.

Vers le milieu de la journée, le sujet est pris de délire violent qui de nouveau nécessite l'emploi de la camisole de force. Ce délire continu, pendant lequel le malade parle sans cesse de sa profession et de ses occupations, cesse lorsqu'on lui pose des questions : il y répond assez nettement.

A partir de minuit, le délire a complètement cessé ; il fait place à un sommeil assez calme.

Le 15, à la visite, le malade divague encore et répond d'une façon distraite aux questions diverses qu'on lui pose. Lourdeurs de tête ; quelques vertiges.

Respiration normale (20 inspirations).

Battements un peu faibles, encore fréquents, mais réguliers. Pouls égal, assez fort : 74.

3 litres d'urine.

Même traitement, plus une potion de chloral, 2 grammes. (A prendre en deux fois.)

La journée et la nuit se passent sans délire. La portion d'aliments a été bien supportée.

Le 16, l'amélioration de la veille s'est accentuée.

Le sujet accuse un mieux sensible; encore un peu de lourdeur de tête, mais plus de délire. Vision très nette; disparition complète des divers troubles visuels.

Langue humide encore chargée d'un léger enduit jaunâtre. La soif s'est un peu apaisée; en revanche, la faim est assez vive.

Battements cardiaques réguliers, mais inégaux en force; les bruits du cœur sont plus nets, mais on constate toujours le prolongement du second bruit.

Pulsations régulières, mais inégales; après quelques pulsations bien frappées (de 8 à 10), il en est une ou deux à peine sensibles au doigt : 68.

3 litres d'urine.

Même traitement.

Le 17, le malade va très bien; on lui permet de se lever.

Pouls comme la veille : 62.

Le 18, tout phénomène morbide a disparu. Le malade se sent complètement remis.

Pouls régulier, mais lent : 60.

La faiblesse musculaire et l'hyperesthésie constatée du côté gauche n'existent plus.

A partir de ce jour, la guérison est complète; rien n'est venu la troubler, comme nous en avons pu nous en assurer à diverses reprises, le nommé Jacques G... étant encore dans le service.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mai 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Siegfried, maire du Havre, qui invite l'Académie à la cérémonie de l'inauguration du nouvel hôpital de cette ville, qui aura lieu le 31 mai prochain;

2° Une lettre de remerciements de M. le docteur Mignot (de Chantelle) pour son élection au titre de correspondant de l'Académie;

3° Une lettre de candidature de M. le docteur Riant pour la section d'hygiène et de médecine légale;

4° Une lettre de MM. Dubois et Doléris demandant l'ouverture d'un pli cacheté déposé par eux à l'Académie. Ce pli cacheté est relatif à l'emploi du chlorhydrate de cocaïne en solution comme topique anesthésique en gynécologie. Il résulte de leurs recherches que l'action anesthésique de cet agent ne saurait être révoquée en doute.

M. le Président déclare une vacance ouverte dans la section de physique et de chimie médicale.

ÉLECTION

L'ordre du jour appelle l'élection d'un correspondant national dans la première division.

L'ordre de présentation des candidats est le suivant : en première ligne, M. Rollet (de Lyon); en deuxième ligne, M. Feltz (de Nancy); en troisième ligne, M. Manouvriez (de Valenciennes).

Le nombre des votants étant de 59,

M. Rollet obtient.	54 suffrages.
M. Feltz.	3 —
M. Manouvriez	2 —

En conséquence, M. Rollet est proclamé élu correspondant national.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉRYSIPÈLE

M. Cornil, à l'occasion de la discussion sur l'érysipèle, fait la communication suivante dans laquelle il expose l'état actuel de nos connaissances sur cette affection au point de vue de l'étiologie.

Que l'érysipèle soit des plus simples ou des plus graves, qu'il soit spontané ou chirurgical, on trouve toujours les mêmes microbes disposés de la même façon. La gravité de la maladie tient à leur abondance ou à des conditions spéciales sur lesquelles il va insister.

La constitution de la lésion étant bien démontrée, ainsi que sa relation avec des micro-organismes, toujours les mêmes, on a cultivé ces microbes. M. Cornil a répété les examens et les cultures de ces microbes de l'érysipèle, et il a montré plusieurs fois, dans ses cours, tout ce qui se rapporte à cette question. Voici en quels termes il résume les résultats de cette étude :

Les érysipèles spontanés médicaux dans lesquels la porte d'entrée des micro-organismes est souvent une excoriation des orifices muqueux de la face, sont le plus ordinairement bénins, même lorsque les microbes ont passé dans la circulation générale. Le parasite de l'érysipèle est donc, en général, peu dangereux.

Pourquoi donc, dans certains cas, dans les services de chirurgie, chez les opérés, chez les femmes en couches, l'érysipèle revêt-il une gravité plus grande et se termine-t-il si souvent par la mort?

C'est qu'il ne s'agit plus d'un terrain normal, mais de personnes placées dans des conditions de réceptivité toute spéciale. De plus, le streptococcus de l'érysipèle n'est généralement pas alors le seul agent de la maladie. Les micro-organismes de l'érysipèle peuvent être, en effet, mêlés, au moment où se fait la contagion, avec ceux des suppurations et de la fièvre puerpérale.

Il est bien démontré que l'érysipèle est toujours en relation avec la présence du streptococcus.

Reste à savoir si la variété de streptococcus qui produit l'érysipèle ne se rencontre pas aussi dans le phlegmon.

En résumé, s'il existe encore un doute relatif à l'identité ou à la non-identité du streptococcus provenant de l'érysipèle et de celui qui existe dans certains phlegmons, il n'en est pas moins démontré que l'érysipèle est toujours causé par un streptococcus dont le siège dans le tissu conjonctif, dans les plasmas lymphatique et sanguin, sont parfaitement connus.

M. Cornil croit aussi qu'on peut expliquer les variations du degré de gravité des érysipèles par l'addition de bactéries variées. Dans cette catégorie se rangeraient les éruptions qui succèdent à certains traumatismes et les observations d'érysipèle puerpéral dont M. Hervieux a entretenu l'Académie.

M. Trélat s'applaudit à double titre d'avoir provoqué les explications claires et lumineuses que vient d'exposer M. Cornil et qui justifient celles qu'il avait tenté lui-même de donner. Il en ressort, en effet, qu'il y a dans l'érysipèle, comme il l'avait soupçonné, plusieurs organismes différents. C'est ainsi que l'on comprend comment le même pansement antiseptique, qui prévient le plus souvent le développement de l'érysipèle, ne le prévient pas toujours, et reste insuffisant dans certaines circonstances.

LECTURES

Modifications de la voix au moyen des inhalations. — **M. Sandras** donne lecture d'un travail intitulé : *Essai sur les modifications de la voix humaine obtenues au moyen des inhalations.* L'auteur est arrivé, par des expériences d'inhalations, à changer et modifier en quelques minutes, et même en quelques secondes, le timbre, l'intensité, l'acuité et la vibration de la voix humaine, soit en bien, soit en mal, et cela pour une durée de temps plus ou moins longue.

Ces expériences jettent, suivant lui, un jour tout nouveau, non seulement sur l'anatomie et la physiologie du larynx et des cordes vocales, mais encore sur la pathologie et la thérapeutique des maladies de poitrine.

(Le travail de M. Sandras est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Dujardin-Beaumetz, Féréol et Gariel.)

Alcoolisme. — **M. Motet**, candidat pour la section d'hygiène et de médecine légale, donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Alcoolisme; accès de fureur homicide; perte complète du souvenir. Question médico-légale.*

Le nombre des crimes contre les personnes commis sous l'influence de l'excitation alcoolique, dit M. Motet, augmente depuis quelques années dans des proportions effrayantes. L'ivresse est devenue brutale, agressive; il n'est pas douteux que l'intoxication par l'alcool revêt aujourd'hui des caractères qu'elle n'avait que rarement autrefois.

Les recherches de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé sur les divers alcools et leurs effets physiologiques sur l'organisme ont donné les raisons des caractères de gravité que l'intoxication alcoolique a acquis depuis quelque temps. Ce que leurs expériences ont mis en lumière, la clinique le confirme de la manière la plus évidente; et chaque jour semble apporter une preuve à l'appui de cette opinion scientifiquement établie : que les alcools d'industrie qui entrent pour une si large part dans la consommation sont beaucoup plus toxiques que l'alcool de vin.

En présence des actes impulsifs d'une sauvage brutalité à laquelle ils donnent lieu, les magistrats s'arrêtent indécis : dans ces meurtriers, qui tuent sans mobiles déterminés, dont la violence a été soudainement éveillée au hasard d'une discussion, d'une rencontre, ils ne reconnaissent pas le meurtrier qu'ils ont continué d'interroger. C'est au médecin qu'ils demandent de les éclairer; et nous nous trouvons alors aux prises avec les plus redoutables problèmes. Toute l'étude doit porter, dans ces cas, sur les conditions spéciales dans lesquelles pouvait être le meurtrier au moment où il a commis le crime pour lequel il est poursuivi.

L'objet du travail de M. Motet est d'entretenir l'Académie de ces situations parfois si complexes, où le médecin expert n'a pour le guider que le sentiment de la grandeur de sa mission sociale.

Il existe, dit M. Motet, une classe d'aliénés chez lesquels le trouble mental rémittent ou continu présente, par accès, des exacerbations violentes. Un élément surajouté, l'état convulsif, met tout à coup en jeu des forces aveugles et l'impulsion éclate, brutale, irrésistible. Les épileptiques, soit au début, soit à la fin de la crise de mal comitial, qu'il se traduise par la grande attaque ou le simple vertige, représentent le type de ces entraînements soudains, et il est d'expérience que le souvenir des actes accomplis pendant cette période impulsive n'est pas conservé.

Les épileptiques ne sont pas les seuls qui procèdent ainsi par accès.

Les folies consécutives à des intoxications peuvent présenter des troubles analogues, et l'intoxication alcoolique est celle qui en prépare le plus souvent l'explosion. Les impulsions homicides y sont d'autant plus facilement éveillées que des hallucinations terrifiantes viennent apporter aux malades la conviction qu'ils ont à se défendre contre un ennemi menaçant. Ils s'arment, et la succession des impressions est tellement rapide qu'entre l'apparition hallucinatoire et l'acte de violence il n'y a pas le plus souvent d'intervalle appréciable..... « L'acte, dit Foville, a alors tous les caractères d'un acte purement réflexe qui se produit fatalement sans connivence aucune de la volonté. C'est une vraie convulsion qui ne diffère de la convulsion ordinaire que parce qu'elle consiste en mouvements associés et combinés en vue d'un résultat déterminé. »

Cette description, qui s'applique surtout aux folies instinctives, est vraie encore pour les folies par intoxication. Quant à la perte du souvenir des faits accomplis pendant un paroxysme de délire impulsif, elle trouve son explication dans l'état particulier où les habitudes alcooliques invétérées ont placé le système nerveux.

M. Motet rapporte à l'appui deux faits récents de deux scènes de meurtre commis sous l'influence de l'excitation alcoolique et dont les auteurs, dans des conditions mentales toutes différentes, n'ont pas gardé le souvenir.

Dans le premier de ces deux cas, l'irresponsabilité invoquée par la défense sur le rapport d'expert ayant été admise, l'acquittement s'en est suivi. Dans le deuxième, dans lequel l'interprétation était beaucoup plus difficile, le jury n'ayant point admis l'irresponsabilité, la cour a dû appliquer la peine; mais comprenant mieux les termes du rapport, elle ne l'a appliquée qu'au minimum.

(Le travail de M. Motet est renvoyé à la section.)

Goutte des glandes. — M. **DEBOUT D'ESTRÉES**, inspecteur des eaux de Contrexéville, présente un travail sur la goutte des glandes.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Les travaux les plus récents sur la goutte s'étendent longuement sur la goutte viscérale ou goutte dans les organes; mais ils sont muets sur la goutte des glandes.

Il existe néanmoins de véritables accès de goutte siégeant dans le testicule et dans la parotide et alternant avec les accès franchement articulaires.

Dans les faits de goutte parotidienne, cette alternance est nettement accusée.

L'existence de l'orchite goutteuse ne saurait être mise en doute après la discussion récente de la Société médicale des hôpitaux.

Il y a donc lieu d'ajouter un nouveau chapitre à l'histoire de la goutte et de conclure à l'existence de la goutte dans les glandes.

Influence des eaux de Saint-Honoré sur la capacité vitale. — M. **MAURICE BINET**, médecin consultant aux eaux de Saint-Honoré, lit un travail sur l'influence des eaux de Saint-Honoré sur la capacité vitale et la sécrétion urinaire.

Capacité vitale : L'augmentation de la capacité vitale dans les maladies des voies respiratoires traitées à Saint-Honoré est constante, excepté dans la phthisie où elle est fréquente. Elle est en moyenne de 364 centimètres cubes. Elle est en raison inverse de la gravité du mal dans une affection déterminée. Elle se maintient d'ordinaire en partie d'une année à l'autre, quelquefois même elle s'accentue. Plus la capacité pulmonaire est élevée au début, moins elle est susceptible de s'amplifier, de même quand elle est très basse; au contraire, si elle est moyenne, elle peut prendre un développement considérable. La spirométrie sert au diagnostic, au pronostic et à la direction du traitement.

Sécrétion urinaire : Les eaux de Saint-Honoré arrêtent la desquamation (disparition des leucocytes et des cellules épithéliales). Elles ont une action d'épargne très nette : en moyenne, la densité baisse de 1,024 à 1,019, le résidu fixe tombe de 11 grammes; l'urée, de 6gr,16; le chlorure de sodium, de 1gr,45; les autres substances minérales et organiques, de 3gr,50. La glucose subit la même influence. Cette action est due probablement à l'arsenic contenu dans les eaux. Elle pourra être utilisée dans les maladies chroniques, où il faut relever les forces, régler les phénomènes d'échange, dans le diabète surtout, s'il est accompagné d'accidents des voies respiratoires, dans la phthisie, où elle est très active et où elle s'oppose aussi aux phénomènes d'excitation dus aux sulfureux.

RAPPORTS

Eaux minérales. — M. **PROUST** lit pour M. Bouchardat fils, absent, et au nom de la commission des eaux minérales, une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mai 1885. — Présidence de M. Vidal.

COMMUNICATIONS

Calcul rénal. Néphrectomie. — M. **CHAUFFARD** communique l'observation du malade auquel M. Polaillon a pratiqué la néphrectomie. (Nous publierons prochainement cette observation.)

M. Chauffard conclut en disant que, dans les cas de ce genre, il est indiqué : 1° de faire une ponction aspiratrice qui permette de se rendre compte du contenu urineux et peut-être en même temps de faire le diagnostic du calcul à l'aide de la canule du trocart; 2° de rechercher la perméabilité du rein; 3° de rechercher la perméabilité de l'uretère par une injection de fuchsine dans la poche de l'abcès.

Dans le cas dont il s'agit ici, M. Polaillon a d'abord pratiqué une simple néphrotomie. Ayant reconnu que celle-ci était insuffisante, il a pratiqué la néphrectomie.

L'examen histologique du rein enlevé a montré que les parties malades étaient les deux extrémités de l'organe, qu'il n'y avait pas de micro-organismes, qu'il y avait une simple lésion mécanique avec une réaction inflammatoire très intense.

Fièvre rémittente gastrique. — **M. KELSCH** fait une communication ayant pour but de prouver l'existence de la fièvre rémittente gastrique et l'identité de cette fièvre avec la fièvre typhoïde. Cette communication est appuyée sur un grand nombre de faits qu'il a eu l'occasion d'observer, surtout pendant les années 1870, 1871 et 1872, alors que la fièvre typhoïde régnait en permanence.

Bruit de moulin. — **M. MOIZARD** fait une communication sur la valeur séméiologique du bruit de moulin.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

M. le docteur Berrut nous prie de publier la lettre suivante qu'il adresse à M. le directeur de l'Assistance publique, à Paris. Nous appelons l'attention de nos confrères sur la grave question soulevée par cette lettre.

A Monsieur le directeur de l'Assistance publique.

Monsieur le Directeur,

Je vous adresse cette lettre et, dans le but de lui éviter le sort que vous avez réservé à ma démarche, dont le résultat est pourtant attendu avec anxiété, j'en donne communication à un journal de médecine, en le priant de livrer ainsi la question à résoudre à la discussion du public médical le plus habituellement exposé au rôle onéreux de confident nécessaire des misères d'autrui.

Pour qu'il n'y ait pas confusion dans votre souvenir, relativement à la demande que je suis allé vous adresser en faveur d'une pauvre mère dont l'enfant est confié à votre administration, je crois devoir vous rappeler que, le 25 avril, je me suis présenté au bureau des Enfants-Assistés, pour savoir si un enfant désigné par son numéro était vivant ou non. L'employé, invoquant le règlement, a refusé de me répondre, et je comprends très bien son refus. On ne peut donner un renseignement de cette nature à tout venant. Je me suis adressé alors au chef de service, qui, plus élevé dans la hiérarchie, avait quelque qualité pour s'inspirer, suivant les cas, de l'esprit plutôt que de la lettre du règlement; mais il a refusé aussi de me répondre, disant qu'il ne pouvait donner ce renseignement qu'à la mère ou à une personne ayant une lettre de la mère.

En principe, il me paraît que le chef de service doit être dans l'erreur, car la loi elle-même, pour empêcher la multiplication des accouchements clandestins, des avortements et des infanticides, a permis à la femme placée dans une situation irrégulière de garder le secret de sa maternité, de rester voilée. Et comment le pourrait-elle si on exigeait son intervention en personne ou par lettre?

En fait, il y a trois ans, le même chef de service, pour le même enfant, indiqué par son numéro, a donné le renseignement à une personne qui, comme moi, se présentait à titre d'intermédiaire.

Comme je ne suis juge ni des raisons qui ont dicté deux réponses opposées dans un cas semblable, ni de la responsabilité que peut prendre un chef de service, je me suis adressé alors à la Direction, dont l'utilité serait contestable si elle pouvait être remplacée par le système commode de règlements inflexibles, applicables à tous les cas, sans discernement.

Dans votre salon d'attente, Monsieur le Directeur, j'ai subi plusieurs allées et venues de l'huissier avec réponses dilatoires, d'où il résultait que vous n'aviez pas le temps de me recevoir.

Sur mon insistance, vous m'avez reçu, mais vous n'avez pas eu le temps de m'écouter.

Après m'avoir entendu, vous n'avez pas eu le temps de me répondre.

Après m'avoir promis de m'écrire, vous n'avez pas eu le temps encore aujourd'hui, après trois semaines, de tenir votre promesse.

S'il s'agit là d'un oubli involontaire, il est facile à réparer, et je n'ai rien à dire.

Si l'oubli était au contraire réglementaire, persistant et voulu, il faudrait nécessairement examiner la question de plus près.

Abstraction faite de votre personne et de la mienne, qui ne sont pas en cause et qui ne doivent apporter aucune entrave à la liberté de la discussion, le directeur de l'Assistance publique, d'une part, et le chirurgien confident, de l'autre, doivent rechercher la solution pratique la plus propre à donner satisfaction aux intérêts en présence.

A côté des raisons administratives d'ordre général, dont je ne méconnais pas la valeur, il y a aussi des considérations humaines auxquelles un administrateur éclairé comme vous ne se croira pas absolument obligé de fermer son oreille.

Parce qu'une femme est devenue mère en dehors des conditions légales, parce qu'elle a été obligée de confier son enfant à l'Assistance publique, il n'en résulte pas qu'elle est dénaturée, qu'on doit lui refuser de savoir si son enfant vit, qu'on doit la priver de l'espérance de reconquérir un jour son droit à la maternité et d'en remplir les devoirs.

En prétendant qu'elle ne peut dire qu'à la mère si tel numéro vit ou non, l'Assistance publique, en retour des soins donnés à l'enfant, ne peut vouloir se réserver le privilège de découvrir et de déshonorer la mère par l'obligation des correspondances échangées avec l'administration, des allées et des venues personnelles dans les bureaux de l'Assistance, relations aussi douloureuses que compromettantes pour une femme placée dans la situation que nous examinons.

Il est donc nécessaire de permettre à cette femme d'être renseignée sur la vie de son enfant par un intermédiaire; et ici, je reconnais que la plus grande latitude d'appréciation doit être laissée au directeur de l'Assistance publique, qui peut accepter ou non la personne intervenante; aussi n'est ce point la question de personne qui fait l'objet de ma réclamation auprès de vous. Je revendique seulement pour la mère le droit d'avoir des nouvelles de son enfant par un intermédiaire, sans se découvrir ni en personne ni par lettre.

Au moins aussi autorisée que l'administration, la loi, dans les cas d'accouchement hors mariage, quand la mère veut garder le secret de sa maternité, la loi, dis-je, reconnaît au chirurgien, en qualité de confident nécessaire, le droit, je dirai plus, elle lui impose l'obligation de faire la déclaration de naissance sans dire ni le nom ni la demeure de la mère, et le respect du secret est prescrit au chirurgien confident, sous la sanction de la loi pénale.

Cette indication de la loi m'a paru suffisante pour couvrir la responsabilité du directeur de l'Assistance publique, et m'a fait accepter la mission peu enviable de faire auprès de vous une démarche que jusqu'à ce jour vous avez rendue infructueuse.

Cette mission, je l'ai acceptée comme un devoir de ma profession qui s'honore de ne pas rester indifférente à l'intérêt des humbles atteints par l'infortune, et, dans la limite de mon pouvoir, je m'appliquerai à faire admettre en pratique que la femme devenue mère, en dehors des conditions légales, obligée de confier son enfant à l'Assistance publique, a le droit d'apprendre par un intermédiaire, et sans se découvrir elle-même, si son enfant vit ou non.

Cette solution me paraît juste. Elle est humaine; elle ne saurait manquer de prévaloir.

J'espère même, et je le dis avec la plus grande sincérité, qu'une

fois votre attention appelée sur les considérations qui précèdent, vous apporterez dans l'application du règlement administratif les tempéraments réclamés par les sentiments d'humanité. Pour moi, j'estimerai que j'ai bien employé mon temps si j'ai pu contribuer à provoquer vos réflexions dans cette question d'assistance.

Docteur Berrut.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Au moment où nous venions de déclarer close la souscription pour la statue du professeur Bouillaud, MM. les docteurs A. et B. Coizeau nous ont adressé la somme de 20 francs.

— Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux médecins qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales pendant l'année 1882 :

Médaille d'or. — M. le docteur Bailly, médecin-inspecteur des eaux de Bains.

Médailles d'argent. — M. Barille, pharmacien-major à l'hôpital de Rennes. — M. le docteur Gastinel-Bey.— M. le docteur Renard, médecin-inspecteur des eaux de Bourbonne.

Rappel de médaille d'argent. — M. le docteur Laissus, médecin-inspecteur des eaux de Salins (Savoie).

Médailles de bronze. — M. le docteur Ch. Bovet, médecin consultant à Pougues. — M. le docteur Dumoulin, médecin-inspecteur des eaux de Salins (Jura). — M. le docteur Magnin, médecin-inspecteur adjoint des eaux de Bourbonne. — M. A. Marty, pharmacien-major à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains. — M. le docteur Valéry-Meunier, médecin-inspecteur des Eaux-Bonnes.

— La première épreuve (épreuve clinique) du concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminée mardi. Les 25 candidats dont les noms suivent ont été admis à subir la seconde épreuve (épreuve orale). Ce sont : MM. les docteurs Barié, Bourcy, Brocq, Chantemesse, Comby, Dreyfous, Duplaix, Galliard, Gauchas, Gaucher, Havage, Hirtz (Hippolyte), Jean, Josias, Juhel-Rémoy, Ledoux-Lebard, Leduc, Leroux (Henri), Lorey, Marie, Martin, Mathieu, Renault, Robin, Siredey.

— L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de licence ès sciences aura lieu, aux sièges des diverses Facultés des sciences de France, le mercredi 1er juillet prochain.

— Le lundi 15 juin 1885, à une heure précise, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à une place d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Le registre d'inscription restera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 18 mai 1885 jusqu'au mercredi 3 juin inclusivement.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Gouault, bachelier ès lettres, bachelier ès sciences restreint, pourvu du certificat d'aptitude institué par l'arrêté du 23 août 1879, bibliothécaire de la bibliothèque universitaire de Caen, est nommé sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Petit, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Puech, docteur en médecine, est délégué dans les fonctions de chef de clinique ophthalmologique (emploi nouveau).

— L'inauguration de la statue de Pinel élevée sur la place de la Salpêtrière, devant la porte même de l'hospice de la vieillesse (femmes), aura lieu le lundi 12 juillet prochain sous la présidence de M. le docteur Dagonet.

— L'ouverture de la conférence sanitaire internationale, à Rome, est reportée au mercredi 20 mai.

MM. Brouardel, Proust et Rochard représenteront la France.

— M. le docteur Bertillon, chef des travaux de la statistique municipale de Paris, est délégué au Congrès de statistique qui doit s'ouvrir prochainement à Londres.

— Le consul français d'Alexandrie (Égypte) vient de prévenir le comité sanitaire de cette ville que le choléra sévissait aux Indes, entre Madras et Calcutta, et a demandé l'imposition d'une quarantaine aux vaisseaux venant de l'Inde et traversant le canal de Suez.

— M. le docteur P. Diday fera, le samedi 16 mai 1885, à dix heures du matin, à la Charité, dans l'amphithéâtre de M. le professeur Hardy, une leçon sur les origines de l'herpès progénital.

— M. le docteur E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis (salle Bichat), le jeudi 21 mai 1885, à huit heures et demie du matin, et les continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure. Les leçons habituelles des lundis (salle Henri IV) resteront consacrées aux maladies des femmes.

— M. le professeur Ch. Rouget commencera le cours de physiologie générale du Muséum d'histoire naturelle, le samedi 16 mai 1885, à quatre heures et demie, et le continuera les mardis et les samedis suivants à la même heure. Le cours aura pour objet cette année : 1° les nerfs vaso-moteurs ; 2° les mouvements érectiles, et spécialement ceux des organes de la génération chez les animaux et les végétaux.

Les leçons théoriques auront lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et les leçons pratiques auront lieu au laboratoire, le mardi, de trois heures à quatre heures.

— M. le professeur Daubrée commencera son cours de géologie, samedi prochain 16 mai 1885, à quatre heures un quart, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie et le continuera les mardis et les samedis suivants à la même heure.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation, le dimanche 17 mai 1885, dans les bois de Meudon. Le rendez-vous est à midi, à la gare Montparnasse, d'où l'on partira pour Clamart.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum, fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 17 mai, à Montmorency. Rendez-vous à la station de Montmorency, à l'arrivée du train partant de Paris, gare du Nord, à huit heures cinquante-cinq minutes.

— M. Chatin, professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique, le dimanche 17 mai, dans les environs de Bondy-Gagny.

Le départ s'effectuera de la gare de l'Est à onze heures vingt minutes pour la station de Bondy.

— M. Gabriel de Mortillet, professeur à l'École d'anthropologie de Paris, fera, dimanche prochain 17 mai 1885, une excursion à la Pierre-Turquière (dolmen dans la forêt de Carnelle). Le départ est fixé à huit heures vingt-cinq minutes du matin par la gare du Nord.

— Le numéro du *Courrier français* sur « la Charité », vendu au profit des pauvres, qui vient d'être mis en vente, est composé en caractères elzéviriens de la façon la plus soignée ; il restera comme une œuvre artistique remarquable en son genre.

Ce numéro, unique comme choix de rédacteurs célèbres et dessinateurs de talent, forme 50 pages, comprenant 45 dessins, une couverture illustrée et 4 doubles pages en couleur tirées en supplément, signées Adrien Marie, A. Pille, Willette, etc., musique d'Olivier Métra.

La couverture, contenant le sommaire, sera adressée gratis et franco sur demande faite au *Courrier français*, 14, rue Séguier, à Paris. — Prix du numéro : 2 fr. 50, chez tous les marchands de journaux, libraires, gares, etc. Envoi franco contre timbres ou mandat.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17830.

N° 57. — MARDI 19 MAI 1885. 58e ANNÉE. MARDI 19 MAI 1885. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

INAUGURATION DE LA STATUE DE BOUILLAUD

Samedi la ville d'Angoulême était en fête. L'Association des médecins de la Charente avait réussi à mener à bonne fin la souscription qui devait doter la ville de la statue d'un de ses plus glorieux enfants. Après avoir été à la peine, il était juste que le président de cette Association fût à l'honneur. Aussi M. le docteur Bessette, président de l'Association des médecins de la Charente, présidait à la fête.

Dès une heure et demie, le maire d'Angoulême et M. le docteur Bessette recevaient dans le grand salon des fêtes de l'Hôtel-de-Ville les invités de l'Association. A deux heures, le cortège prenait place sur l'élégante tribune, élevée, place du Marché, devant la statue, qu'un voile dérobait encore à la vue.

M. Bellamy, maire d'Angoulême, ouvre la cérémonie, en remerciant l'Association des médecins de la Charente d'avoir pu faire élever dans la ville d'Angoulême une statue à l'une de ses gloires.

I

M. le docteur Bessette se lève alors et prononce le discours suivant :

Mesdames, Messieurs, très honorés et savants confrères,

Grâce au concours empressé qu'a rencontré en France et à l'étranger le projet d'élever une statue à notre illustre compatriote le professeur Bouillaud, le comité formé pour le réaliser a rapidement atteint son but.

Au nom de l'Association médicale de la Charente, j'adresse nos chaleureux remerciements à toutes les personnes qui ont bien voulu nous envoyer leur offrande, au ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, qui nous a puissamment aidé, à tous ceux enfin dont l'hommage et l'admiration pour le maître viennent aujourd'hui se mêler aux nôtres et consacrer son triomphe ; je salue et je remercie également nos éminents confrères qui sont venus donner à cette solennité, par leur présence et leur parole, l'éclat qu'elle n'eût pas eu sans eux. Ils vont vous dire, avec l'autorité de leur talent et de leur savoir, ce que fut l'homme dont vous allez contempler les traits ; lui qui, parti de sa modeste province, seul avec son énergie, son amour de l'étude et son génie, arriva, par ses travaux et ses découvertes, aux plus hautes situations scientifiques : à l'Académie de médecine, à la Faculté, enfin à l'Académie des sciences. En 1868, il était appelé à faire partie de cet aréopage placé au faîte de la science. Quelques années plus tôt, il s'y serait assis à côté d'un autre Charentais, comme lui enfant de son œuvre, et dont l'Académie appréciait à ce point le talent et la valeur que, contrairement à ses usages, elle l'appela dans son sein, alors qu'il était bien loin de France et explorait les rivages de la Chine : vous avez tous nommé notre savant compatriote le botaniste Gaudichaud.

Vous me pardonnerez, Mesdames et Messieurs, ce rapprochement auquel je me suis facilement laissé conduire par mes souvenirs d'affection et de reconnaissance pour ces deux maîtres vénérés ; il m'a d'ailleurs été suggéré par les affinités scientifiques qui existent entre nos deux illustres compatriotes : l'un et l'autre ont été des initiateurs ; ils sont entrés dans la voie précise, exacte et irréfutable des faits, ils ont été parmi les précurseurs de la science moderne.

Les études anatomiques et cliniques de Bouillaud ont été le point de départ de ses admirables découvertes; elles ont à tout jamais buriné son nom sur les tables d'or de la science. Gaudichaud, lui, a laissé un monument révélateur d'anatomie et de physiologie végétales ; il a transformé la méthode des études botaniques. Dans de magistrales anatomies de végétaux pris dans leur ensemble, et patiemment disséqués fibre par fibre, il a surpris le secret du développement des végétaux. Hélas ! l'œuvre du réformateur n'était qu'ébauchée quand la mort coucha dans son tombeau cet homme au travail lent et puissant, dont Lamennais, dans son *Esquisse de philosophie*, disait « que, lent et puissant travailleur, il avait comme le bœuf creusé dans la science un sillon profond ».

Le sillon creusé si profondément est resté ouvert, mais personne ne s'est présenté pour l'ensemencer. Malheureusement pour la science, Gaudichaud mourut trop tôt ; il n'avait eu pour l'écouter que les botanistes dont il attaquait les idées nuageuses et démolissait les théories hypothétiques ; il n'avait pas de tribune, il n'eut pas de disciples.

Grâce à Dieu, il en fut autrement pour notre cher Bouillaud.

Dès 1831, déjà désigné par ses travaux, il fut, à la suite d'un brillant concours, nommé professeur à la Faculté de médecine. Toute la jeunesse de l'école écouta ses paroles avec avidité, s'imprégna de ses savantes leçons, et, alors qu'il était encore tout jeune et déjà un maître, entraîné par son enthousiasme, elle ouvrit une souscription, préleva une obole sur les modestes ressources de l'étudiant et fit frapper en son honneur un médaillon précurseur de la statue d'aujourd'hui. Par le scalpel, la parole et la plume, Bouillaud devint le savant dont vous parleront tout à l'heure nos princes actuels de la science, délégués pour rendre hommage à leur aîné. Avec l'autorité de leur talent et le charme de leur parole, MM. Vulpian, Laboulbène et Henri Roger vont vous faire apprécier la haute valeur scientifique et la juste célébrité de notre illustre compatriote. Je vais leur donner la parole ; mais avant,

qu'il me soit permis, Mesdames et Messieurs, de remercier, moi aussi, et de féliciter l'artiste de talent, une gloire naissante de la Charente, M. Verlet, dont vous contemplez l'œuvre magistrale, et je termine en exprimant notre gratitude à tous les volontaires de France, de Grèce et d'Italie, qui nous ont généreusement aidés dans cette campagne pacifique, campagne où la victoire n'aura pas coûté une larme; à moins pourtant que ce ne soit une larme d'émotion et de plaisir, à la vue de ce cher et vénéré maître, rentrant honoré et triomphant dans les murs de cet Angoulême qu'il a tant aimé et sur lequel il a jeté tant d'éclat. (*Applaudissements.*)

A ce moment, le voile de la statue tombe et, de nouveau, les applaudissements éclatent.

La statue en bronze, haute de 2^{m},30, représente Bouillaud debout, en robe de professeur. La main gauche, tenant des notes, s'appuie sur la chaire, et la main droite, étendue, accentue la parole. L'impression de l'ensemble est des plus favorables et fait le plus grand honneur au jeune sculpteur, M. Verlet, qui, Charentais, a eu le bonheur d'élever cette belle statue à un Charentais.

Le piédestal, — œuvre de l'architecte de la ville, M. Warin, — est en pierre dure de Vilhonneur. Une large moulure couronne le soubassement. Le sommet du piédestal est entouré de guirlandes de feuilles de chêne et de laurier. Sur chaque face, on lit les inscriptions suivantes :

Sur le devant du socle :

JEAN BOUILLAUD,
NÉ A GARAT,
LE 16 SEPTEMBRE 1796,
DÉCÉDÉ A PARIS,
LE 29 OCTOBRE 1881.
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,
1825.
PROFESSEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS, 1831.
DÉPUTÉ DE LA CHARENTE,
1842.
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR,
1867.

Sur le côté droit :

ESSAI SUR LA PHILOSOPHIE MÉDICALE,
1836.
CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL
DE LA CHARITÉ,
1837.
TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DU CŒUR,
1842.
TRAITÉ DE NOSOGRAPHIE MÉDICALE,
1846.

Sur la face postérieure :

AU DOCTEUR BOUILLAUD,
SES ÉLÈVES, SES ADMIRATEURS,
LA CHARENTE,
LA VILLE D'ANGOULÊME.

Sur le côté gauche :

TRAITÉ DE L'ENCÉPHALITE,
1825.
TRAITÉ DES FIÈVRES ESSENTIELLES,
1826.
TRAITÉ DU CHOLÉRA,
1832.
TRAITÉ DU RHUMATISME ARTICULAIRE,
1835.

II

M. Vulpian, délégué de l'Académie des sciences, prend alors la parole :

Messieurs,

Nous venons aujourd'hui rendre hommage à Bouillaud, l'une des gloires de la médecine française.

La renommée acquise par un médecin lui survit, en général, pendant bien peu de temps, même lorsqu'il a occupé les plus hautes situations officielles de la carrière médicale. L'habileté du praticien, l'éloquence du professeur, le talent littéraire de l'écrivain, toutes ces qualités si enviables, qui saisissent les contemporains et confèrent la célébrité, n'ont le plus souvent qu'un retentissement éphémère. A mesure que les années s'écoulent, laissant dans un passé de plus en plus lointain l'époque où ce médecin a vécu, le souvenir de ses succès s'affaiblit progressivement et peut même s'effacer d'une façon complète. Ce qui résiste au temps, ce sont les découvertes. Parmi les médecins également célèbres d'une période donnée, ceux qui ont fait des découvertes sont seuls assurés d'avoir leur nom inscrit dans l'histoire de la médecine, et ils y prendront une place d'autant plus grande que les faits nouveaux dont ils ont enrichi la science sont plus importants.

A ce titre, Bouillaud brillera en tête de la glorieuse pléiade de médecins, qui a resplendi d'un si vif éclat dans le deuxième quart de ce siècle et qui avait eu pour précurseur le grand Laennec.

Parlant ici au nom de l'Académie des sciences, je dois me restreindre à rappeler les travaux scientifiques qui ont fixé sur Bouillaud le choix de cette Académie, lorsque la mort de Serres eut créé une vacance dans la section de médecine et de chirurgie.

Au nombre de ces travaux se trouve la première publication de Bouillaud, qui montra tout ce qu'on pouvait attendre de lui pour l'avenir. On admettait alors que l'infiltration séreuse des tissus est due à la débilité générale de l'organisme et à l'atonie des vaisseaux lymphatiques. Les études de Richard Lower, relatives à l'influence de la ligature des veines sur la production de cette infiltration, étaient depuis longtemps oubliées. Bouillaud, au sortir de l'internat des hôpitaux, avant d'avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, publiait, en 1823, les recherches qui ont définitivement fait la part de l'oblitération des veines dans le mécanisme d'un très grand nombre de cas, soit d'œdème, soit d'épanchement séreux dans les cavités viscérales.

C'est à lui aussi que nous devons la connaissance de l'albuminurie cantharidienne. Non seulement il a mis en évidence ce fait nouveau et d'un grand intérêt; mais encore, avec une admirable sagacité, il a démêlé le véritable mécanisme de cet accident morbide.

C'est lui encore qui a signalé, le premier, le ralentissement du pouls dans l'ictère simple, et qui a montré que la bile, en passant dans le sang, agit sur le cœur comme le fait la digitale.

Que d'autres faits importants, que de vues personnelles dans les nombreux *Traités* qui attestent son incomparable fécondité! Le rhumatisme articulaire, les maladies du cœur et des gros vaisseaux, l'inflammation du cerveau, les fièvres, le choléra, sont tour à tour étudiés par ce puissant esprit, et chacun des livres qu'il consacre à ces maladies témoigne des efforts qu'il faisait sans cesse pour introduire dans la médecine l'exactitude rigoureuse qui caractérise les autres sciences.

Ses recherches sur les affections du cœur et sur le rhumatisme articulaire le conduisent à une découverte de premier ordre qui suffirait à rendre son nom immortel : je veux parler de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec le rhumatisme. Jusque-là, on ignorait absolument les causes des affections cardiaques. Bouillaud a appris au monde médical que, dans l'immense majorité des cas, ces affections sont produites par le rhumatisme articulaire aigu, qu'elles en sont une manifestation très fréquente, presque constante même, à un degré ou à un autre. La médecine pratique a tiré un grand profit de cette découverte. En effet, la

connaissance de la genèse habituelle des affections du cœur, en permettant aux médecins de diagnostiquer les premiers indices de leur apparition et de prescrire aussitôt un traitement approprié, a diminué, dans une notable proportion, la gravité de ces redoutables complications du rhumatisme articulaire aigu. Ce travail de Bouillaud est une véritable œuvre de génie : le progrès qui en est résulté pour la médecine est un des plus grands qui aient été réalisés dans ce siècle.

Une autre découverte mémorable de Bouillaud est celle qu'il a faite de l'influence des lésions des lobes antérieurs du cerveau sur la fonction du langage. Dès 1825, peu de temps après que Flourens, dans ses beaux travaux sur les fonctions du système nerveux, avait affirmé l'unité fonctionnelle du cerveau, Bouillaud publiait ses *Recherches cliniques propres à démontrer que la perte de la parole correspond à des lésions des lobules antérieurs du cerveau*. Depuis lors, soit dans des mémoires, soit dans ses leçons cliniques, soit dans des discours prononcés à l'Académie de médecine, il revenait sur ce sujet, apportant de nouveaux faits à l'appui de ses premières recherches, et il s'efforçait de démontrer de plus en plus clairement que le *principe législateur de la parole*, ou, comme il disait encore, le *principe coordinateur des mouvements de la parole*, se trouve localisé, ainsi que le *sens du langage articulé*, dans les lobules antérieurs du cerveau. C'était la doctrine des localisations cérébrales opposée à la doctrine de Flourens.

On sait que cette question des localisations cérébrales a été l'objet de nombreuses investigations dans ces quinze dernières années. La plupart des physiologistes tendent à admettre actuellement que les diverses régions du cerveau proprement dit ont des missions fonctionnelles distinctes. Telle région serait chargée de l'incitation des mouvements volontaires; à telle autre serait dévolue la perception des sensations; telle autre encore serait particulièrement affectée aux opérations intellectuelles proprement dites, et chacune de ces régions se subdiviserait : dans les districts moteurs, par exemple, une partie serait le point de départ des incitations volontaires destinées aux membres supérieurs; une autre aurait sous sa dépendance la motilité des membres inférieurs; une autre celle de la face, etc. Près de cette dernière partie du cerveau se trouve le territoire cortical considéré comme le centre de production de tous les actes qui concourent au langage articulé, à la parole, cet attribut exclusif de l'homme.

Toutes ces données, si intéressantes au point de vue de la physiologie, ont la plus grande importance pour la médecine et la chirurgie. Elles ont éclairé d'une lumière inattendue le diagnostic des lésions soit morbides, soit traumatiques des parties superficielles du cerveau.

Or, pour toute cette doctrine des localisations, c'est Bouillaud qui a été l'initiateur. C'est lui qui, le premier, par des expériences bien faites, a montré que les lobes antérieurs du cerveau paraissent exercer une influence prépondérante sur les facultés intellectuelles. Et, bien que Gall eût déjà supposé que la fonction du langage devait avoir les parties antérieures du cerveau pour organe central, c'est à Bouillaud qu'on doit rapporter l'honneur de la découverte, car c'est lui qui, par ses recherches, a transformé cette hypothèse, jusque-là sans consistance, en une vraie théorie scientifique. Si Broca, trente-six ans plus tard, est venu préciser le siège des lésions qui déterminent l'aphasie, il ne faut pas oublier que le premier pas vers cette localisation avait été fait par Bouillaud.

Bouillaud a donc bien mérité de la science, car il l'a dotée de vérités importantes, ignorées jusqu'à lui! Il a bien mérité de la patrie, car la France peut s'enorgueillir de la gloire qu'il s'est acquise par ses travaux! Il a enfin bien mérité de l'humanité par ses découvertes médicales, car tout progrès important de la médecine est un bienfait pour le genre humain!

Honneur donc à Bouillaud!

Honneur aussi à tous ceux qui ont contribué à l'érection de cette statue et ont voulu ainsi perpétuer le souvenir de ce médecin célèbre au milieu du pays qui l'a vu naître! (*Salve d'applaudissements.*)

III

M. le professeur Laboulbène, délégué de la Faculté de médecine de Paris, a la parole :

Messieurs,

C'est au nom de la Faculté de médecine de Paris que je viens rendre hommage à un de ses maîtres les plus éminents. Le professeur Bouillaud, après avoir fait d'admirables découvertes, a instruit un grand nombre de générations médicales; il nous a donné le noble exemple d'une vie tout entière consacrée au travail et au devoir. Honneur à lui!

Près de nous, à Bragette, dans la commune de Garat, Jean Bouillaud est né en 1796 (le 16 septembre). Ses parents étaient peu fortunés; luttant dès l'enfance, Jean ou le « petit campagnard », ainsi que l'appelaient ses condisciples, enlevait les premières places au lycée d'Angoulême. Il eut le prix d'excellence en 1813, et, sous les auspices d'un oncle, chirurgien-major des armées, il vint à Paris au mois de janvier de l'année suivante.

J'ai trouvé dans la correspondance de l'étudiant ses premières impressions, ses craintes pour l'avenir, l'accueil de Percy, la difficulté des études pendant une époque tourmentée, à la veille de catastrophes, quand le typhus frappait médecins et élèves. Les cours étaient rares ou suspendus. Bouillaud regrette la perte de temps « de toutes la plus irréparable »; puis, en 1815, il s'enrôle dans le 3e régiment de hussards, à Dôle; il est licencié après les Cent Jours.

Les études entravées dès le début sont reprises en 1816; le jeune Bouillaud suit assidûment Richerand, Dupuytren, Alibert. D'un caractère impressionnable jusqu'à l'excès, mais d'une infatigable ardeur, il travaille de jour et de nuit; il écrivait alors avec tristesse : « Le vent de l'infortune est le seul qui ait dirigé ma frêle barque sur la mer de ce monde, aussi a-t-elle fait plusieurs naufrages. »

Bouillaud partage avec Andral, en 1819 et 1820, le prix de l'École pratique. Devenu externe et interne, il est placé à Saint-Louis, puis à Cochin, où il a pour chef de service Bertin, professeur d'hygiène à la Faculté. Lauréat des hôpitaux, Bouillaud, avant le doctorat, fait paraître son premier travail : *De l'oblitération des veines et de son influence sur la formation des hydropisies partielles*. Le 23 août 1823, il soutient sa thèse, sous la présidence de Bertin : *Essai sur le diagnostic des anévrysmes de l'aorte et spécialement sur les signes que fournit l'auscultation dans cette maladie*. Dès lors, les mémoires et bientôt les livres se succèdent avec rapidité, témoignages d'un labeur incessant, d'une volonté opiniâtre, d'une fécondité scientifique du meilleur aloi : *Observations de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche reconnu par l'auscultation* (1823); *Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux*, par Bertin, rédigé par Bouillaud (in-8°, 1824). Bertin nous a indiqué la large part du rédacteur, ayant ajouté au manuscrit dès longtemps composé, des réflexions avec le résultat de recherches récentes, des observations et considérations déjà publiées dans les Archives de médecine sur les anévrysmes de l'aorte, le rétrécissement des orifices cardiaques, l'hypertrophie du cœur.

Je ne fais que mentionner des *Recherches cliniques pour servir à l'histoire de la phlébite* (1825), les premières *Recherches cliniques propres à démontrer que la perte de la parole correspond à la désorganisation des lobes antérieurs du cerveau* (1825), point de départ de travaux successifs sur le siège du langage articulé. Puis arrivent : le *Traité de l'encéphalite et de ses suites* (in-8° de 400 pages, avec cette épigraphe de Magendie : « La pathologie est la physiologie de l'homme malade »), — et encore le *Traité clinique et expérimental des fièvres dites essentielles* (in-8° de 500 pages).

Dès son doctorat, Bouillaud avait concouru pour l'agrégation; en 1826, il arrivait agrégé, il était nommé membre de l'Académie de médecine nouvellement constituée.

La révolution de Juillet trouvait Bouillaud travaillant toujours, plus encore si c'est possible. Le concours était rétabli partout, le concours, ce moyen excellent de sélection, dont je suis, pour ma part, le partisan convaincu et déclaré.

Bouillaud obtient la première place au concours du Bureau central des hôpitaux, vers le commencement de l'année 1831. De plus, la chaire de physiologie de la Faculté est « mise à la dispute », pour me servir d'une locution ancienne. Le tournoi scientifique est des plus brillants; Dupuytren, président du jury, en fait la déclaration publique et félicite la Faculté d'être entrée dans une voie glorieuse pour elle. Bérard et Bouillaud, dépassant leurs rivaux, se montrent au même rang; Bérard obtient une voix de majorité au scrutin définitif et il est nommé. Mais, la même année, une chaire de clinique interne est déclarée vacante après la démission de Récamier. Depuis longtemps préparé, Bouillaud lutta contre Louis, Gendrin, Rostan, Piorry, et avec ses titres nombreux, ses qualités exceptionnelles, il fut proclamé professeur aux applaudissements enthousiastes de l'auditoire, le 9 août 1831.

En possession d'une de ces chaires de clinique où s'était illustré Corvisart, le nouveau professeur, installé à l'hôpital de la Pitié, étudie le choléra qui vient désoler Paris. En 1832, il fait paraître le *Traité pratique, théorique et statistique du choléra-morbus* (in-8° de 500 pages basé sur 102 observations). En 1835, les *Recherches sur le rhumatisme articulaire aigu en général, et spécialement sur la loi de coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec cette maladie*, fixent la science sur ce point important, qui suffisait seul pour assurer à Bouillaud un des premiers rangs parmi les médecins modernes.

La première édition du *Traité clinique des maladies du cœur* date de 1835; la seconde édition a paru en 1842. Que de chemin parcouru lorsque l'on compare ce Traité à la rédaction du manuscrit de Bertin! Avant d'arriver au professorat, Bouillaud avait perdu ses parents; avant de publier son Traité célèbre, il n'avait plus le frère de son père, celui qui, mis à la retraite, avait dirigé ses études. C'est à cet oncle que Bouillaud a dédié, en termes touchants, son livre sur les maladies du cœur : « Je lui dois toute mon existence médicale, pourquoi faut-il qu'une cruelle destinée l'ait ravi à mon amour et à mon éternelle reconnaissance ? »

Venu à la Charité, qu'il ne veut plus quitter, le professeur publie, en 1836, son *Essai de philosophie médicale* (in-8° de 450 pages), où il expose l'art d'observer, d'expérimenter et de raisonner en médecine. Une année après, il fait paraître la *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité* (3 volumes in-8°), où il applique au lit des malades les principes développés dans son *Essai*.

Le *Traité clinique du rhumatisme articulaire* est de 1840 (in-8° de 600 pages), et en 1846 Bouillaud donne son *Traité de nosographie médicale*, en 5 gros volumes. L'œuvre principale du maître avait été faite avant qu'il eut atteint quarante ans; elle a le cachet des productions originales. Bouillaud est constamment resté jeune et militant.

A nous, témoins de sa vie laborieuse, à nous, qui l'avons connu et aimé, de dire ce qu'était le clinicien de l'hôpital de la Charité, où il est resté si longtemps. Le professeur de clinique doit réunir plusieurs qualités spéciales pour faire servir à l'enseignement des élèves, l'étude et le traitement des malades dans un service hospitalier. Nos cliniques offrent une des meilleures sources d'instruction, non seulement aux étudiants, mais à tous ceux qui veulent perfectionner leur éducation médicale. Là, tout est visible, palpable, fait au grand jour; les artifices du langage, les obscurités voulues ne sont pas possibles, le contrôle étant facile pour tous. Mais le professeur de clinique doit faire preuve d'une activité constante, de sûreté dans l'observation, de promptitude dans le jugement; il ne peut délibérer à loisir dans le silence et le recueillement, l'application pratique est immédiate.

Au lit des malades, la ponctualité de Bouillaud était proverbiale; il les voyait tous successivement, ceux qui devaient faire le sujet du cours et aussi les moins intéressants sous ce rapport. Encourageant, consolant les uns et les autres, ne reculant devant aucune recherche clinique répugnante ou aride, devant aucun détail minutieux, il s'assurait des moindres changements survenus depuis la visite précédente. Il interrogeait et observait patiemment. Je l'ai vu rester un quart d'heure pour regarder les battements anormaux du cœur, pour percevoir les chocs irréguliers, pour s'assurer d'une position insolite de l'organe. Ses constatations étaient faites à voix haute et se gravaient aussitôt dans l'esprit; elles donnaient comme une photographie de l'état présent, rien de plus, rien de moins.

A l'amphithéâtre se révélait, à côté du talent pratique, la sagesse, la science raisonnée. Après une exposition claire et méthodique, procédant du simple au composé, le professeur montrait les malades atteints d'affections ordinaires et bien définies, et apprenait à les traiter. Mais quand survenait l'imprévu, le cas difficile, quand il fallait agir vite et fort, Bouillaud faisait partager sa conviction par ses auditeurs; après avoir signalé les inconnues du problème pathologique, il dissipait peu à peu les nuages; il arrivait à montrer la vérité qu'il avait aperçue. Devant l'impossibilité d'arriver encore au diagnostic, il savait douter et attendre, indiquant les difficultés présentes, les recherches complémentaires, les constations indispensables, ayant toujours en vue le but suprême : le traitement, et, si possible, la guérison du malade.

Les faits pathologiques ne sont pas jetés au moule, ils varient à l'infini; il n'est donné qu'à un petit nombre de découvrir les lois inaperçues de leur association. Bouillaud a trouvé plusieurs grandes choses, entre autres l'influence de l'oblitération des veines sur certaines hydropisies, les rapports du rhumatisme et des maladies du cœur, la localisation, le siège du langage dans les lobes antérieurs du cerveau. On croit trop volontiers qu'un hasard heureux permet les découvertes médicales; celles-ci proviennent du raisonnement appuyé sur l'observation et sur l'expérience; puis arrive tout à coup l'illumination soudaine qui appartient au génie.

Quand, pendant près d'un demi-siècle, un professeur est resté attaché à un service de clinique, ce n'est pas seulement dans ses publications qu'il convient de voir toute son œuvre. Cette œuvre se complète par l'enseignement, soit au lit du malade, soit à l'amphithéâtre, par des échanges continuels entre le maître et ceux qui écoutent sa parole. Combien de générations sont venues dans les salles de la Charité, combien d'idées semées là, généreusement et chaque jour, récoltées et fructifiant ailleurs! J'ai entendu Bouillaud signaler bien avant Skoda le bruit de percussion caractéristique du poumon refoulé par un épanchement pleural. Si la publication imprimée ne donnait pas au médecin de Vienne une priorité incontestée, le bruit dit skodique ne mériterait-il pas le nom de bruit tympanique de Bouillaud?

Je ne puis énumérer tous les mémoires, les notes, les discours donnés ou communiqués par Bouillaud aux « Archives de médecine », aux Dictionnaires médicaux, au « Journal hebdomadaire » dont il a été un des fondateurs, à la « Revue médico-chirurgicale », au « Journal de physiologie expérimentale », aux Bulletins académiques : *sur l'Albuminurie cantharidienne; du Ralentissement du pouls dans l'ictère simple comparé au ralentissement causé par la digitaline; de l'Introduction de l'air dans les veines; de la Nomenclature médicale; de la Chlorose et de l'anémie; sur le Vitalisme et l'organicisme; sur la Congestion cérébrale apoplectiforme; sur la Vraie Théorie des mouvements et des bruits du cœur*, etc., etc. Dans ces travaux, l'auteur se montre écrivain facile, abondant et chaleureux.

Après la révolution de 1848, Bouillaud a été doyen de la Faculté, bientôt démissionnaire; l'Institut lui ouvrait ses portes en 1865. Les honneurs vinrent le chercher. Il fut choisi président honoraire du Congrès de Bordeaux et ensuite président du premier Congrès médical international tenu à Paris en 1867. Mais, en 1870, Bouillaud perdait la compagne qui avait partagé ses tristesses et ses joies. Atteint par cette peine, une des plus vives qu'il ait ressenties, il resta longtemps abîmé dans une douleur contenue et muette, ainsi qu'il arrive aux natures fortes et pleines de foi. L'affection d'une famille d'élite et de son gendre, notre ami le docteur Auburtin, rendait moins cruelle cette séparation et adoucissait cette souffrance cachée. Car Bouillaud ne se livrait pas; il est resté impénétrable à un grand nombre. Pour moi, qui ai ressenti ses bienfaits, je puis et je dois dire à quel point le maître aux formes sévères, au caractère indépendant et inflexible, qui, dans les luttes et les froissements de la vie, s'était montré critique acerbe et polémiste redoutable, cachait sa sensibilité ainsi qu'une

délicatesse exquise de sentiments. Laissons retomber le voile de la vie privée, à peine soulevé par une main reconnaissante.

Au mois d'août 1875, Bouillaud se démettait du professorat. Resté sur la brèche depuis son entrée à l'hôpital Cochin, il n'en demeurait pas moins infatigable, propageant ses idées, car il était de ceux qui ont préparé le temps présent. Il prenait part à toutes les discussions des Académies; nous avions entendu sa voix, nous avions admiré sa prodigieuse mémoire dans une des séances de septembre 1881, à l'Académie de médecine, au sujet des maladies virulentes et contagieuses, et, quelques semaines après, le 29 octobre, nous arrivait la nouvelle de sa mort. Notre Ancien de la Faculté, une de nos plus grandes illustrations, nous était enlevé, comme un athlète toujours prêt au combat et frappé sur le champ de bataille.

Par la volonté expresse du maître, nous avons dû rester silencieux devant sa tombe. Vous comprenez, Messieurs, quels sont les sentiments qui nous animent lorsque nous pouvons enfin le glorifier ici en plein soleil.

Dans notre panthéon médical, Bouillaud vient prendre place à côté de Bichat, de Broussais, de Laennec, qu'il a tant admirés. Trois fois, dans une solennité pareille à celle-ci, la Faculté de médecine l'avait chargé de la représenter; et, dans un langage élevé, digne d'eux et de lui, il a montré l'originalité, la hauteur de vues de ces novateurs, de ces esprits hardis, de ces génies puissants auxquels nous le réunissons aujourd'hui.

Merci, chers confrères de la Charente, qui avez eu la pensée d'élever à Bouillaud un monument dans son pays natal. Vous nous demandiez de souscrire pour le buste du maître; Paris, la France entière, ont répondu tant et si bien à votre appel que vous avez obtenu cette statue, libre témoignage de l'admiration et de la sympathie universelles.

Merci, jeune et habile artiste, Raoul Verlet, qui avez rendu avec bonheur, sur cet airain fait homme, la physionomie grave et imposante du professeur de la Faculté. Oui, cher et vénéré maître, éminent collègue, je vous revois ici, revêtu de la toge et parlant pour dire le vrai et faire le bien. Et sur ce piédestal, j'aperçois aussi une couronne venue d'Athènes, témoignage d'affection du professeur Prétenderis Typaldos, un de vos meilleurs élèves.

Cher maître et cher collègue, votre image, inaugurée dans cette magnifique solennité, sera saluée avec respect par les contemporains et, après nous, ce bronze vivant transmettra à la postérité le souvenir et le nom glorieux de Jean Bouillaud! (*Vifs applaudissements.*)

Enfin M. le docteur Henri Roger, délégué de l'Académie de médecine, prononce une allocution vivement applaudie, mais qu'on ne peut reproduire. On sait, en effet, que, par tradition, l'Académie de médecine exige que les discours de ses délégués ne soient livrés à la publicité qu'après leur lecture en séance.

M. le préfet de la Charente se lève alors et remet à M. Verlet les palmes d'officier d'Académie.

IV

Le soir, un banquet réunissait les invités de l'Association des médecins de la Charente. Des toasts étaient portés par M. le préfet de la Charente, par MM. les professeurs Vulpian, Verneuil, Potain et par M. Rambaud de Larocque. M. le docteur Auburtin, gendre du professeur Bouillaud, a remercié, au nom de la famille, l'Association des médecins de la Charente de la pensée qu'elle a mise à exécution et tous ceux qui lui ont prêté leur concours.

Telle a été cette belle journée qui restera, pour les pays des Charentes, une date célèbre dans ses annales médicales, et qui, pour nous tous médecins, doit être un enseignement. Elle nous montre ce que peut une volonté ferme pour rendre — de nous-même — gloire et hommage à ceux qui ont illustré la carrière.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

I. Anthrax de la lèvre supérieure et néphrite aiguë.
II. Rétrécissements de l'urèthre.

I. Nous avons reçu ces jours derniers, dans notre service, un homme de trente-deux ans, qui venait pour un anthrax de la lèvre supérieure avec phlébite.

Or l'anthrax de la lèvre supérieure est toujours une affection très grave, d'une gravité telle même que la mortalité à laquelle elle donne lieu est formidable, d'une gravité enfin admise par la majorité des chirurgiens, et que je fus bien surpris autrefois de voir nier par Broca, du moins à une certaine époque, car dans les derniers temps il avait fini par se rallier à l'opinion générale.

Je redoute tellement la terminaison fatale de l'anthrax que j'aimerais mieux cautériser un simple furoncle, de peur de quelque erreur de diagnostic. Aussi, dès qu'il s'agit d'un anthrax, je prends le thermo-cautère; je le fais rougir et je laboure aussitôt dans tous les sens cet anthrax. Quelquefois même je me suis demandé si je ne procéderais pas à l'extirpation de la tumeur. Cependant je ne crois pas que cela soit absolument nécessaire, mais à la condition expresse, bien entendu, d'agir tout de suite avec le fer rouge d'abord, puis avec les injections antiseptiques tout autour.

En réalité, on peut dire que la mort est la terminaison dans les quatre cinquièmes des cas d'anthrax des lèvres.

Je ne saurais dire, faute de renseignements nécessaires sur le début des premiers accidents, si chez notre malade la marche des phénomènes a été foudroyante, mais toujours est-il qu'il a succombé quelques heures seulement après son arrivée à l'hôpital, et qu'il s'agissait bien d'un anthrax de la lèvre supérieure.

Pendant les courts instants qu'il est resté dans nos salles, nous avons constaté un phénomène très important : l'urine contenait une très grande quantité d'albumine, ainsi que de nombreux tubuli provenant de la desquamation des reins et résultant d'une néphrite aiguë.

Du vivant de cet homme, j'avais dit que nous étions très probablement en présence d'une inflammation diffuse phlegmoneuse, survenue dans le cours d'une néphrite. Après l'autopsie, je suis obligé de réformer mon diagnostic en ce sens que c'est l'état local, l'anthrax même, qui a donné lieu à la néphrite infectieuse.

D'ailleurs cette néphrite est bien connue, de même que la néphrite diphthéritique qui est parfaitement acceptée par tous, de même aussi que la néphrite qui survient dans la septicémie ou chez les individus atteints d'érysipèle. Mais elle est surtout commune dans l'ostéomyélite, dans les abcès sous-périostiques.

Or ce qui est vrai pour l'ostéomyélite, ce qui est vrai pour la diphthérie, ce qui est vrai enfin pour la septicémie, l'est également pour l'anthrax, parfaitement considéré par tous aujourd'hui comme une affection parasitaire, qui détruit tout localement, qui se propage à l'intérieur, détermine une septicémie presque toujours très grave, et retentit même sur les viscères. Notre malade en est un exemple authentique.

Ainsi anthrax, septicémie et néphrite, tel est l'ordre dans lequel les accidents morbides se succèdent et dont la gravité s'accroît avec l'apparition de chacun d'eux.

Chez notre malade, en résumé, la néphrite a été très aiguë, elle s'est développée très rapidement, dans l'espace

de quelques jours, déterminant une prompte et rapide desquamation des tubuli.

II. Je vais opérer dans quelques instants un homme atteint de rétrécissement de l'urèthre.

Son cas est particulièrement intéressant par l'existence de deux obstacles dans le canal, ainsi que l'exploration du canal nous l'a montré : 1° un rétrécissement auprès du méat urinaire ; 2° un rétrécissement profondément situé, à environ 12 centimètres dudit méat.

D'après les données anciennes, on aurait dit de ce dernier qu'il s'agissait d'un rétrécissement au collet du bulbe. Mais depuis son arrivée dans nos salles, l'obstacle postérieur a presque entièrement disparu par le repos et sous l'influence du régime lacté.

C'est là un de ces types de rétrécissements que nous avons étudié et décrit autrefois, un de ces exemples de la multiplicité et de la diversité des obstacles que l'on peut rencontrer dans certains cas de rétrécissement du canal de l'urèthre.

Ici nous avons également multiplicité et diversité, c'est-à-dire un rétrécissement matériel, physique, fibreux, et un rétrécissement non matériel, par contracture, non permanent. On voit d'ici l'importance du diagnostic au point de vue du traitement à intervenir.

De même que, sur la terre, nous trouvons encore des peuples de tous âges, voire même de l'âge de pierre, comme dans certaines contrées, de même nous avons encore par-ci par-là quelques chirurgiens d'un autre âge qui, ne voyant chez notre malade que des rétrécissements, sans en distinguer la nature, s'en iraient par l'uréthrotomie interne labourer tout le canal depuis l'obstacle postérieur non matériel jusqu'au méat.

Or l'uréthrotomie interne n'est pas une opération absolument bénigne; elle est surtout plus grave lorsqu'elle porte sur le tissu spongieux sain, comme l'est chez notre malade la portion contracturée du canal, que lorsqu'elle est pratiquée sur un tissu cicatriciel, comme chez lui, au niveau du premier obstacle, c'est-à-dire auprès du méat. Il n'est donc pas indifférent, on le voit, de faire une ou deux uréthrotomies internes, et si en avant elle est nécessaire, en arrière et au fond, au contraire, elle est complètement inutile.

Je vais donc, chez lui, procéder seulement à la section du rétrécissement antérieur, qui sera d'ailleurs une opération innocente. Puis, toutes choses allant bien, dans quatre ou cinq jours je commencerai à introduire des bougies pour commencer la cure du rétrécissement postérieur, lequel certainement cédera peu à peu, et bientôt le cathéter finira par passer facilement au niveau du bulbe, puisque, je le répète, il ne s'agit pas, dans l'espèce, d'un rétrécissement fibreux, mais bien d'un de ces rétrécissements de contracture par action réflexe.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 mai 1885. — Présidence de M. Hanot.

COMMUNICATIONS

Transfusion sanguine. — M. **BROWN-SÉQUARD** continue d'exposer les résultats de ses recherches sur les injections de sang d'animaux d'une espèce dans les veines d'animaux de même espèce ou d'une autre espèce. On a dit que les injections salines produisaient les mêmes résultats que les injections sanguines ; or il résulte des expériences de M. Brown-Séquard que du sérum de mammifère injecté dans les vaisseaux d'un autre mammifère donne lieu à beaucoup plus de globules sanguins que ne le fait une injection de sulfate de soude. M. Brown-Séquard a déjà démontré, dans une précédente séance, que du sang d'oiseau injecté dans les veines d'un mammifère donnait lieu à plus de globules sanguins que quand on injectait du sérum de mammifère. Il admet deux modes d'apparition des nouveaux globules dans le sang : l'un étant la conséquence d'une production de nouveaux globules, l'autre résultant d'une simple transformation des globules du sang injecté.

Électrodes impolarisables. — M. **D'ARSONVAL** s'est appliqué à modifier les électrodes de façon à les rendre impolarisables. Il y est arrivé en employant le plomb ou l'argent. Ces électrodes ainsi modifiés n'attaquent plus les tissus avec lesquels ils sont en contact.

PRÉSENTATIONS

M. **BLANCHARD** dépose sur le bureau une note de M. Depierre, dans laquelle l'auteur cherche à démontrer que, 79 fois sur 100, on trouve un ou deux canaux dans le voisinage du canal uréthral de la femme et que ces canaux ne sont pas des glandes, comme on l'a cru pendant longtemps, mais bien les portions terminales du corps de Wolf. Cette disposition est, paraît-il, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait auparavant.

M. **LABORDE** présente, de la part de M. Maurice Mendelsohn, une note sur une loi d'irradiation des actions réflexes.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 mai 1885, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Borius, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. Poigné et Nimié, médecins-majors de deuxième classe; de Schuttelaère, médecin aide-major de première classe, et Moulard, médecin de première classe de la marine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Karth est chargé des fonctions de préparateur du cours d'hygiène, en remplacement de M. Schmitt, démissionnaire.

— Les étudiants en médecine ajournés avant le 8 juin 1885 sont informés : 1° que les épreuves pratiques seront renouvelées à la fin du mois de juin ou au commencement de juillet ; 2° que les épreuves orales seront renouvelées : du 15 juin au 1er juillet 1885, pour les candidats qui ont échoué avant le 15 mai ; et du 1er au 15 juillet, pour ceux qui auront échoué après le 15 mai et avant le 9 juin.

Les candidats ajournés avant le 15 mai seront admis à consigner *jusqu'au 2 juin* 1885, dernier délai ; les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 8 juin seront admis à consigner *jusqu'au 7 juin* 1885, dernier délai. Ils seront tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur dernier échec.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le docteur Loumeau est chargé des fonctions de chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Chevalier, démissionnaire.

— Un nouveau concours public pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le vendredi 12 juin 1885, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique à Paris, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 11 mai 1885, et sera clos définitivement le mercredi 27 mai à trois heures.

— L'inauguration du nouvel hôpital du Havre aura lieu le 31 mai prochain. Situé sur la côte d'Ingouville, cet hôpital présente l'application du système des chalets isolés et à simple rez-de-chaussée.

— Des dépêches officielles d'Espagne annoncent que le choléra a reparu dans quelques-unes des localités de la province de Valence, où il a naguère exercé ses ravages.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Gaudefray, médecin auxiliaire de la marine de deuxième classe, une des premières victimes de l'épidémie de fièvre jaune qui sévit en ce moment aux îles du Salut.

D'autre part, nous apprenons aussi la mort, à Hanoï, de M. le docteur Borius, médecin principal de la marine, décédé à l'âge de quarante-huit ans. Un décret, que nous publions plus haut, venait de le nommer officier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Doléris, chef de clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté, commencera son cours d'accouchements le mardi 16 mai à quatre heures.

Le cours est complet en cinquante leçons, y compris les manœuvres et opérations techniques. — S'adresser 89, rue d'Assas, à la Clinique d'accouchements.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17842.

N° 58. — JEUDI 21 MAI 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 21 MAI 1885. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 19 mai 1885. — Présidence de MM. Hardy et Alphonse Guérin.

RAPPORT

M. PROUST, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1883 et 1884.

PRIX DE 1883

Prix de l'Académie. — Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

Prix Portal. — Question : *Le tubercule est-il de nature parasitaire?* — Ce prix était de la valeur de 1000 francs. Un mémoire a concouru. — L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le docteur A. Poulet, médecin-major à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Prix Bernard de Civrieux. — Question : *Paralysies et contractures hystériques.* — Ce prix était de la valeur de 2000 francs. Un mémoire a concouru. L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le docteur Paul Richer, chef du laboratoire de la Faculté de médecine.

Prix Capuron. — Question : *De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants.* — Ce prix était de la valeur de 2000 francs. Six mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Cazin, médecin en chef de l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Prix Barbier. — Ce prix était de la valeur de 2000 francs. Quatre ouvrages ou mémoires ont concouru. L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement une somme de 500 francs à M. le docteur William Murrell, de Londres, pour son travail intitulé : *Nitro-glycerine as a remedy for angina pectoris.*

Prix Godard. — Ce prix était de la valeur de 2000 francs. Six ouvrages ou mémoires ont concouru. L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 1° 1500 francs à M. le docteur Chauvel pour son *Précis d'opérations de chirurgie;* 2° 500 francs à M. le docteur Georges Nicholich Junior, de Triest (Autriche), pour son *Mémoire sur la sclérodermie des adultes.*

Prix Desportes. — Ce prix était de la valeur de 1500 francs. Onze mémoires ont concouru. — L'Académie ne décerne pas le prix. Elle accorde comme encouragement : 1° 500 francs à M. le docteur Vieusse, médecin-major de première classe, pour son mémoire *sur le traitement de la sueur fétide des pieds;* 2° 500 francs à M. le docteur Campardon (de Paris), pour ses mémoires *De la quassine, du Thym;* 3° 500 francs à M. le docteur Huchard, pour l'ensemble de ses travaux sur différents sujets. L'Académie accorde, en outre, des mentions honorables à MM. les docteurs Georges Nicholich Junior (de Triest) et Maxime Drouot, à Moutier-sur-Saulx (Meuse).

Prix Henri Buignet. — Ce prix est de la valeur de 1500 francs. Sept ouvrages ou mémoires ont été adressés pour ce concours. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur A. Charpentier, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, pour son ouvrage *l'Examen de la vision au point de vue de la médecine légale.* Elle accorde une mention honorable à M. le docteur A. Chapuis, pharmacien en chef de l'Antiquaille, à Lyon, pour son *Précis de toxicologie.*

Prix Daudet. — Il ne s'est pas présenté de concurrent.

Prix Vernois. — Ce prix est de la valeur de 800 francs. Sept ouvrages ou mémoires ont concouru. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Charles Éloy, médecin-inspecteur des établissements communaux de Paris. Elle accorde des mentions honorables à M. le docteur Paul Fabre (de Commentry) pour ses travaux *sur l'hygiène des ouvriers mineurs;* MM. les docteurs Martin et Napias, pour leurs travaux *sur l'hygiène en France.*

Prix Amussat. — Ce prix est de la valeur de 2000 francs. — L'Académie décerne un prix de 1500 francs à M. le docteur Arloing, professeur à l'École vétérinaire de Lyon, pour son mémoire intitulé : *Recherches expérimentales comparatives sur l'action du chloral, du chloroforme et de l'éther.* Elle accorde, à titre de récompense, une somme de 500 francs à M. le docteur F.-P. Guiard, pour son *Étude clinique expérimentale sur la transmission ammoniacale des urines.*

Prix Stanski. — Aucun concurrent ne s'est présenté.

Prix Huguier. — L'Académie décerne le prix de la valeur de 3000 francs à M. le docteur Denucé (de Bordeaux), pour son ouvrage intitulé : *Traité clinique de l'inversion utérine.*

Prix Saint-Lager. — Il n'y a pas eu de concurrent.

Prix Saint-Paul. — Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

Fondation Auguste Monbinne. — L'Académie accorde les sommes suivantes, avec le titre de lauréat de l'Académie : 1° 2000 francs à M. le docteur C. Van Merris, médecin en chef de l'hôpital militaire de Dunkerque; 2° 500 francs à M. le docteur Louis Amat, médecin-major, à Rodez; 3° 4000 francs à M. le docteur A.-J. Martin, pour son étude *sur l'administration sanitaire civile à l'étranger;* 4° 2000 francs à M. Straus et 2000 francs à M. Roux, pour les recherches scientifiques qu'ils sont allés spontanément poursuivre à Toulon au moment de l'épidémie de choléra.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — Question : *Faire connaître par des observations précises le rôle que peut jouer, dans la pathologie infantile, le travail de la première dentition.* Ce prix était de la valeur de 2000 francs. Neuf mémoires ont concouru. — L'Académie décerne : un prix de 1000 francs à M. le docteur Séjournet, de Revin (Ardennes). Elle accorde à titre de récompense : 1° 500 francs à M. le docteur Rousse (de Fontenay-le-Comte); 2° 200 francs à M. le docteur Th. Caradec fils (de Brest); 3° 200 francs à M. le docteur Adrien Coriveaud (de Blaye). — L'Académie accorde, en outre,

des médailles d'argent à MM. les docteurs Léon Bec, médecin à Mezel, et A. Lapierre, médecin à Sedan.

Récompenses pour les travaux étrangers a la question du concours. — *Médailles d'argent :* 1° à M. le docteur Foville, inspecteur général des services administratifs, pour son *Rapport sur l'hospice des Enfants assistés de Paris ;* 2° à M. le docteur Aloïs Epstein, de Prag (Bohême), pour son travail imprimé en allemand et intitulé : *Étude sur les établissements d'enfants trouvés en Bohême et dans d'autres pays ;* 3° à M. Eugène Ory, sous-inspecteur des enfants assistés du département de la Loire, pour la première partie de son ouvrage imprimé, intitulé : *La protection de l'enfant et de l'adulte.* — *Rappels de médaille d'argent :* 1° à M. Lavergne, inspecteur du service des enfants assistés dans le département de l'Allier, pour ses deux mémoires imprimés : *Des tours et des secours temporaires ;* 2° à M. le docteur Sagnier, médecin à la Grand'-Combe, pour ses réponses statistiques et topographiques au tableau-programme de l'Académie de médecine, 1883. — *Médailles de bronze :* 1° à M. le docteur Gilberton Dubreuil (de Jouy-en-Josas), pour sa note manuscrite *sur l'allaitement artificiel et sur la crèche créée par lui ;* 2° à M. le docteur Léon Dardenne, pour son *Étude sur les causes de la mortalité des enfants du premier âge*, 1882. — *Mentions honorables :* 1° à M. le docteur Louis Girault (de Paris), pour ses *Conseils aux jeunes mères et aux nourrices ;* 2° à M. le docteur Surbled (de Corbeil), pour sa note manuscrite *sur la mortalité infantile dans la ville de Corbeil.*

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies, pour le service des épidémies de 1882. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 390.)

Médailles accordées a MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales, pour le service de l'année 1881. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 390.)

Prix et médailles accordés a MM. les médecins vaccinateurs, pour le service de la vaccine en 1882. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 294.)

PRIX DE 1884.

Prix de l'Académie. — Question proposée : *De la présence des bacilles dans les crachats et de leur valeur séméiologique.* — Ce prix était de la valeur de 1000 francs. Quatre mémoires ont concouru. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Albert Joly, médecin-major de deuxième classe, à la direction du service de santé du 17e corps d'armée. — Elle accorde des mentions honorables à : 1° M. le docteur A. Cochez (de Paris), et 2° M. le docteur A. Sordes, de Tarare (Rhône).

Prix Portal. — Il n'y a pas eu de concurrent.

Prix Bernard de Civrieux. — Question posée : *De la sclérose en plaques disséminées.* — Deux mémoires ont concouru. — Ce prix était de la valeur de 1500 francs. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Pierre Marie (de Paris).

Prix Capuron. — Question proposée : *Traumatisme et grossesse, leur influence réciproque.* — Ce prix était de la valeur de 1500 fr. Trois mémoires ont concouru. — L'Académie ne décerne pas de prix. Elle accorde, à titre de récompense, une somme de 500 francs à M. le docteur J. Bouillet, de Béziers (Hérault).

Prix Barbier. — Ce prix était de la valeur de 3000 francs. — Sept ouvrages ou mémoires ont concouru. — L'Académie décerne le prix à MM. Arloing, Cornevin et Thomas, auteurs du mémoire imprimé, intitulé : *Du charbon bactérien.*

Prix Godard. — Ce prix était de la valeur de 1500 francs. — Quatorze concurrents se sont présentés. — L'Académie décerne : 1° un prix de 500 francs à M. le docteur Henri Huchard (de Paris), pour son ouvrage *sur les angines de poitrine ;* 2° un prix de 500 fr. à M. le docteur Hippolyte Martin, pour son ouvrage intitulé : *Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur le tubercule.* — Elle accorde des mentions honorables à : 1° M. le docteur Maurel, pour son *Traité des maladies paludéennes à la Guyane ;* 2° M. le docteur Servoles, pour son travail intitulé : *La fièvre typhoïde chez le cheval et chez l'homme ;* 3° M. le docteur André Chantemesse, pour son *Étude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte.*

Prix Desportes. — Ce prix était de la valeur de 1500 francs. Quinze ouvrages ou mémoires ont concouru. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde, à titre d'encouragement : 1000 francs à MM. les docteurs Josias et Nocard, pour leur mémoire intitulé : *Recherches expérimentales et cliniques sur le traitement de la gale et de l'acarus par le naphtol ;* 2° 500 francs, avec mention honorable, à M. le docteur Eugène Rochard, pour son ouvrage intitulé : *De l'emploi des eaux minérales dans les affections chirurgicales ;* 3° des mentions honorables à M. le docteur Bregnat de Fleury-sur-Ardelle (Eure), M. le docteur Boucher, médecin-major de l'armée, pour son *Mémoire sur le pansement antiseptique par l'acide sulfureux*, M. le docteur Coiffier (du Puy), pour son livre intitulé : *Médecine antiseptique.*

Prix Buignet. — Ce prix est de la valeur de 1500 francs. Trois ouvrages ont concouru. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Quesneville, pour son ouvrage intitulé : *Nouvelles méthodes pour la détermination des éléments du lait et de ses falsifications.* Elle décerne également le prix de l'année 1882 à M. le docteur Javal pour ses mémoires *sur l'ophthalmométrie.*

Prix Daudet. — Question posée : *Du lymphadénome.* Ce prix était de la valeur de 2000 francs. Un seul mémoire a concouru. — L'Académie décerne le prix aux auteurs : MM. les docteurs Auguste Gérardin, médecin aide-major de première classe au 17e bataillon de chasseurs à pied ; Jean Brousses, médecin aide-major de première classe au 14e régiment de dragons.

Prix Vernois. — Ce prix était de la valeur de 800 francs. Trois ouvrages ou mémoires ont concouru. — L'Académie décerne le prix à M. Charles Girard, pour ses *Documents sur les falsifications de matières alimentaires et sur les travaux du laboratoire municipal.* Elle accorde une mention honorable à M. Decroix, vétérinaire principal en retraite, pour son mémoire manuscrit intitulé : *Recherches expérimentales sur la viande de cheval et sur les viandes dites insalubres, au point de vue de la santé publique.*

Prix Lefèvre. — Ce prix était de la valeur de 2500 francs. Deux ouvrages ou mémoires ont concouru. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur A. Mairet, de Montpellier (Hérault), pour son travail intitulé : *De la démence mélancolique.* Elle accorde une mention honorable à M. le docteur Gabriel Reignier, médecin à Surgères (Charente-Inférieure).

Prix Falret. — Il n'y pas eu de concurrent.

Prix Orfila. — Question proposée : *De la vératrine, de la sabadilline ; de l'hellébore noir et du varaire blanc.* Ce prix était de la valeur de 6000 francs. Deux mémoires ont concouru. — L'Académie décerne le prix à : M. Pierre Rondeau, préparateur des travaux physiologiques de la Faculté de médecine ; M. Gédéon Meillère, préparateur des travaux chimiques à l'École de pharmacie de Paris ; M. Alfred Houdé, pharmacien à Paris.

Prix Saint-Léger. — Il n'y a pas eu de concurrent.

Prix Saint-Paul. — Cent deux lettres et trente-huit mémoires ont été adressés à l'Académie pendant l'année 1883. Cent une lettres ou mémoires ont été envoyés en 1884. — Il n'y a pas lieu à décerner le prix ; mais l'Académie accorde, à titre d'encouragement : 1° 500 francs à M. le docteur Giacomo Tedoldi, de Castel d'Ario (Italie), pour son mémoire qui contient un relevé bibliographique et historique très bien fait et un exposé du traitement de la diphthérie par le sulfate de quinine à haute dose ; 2° 500 francs à M. le docteur Otto Siefert (de Wurtzbourg), pour un mémoire sur le traitement de la diphthérie par la quinoline ; 3° 500 francs à M. le docteur Ed. Lamarre (de Saint-Germain-en-Laye) pour son mémoire sur le traitement de la diphthérie par les badigeonnages au pétrole et par les inhalations de vapeurs d'essence minérale ; 4° 500 francs à M. le docteur Delthil (de Nogent-sur-Marne), pour son mémoire sur le traitement de la diphthérie par la combustion d'un mélange d'essence de térébenthine et de goudron de gaz.

Prix de la commisson de l'hygiène de l'enfance. — Question proposée : *De l'étiologie et de la prophylaxie de la scrofule dans la première enfance.* Ce prix était de la valeur de 1500 francs. Douze

mémoires ont concouru. L'Académie décerne : 1° un prix de 1000 francs à M. Gustave Lancry, interne des hôpitaux de Paris; 2° un prix de 500 francs à M. le docteur J. Comby (de Paris); 3° des médailles d'argent à : MM. les docteurs Louis Amat, médecin-major à Rodez; G. Frédet (de Clermont-Ferrand); V.-E.-A. Friot (de Nancy). Elle accorde une mention honorable à M. le docteur F. Jacquemard (de Paris). — L'Académie accorde, en outre, pour les travaux en dehors de la question de Prix : 1° une médaille d'argent à M. le docteur Droixhe, de Huy (Belgique); 2° un rappel de médaille d'argent à M. E. Ory, inspecteur des enfants assistés du Jura; 3° des médailles de bronze à : M. Delage, inspecteur des enfants assistés du département de Vaucluse; M. Charles Guelliot, de Vouziers (Ardennes); M. L. Métérier, inspecteur des enfants assistés d'Indre-et-Loire); M. A. Delisle, employé à la préfecture d'Eure-et-Loir.

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies pour le service des épidémies de 1883. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 79.)

Médailles accordées a MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales, pour l'année 1882. (Voir la *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 446.)

Prix et médailles accordés a MM. les médecins vaccinateurs, pour le service de la vaccine en 1883. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 230.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1885

(Nous publierons la liste et les conditions de ces prix dans un prochain numéro.)

M. J. BÉCLARD, secrétaire perpétuel, a la parole.

ÉLOGE DE CLAUDE BERNARD

I

Messieurs,

Dès l'origine de la science, le problème de la vie s'est offert à l'ardente curiosité de l'homme; c'est à peine si nous commençons à en pénétrer le mystère. Parmi les changements que nous avons vu de nos jours, il n'en est guère de plus profond ni de plus complet que celui qui a renouvelé les bases de la physiologie. Hier encore, à peine admise au nombre des sciences, elle attire aujourd'hui tous les regards; on la retrouve partout, dans les programmes de l'enseignement public, dans les livres, dans les revues, dans les feuilles quotidiennes; ceux-là même qui l'ignorent, en parlent volontiers. Et ce travail de rénovation et de transformation n'est pas limité à notre propre pays, il s'étend au monde tout entier. Si quelqu'un a surtout imprimé ce mouvement, on peut l'affirmer hautement, non sans une légitime fierté, c'est l'homme dont j'ai à vous entretenir aujourd'hui. On l'a dit avec raison, la science n'a pas de frontières, elle n'est d'aucun pays; mais, si complètement guéris que nous soyons de notre présomption, ce mal dont nous avons souffert, nous ne saurions oublier que si les découvertes de nos grands hommes appartiennent au monde entier, leur héritage de gloire fait partie de ce patrimoine sacré qu'on appelle la patrie.

Il en est qu'attirent les retentissants théâtres où l'inconstante popularité accorde et retire ses faveurs, où l'on voit, tour à tour, des élévations soudaines, des chutes profondes et des retours inattendus. Combattre pour la justice, assurer le triomphe de la raison, telle est leur espérance, tel est le but de leurs constants efforts; trop souvent il leur échappe au moment où ils croient l'atteindre, et c'est au milieu d'une perpétuelle mobilité et d'une perpétuelle incertitude, qu'ils goûtent les jouissances troublées de l'ambition.

D'autres élèvent leur cœur plus haut; épris des divines beautés de la nature, ils brûlent de l'irrésistible désir de soulever les voiles qui la couvrent. Obscurs ou glorieux, marqués au front de la céleste flamme, ou perdus dans la nuit profonde, il n'importe; serviteurs désintéressés de la cause à laquelle ils ont donné leur vie, dominés par une seule pensée; ils ne calculent ni ce que coûte l'amour de la vérité, ni à quel prix elle se donne, et dans l'oubli de soi-même que la science inspire à ses adorateurs, ils trouvent les plus pures jouissances. Possédés de cette noble fièvre, dont ils ne doivent pas guérir, ils ne suspendent un instant leur marche que pour s'élancer en avant avec une ardeur nouvelle : « Toujours plus loin, toujours plus haut, » telle est leur devise.

Claude Bernard naquit dans une petite ville du Beaujolais, à Saint-Julien, près Villefranche, le 12 juillet 1813. A mi-hauteur des coteaux plantés de vignes qui s'étendent au loin sur la rive droite de la Saône, s'élève une modeste maison couronnée d'un bouquet de bois. Du côté de l'orient, éblouissants sous les feux du midi, découpés en noires silhouettes à l'heure matinale où le soleil se lève, se dressent, à l'horizon, les sommets glacés de la chaîne des Alpes. C'est là, près de son père, qu'il perdit de bonne heure, sons l'œil vigilant d'une mère attentive et tendre, que s'écoula son enfance. Plus tard, c'est encore là, sur ce coin de terre qui l'avait nourri, dans ces lieux tout remplis d'ineffaçables souvenirs, qu'il revenait fidèlement chaque année au retour désiré des vendanges.

Lorsque le moment fut venu, le jeune Claude Bernard passa des mains du curé de Saint-Julien au collège de Villefranche, puis au collège de Lyon. Ses études terminées, on décida qu'il serait pharmacien. Il fut en effet placé dans une officine du faubourg de Vaise, à Lyon; mais sa pensée était ailleurs. Quelques mois s'étaient à peine écoulés, qu'il partait pour Paris, avec une tragédie en cinq actes et les illusions de ses vingt ans. Une lettre d'introduction conduisait notre jeune homme chez un des professeurs les plus spirituels et les plus goûtés du temps, M. Saint-Marc Girardin : ce fut une heureuse fortune.

Après un court entretien, dans lequel le scepticisme bienveillant du lettré ne rencontra qu'une faible résistance, le jeune Lyonnais sortit de cette épreuve avec une déception sans doute, mais peut-être avec le pressentiment secret que sa résignation ne devait rien enlever à ses espérances d'avenir. Dès le lendemain, il s'inscrivait à la Faculté de médecine.

Ses études médicales touchaient à leur terme, et il se montrait fort irrésolu, lorsque M. Magendie, dont il était l'interne, lui offrit assez brusquement la place de préparateur au Collège de France : son sort était fixé.

Le maître qui devait exercer sur Claude Bernard une influence décisive, ne ressemblait guère à son élève. Après une jeunesse traversée par de nombreux écarts, cédant aux conseils d'une amie bien inspirée, Mme la marquise de la Place, il avait tourné du côté de la physiologie ses rares qualités. Un grand nombre de recherches entreprises sur presque toutes les parties de la physiologie expérimentale, à cette époque presque une nouveauté, lui avaient rapidement conquis une grande notoriété. On pouvait puiser à son école le dédain de l'hypothèse et la passion des réalités; mais presque toujours dominé par une idée, les yeux fermés à tout le reste, il subissait, plutôt qu'il ne les dirigeait, les conditions de l'expérience. « Je suis un chiffonnier, a dit M. Magendie, en parlant de lui-même, avec un crochet à la main et une hotte sur le dos; je parcours le domaine de la science, et je ramasse tout ce que je trouve. »

Cet empirisme expérimental, dirigé par le hasard, plus facile à formuler qu'à observer, et que M. Magendie a plus d'une fois déserté, ne risquait pas d'être contagieux; il eut pour résultat de tempérer et de modérer la nature méditative et un peu rêveuse du disciple.

Claude Bernard demeurait alors dans un petit entresol de la cour du Commerce. Souvent nous rencontrions ce grand jeune homme à l'air pensif. Quand j'évoque ce lointain passé, je me rappelle encore le sujet de nos entretiens. Il préparait alors sa thèse de doctorat sur le suc gastrique, et il se montrait surtout préoccupé de ses recherches sur le nerf spinal. M. Blondlot (de Nancy) venait de montrer qu'à l'aide des fistules stomacales, opération d'une exécution facile, on pouvait, pendant de longs mois, recueillir à volonté, sur l'animal, en grande abondance et

dans un état de pureté parfaite, ce liquide digestif, qu'à l'aide des ingénieux procédés de l'abbé Spallanzani, on ne pouvait jusqu'alors se procurer qu'en petite quantité, et plus ou moins impur. Récolter ce liquide, l'analyser, le faire réagir sur les aliments en dehors du corps de l'animal ; introduire dans l'estomac, par l'ouverture artificielle, des substances alimentaires de nature variée, les retirer à des moments déterminés afin d'étudier leurs transformations successives, voilà ce qu'on peut voir tous les jours dans nos laboratoires ; mais, il y a quarante ans, à part les quelques renseignements fournis par le Canadien du docteur Beaumont, tout cela était encore une nouveauté.

Par la multiplicité de ses origines, par sa fusion intime avec le nerf pneumogastrique, au moment où il sort du crâne, et dans le trou même qui lui livre passage, le nerf spinal est resté longtemps comme un défi porté aux expérimentateurs. Couper ce nerf dans l'intérieur du crâne, sur l'animal vivant, afin d'examiner les conséquences de cette section, beaucoup l'avaient tenté sans succès. Tout d'abord, Claude Bernard n'est pas plus heureux que ses devanciers : tous les animaux succombent. Je me souviens encore du récit de ses nombreuses tentatives, et de l'admiration que m'inspirait sa patience à toute épreuve. Enfin, il parvient à découvrir une espèce animale dans laquelle il peut détruire, en les arrachant, toutes les origines des nerfs spinaux sans ouvrir la cavité crânienne. Après l'opération, rien n'est changé en apparence ; l'animal continue à vivre, il respire librement, mais il a perdu la voix. Donc, la voix et la respiration n'ont pas le même nerf : le spinal est le nerf vocal, et la branche du pneumogastrique avec laquelle il est confondu est un nerf respiratoire.

Une fois entré dans la voie des découvertes, Claude Bernard ne s'arrêtera plus. Ouvrant un jour un lapin en pleine digestion, il remarque que les chylifères lactescents se détachent de l'intestin grêle à une plus grande distance de l'estomac que chez le chien. Or, chez ce dernier, le canal excréteur du pancréas s'ouvre près de l'estomac, tandis qu'il débouche plus bas dans l'intestin du lapin. C'est là pour Bernard un trait de lumière. Il s'attache à ce nouveau problème avec sa ténacité habituelle. L'action émulsive du suc pancréatique et le rôle qu'il joue dans l'absorption des matières grasses de l'alimentation sont démontrées.

C'est encore à cette période du début que remontent ses premières recherches sur l'action glycogénique du foie. De toutes les découvertes de Claude Bernard, aucune n'a fait autant de bruit. Depuis l'époque de Galien, où l'on considérait le foie comme l'organe transformateur dans le sein duquel le liquide nourricier apporté par les veines de l'intestin devient le sang lui-même, c'est la première fois qu'on soulevait un coin du voile sous lequel se dérobe encore une partie du mystère.

Claude Bernard annonce qu'il s'engendre dans le foie, et d'une manière continue, un sucre analogue à celui qui résulte de la transformation de l'amidon, et qu'entraîné par la circulation, ce sucre, incessamment versé dans la masse du sang, se décompose et disparaît. Et non seulement il l'annonce, mais il le prouve ; et pour répondre aux oppositions passionnées qui surgissent de toutes parts, il le démontre avec un luxe de preuves, où ses rares qualités éclatent dans tout leur jour, et où l'on ne sait ce qu'on doit le plus admirer, ou de l'esprit de méthode, ou de l'esprit d'invention de l'expérimentateur.

Heureusement ramené sur ce sujet pendant plus de vingt ans par la contradiction, il revient sur les chemins qu'il a déjà parcourus ; ses idées s'étendent, se rectifient, se complètent, et la glycogénie hépatique, désormais incontestée, revêt enfin sa formule définitive.

Durant la vie, le foie ne renferme qu'une très faible quantité de sucre, parce que, aussitôt formé, la circulation l'entraîne. Après la mort ou sur le foie extrait du corps de l'animal vivant, l'action glycogénique dure encore quelque temps ; n'étant plus enlevé par la circulation, le sucre s'accumule. Si on le recherche avant que des métamorphoses plus avancées ne l'aient fait disparaître, c'est alors qu'on en trouve le plus. En réponse à ceux qui ne voulaient voir dans la formation du sucre dans le foie qu'une réaction *post mortem*, qu'un phénomène d'ordre cadavérique, Claude Bernard répond victorieusement en montrant qu'un lobe du foie dans lequel on suspend la circulation pendant la vie, renferme bientôt dans son tissu une quantité relativement considérable de sucre. C'est aux dépens d'une substance particulière, matière glycogène ou amidon animal, que se forme le sucre qu'entraîne incessamment l'irrigation sanguine ; les principes albuminoïdes du sang aussi bien que les sucres de la digestion peuvent lui donner naissance. Les matières sucrées résultant de la digestion des amylacées, le foie les arrête en quelque sorte au passage, et les emmagasine pour en régler la distribution. L'amidon végétal, cette substance si abondante dans l'alimentation, que la digestion transforme en sucre et que l'absorption conduit au foie, ne saurait y séjourner sous cette forme soluble sans se détruire ; elle devient amidon animal, reprenant ainsi, pour un temps variable, sa stabilité première. On croyait que l'animal ne pouvait que défaire l'amidon pour en faire du sucre. Claude Bernard montre qu'il peut, à l'instar de la plante, réaliser la combinaison inverse, et faire de l'amidon avec du sucre.

Ai-je besoin de rappeler ici cette expérience célèbre de la piqûre du bulbe, suivie d'une suractivité de la fonction glycogénique, de l'accumulation du sucre dans le sang et de l'apparition d'un diabète temporaire ?

Claude Bernard vient de saisir, en quelque sorte au passage, l'action qu'exerce sur le foie le système nerveux ; il prouvera plus tard que l'excitation physiologique initiale, née des impressions inconscientes de la sensibilité viscérale, portée vers les masses nerveuses centrales, ou directement engendrée par elles, descend par la voie du grand sympathique.

Prise dans les parties centrales ou dans les cavités naturelles, la température de l'homme et des animaux supérieurs est sensiblement constante. Quand on la recherche dans des organes divers, on peut constater cependant qu'elle oscille dans d'étroites limites, autour d'un point moyen d'équilibre. Difficiles à saisir, ces faibles différences, qui se montrent tantôt dans un sens et tantôt dans un autre, ont pu paraître indifférentes ; elles renferment cependant la solution du problème de la production de la chaleur dans les animaux.

A l'aide d'un appareil instrumental perfectionné, thermomètres à échelle arbitraire, aiguilles et sondes thermo-électriques qu'on peut introduire dans l'épaisseur des tissus, dans les cavités du cœur, et jusque dans les canaux où le sang circule, Claude Bernard a débrouillé ce chaos.

La production de chaleur est une propriété qui appartient, à des degrés divers, à tous les éléments et à tous les tissus de l'animal ; elle est le résultat du travail de la nutrition : c'est dans l'intimité des organes qu'elle s'engendre. Il n'y a point de siège unique de la chaleur, bien qu'il y ait des systèmes organiques qui jouent le rôle de foyers prépondérants. Le sang veineux ramène vers le cœur la chaleur sans cesse engendrée, mais il n'en rapporte qu'une partie, d'autant plus grande que les vaisseaux dans lesquels il circule sont moins exposés aux causes de refroidissement. On conçoit ainsi comment les parties, ou superficielles ou éloignées, présentent une température moins élevée que les parties ou profondes ou centrales. Quant au sang artériel, il distribue d'un seul coup et sans grande déperdition la chaleur qu'il a reçue. Le sang est donc à la fois l'excitateur et le régulateur de la chaleur, et celle-ci tend vers une uniformité qui n'est jamais et ne peut jamais être réalisée, non seulement à cause de la variabilité du milieu extérieur, mais à cause des modifications locales de circulation.

On savait que, dans un muscle qui se contracte, la température s'élève, et l'on soupçonnait aussi qu'un travail chimique corrélatif s'accomplit dans la substance musculaire. Claude Bernard aborde cet intéressant problème avec sa supériorité habituelle. Ce n'est plus sur des muscles séparés de l'animal, dans le tissu desquels des réactions complexes s'accomplissent, c'est sur l'animal vivant qu'il le prouve. Tout muscle qui se contracte s'échauffe et la coloration noire du sang veineux qui en sort n'est que la conséquence

d'une consommation d'oxygène que l'analyse révèle. Le sang qui sort d'un muscle au repos est moins noir, mais il l'est encore. Le muscle au repos, en effet, n'est pas dans l'inertie, mais dans un état de tension particulière qu'on appelle la tonicité et qui implique un travail musculaire atténué mais continu. Dans un muscle paralysé, au contraire, les oxydations intérieures sont réduites au minimum, le sang qui en sort ressemble presque au sang artériel, sa température n'a pas sensiblement varié, et il n'a perdu qu'une quantité insignifiante d'oxygène.

Le système nerveux n'est pas, comme on l'a cru longtemps, le grand producteur de la chaleur. Sans doute il est le siège d'actes nutritifs, et, par conséquent, il est, comme les autres, un générateur de chaleur; mais il en est qui en produisent bien davantage. Le rôle spécial qu'il exerce est tout autre. Par les vaisseaux dont il tient l'élément contractile sous sa dépendance, il règle l'irrigation sanguine; il peut augmenter, diminuer, égaliser la température des parties. Les phénomènes calorifiques, en effet, sont de deux ordres : création de chaleur, répartition de la chaleur créée. La création de chaleur est du fait de la nutrition, la répartition est du ressort de la circulation.

Sensiblement uniforme dans son cours, quand on l'envisage dans son ensemble et pendant une certaine période de temps, le sang qui traverse les tissus subit çà et là des variations de vitesse dans son cours et des variations de quantité dans sa masse. C'est le système nerveux qui les commande, dispensant ainsi, à certains moments, pour certains buts déterminés, un aliment plus ou moins abondant aux métamorphoses de la nutrition, avec leurs conséquences trophiques et thermiques.

L'action du système nerveux sur le mouvement nutritif des parties s'exerce donc par l'intermédiaire des tuniques musculaires des vaisseaux, mises en jeu par les nerfs. Nous touchons ici, Messieurs, à l'une des expériences de Claude Bernard, à la fois la plus curieuse et la plus féconde par ses conséquences. Au commencement du siècle passé, Pourfour du Petit, membre de l'Académie des sciences, communiquait à la savante compagnie un travail qui porte ce titre singulier où se révèlent les idées du temps : « *Mémoire dans lequel il est démontré que les nerfs intercostaux* (on désignait ainsi le grand sympathique) *fournissent des rameaux qui portent des esprits dans les yeux* ». L'expérimentateur avait pratiqué la section du grand sympathique au cou, et observé le resserrement de la pupille qui la suit. Mais ce que Pourfour du Petit n'avait pas vu, ce que Claude Bernard lui-même n'avait pas observé tout d'abord, ne devait pas échapper à son regard pénétrant.

En répétant cette expérience, dans le courant du mois de novembre 1851, il constate qu'en outre de la constriction pupillaire, on peut voir, du côté de la face correspondant à la section, la température s'élever et les vaisseaux se dilater; phénomènes particulièrement saisissants sur les oreilles minces et transparentes des lapins à robe blanche. Il galvanise le bout supérieur du grand sympathique coupé : les vaisseaux dilatés se contractent; d'active qu'elle était, la circulation devient faible, la conjonctive, les narines, les oreilles, qui étaient rouges, pâlissent, et, comme conséquence de l'expulsion du sang, les parties primitivement échauffées se refroidissent. Voilà, d'un seul coup, tout un jour inattendu projeté sur le mécanisme des circulations locales. Les conditions mécaniques générales de la circulation, jusque-là principal objectif des physiologistes, se trouvent reléguées au second plan. En dehors du mouvement circulaire continu, engendré et entretenu par le moteur central, il y a donc, au sein des organes et des tissus, d'innombrables circuits de dérivation dans lesquels la distribution du sang peut être incessamment modifiée sous l'influence d'excitations perçues ou non perçues, provoquées ou fortuites. Les vaisseaux dans lesquels le sang circule sont donc le siège de mouvements incessants et inaperçus de contraction et de dilatation, succédant à des influences intérieures ou extérieures, circonscrites ou étendues, agissant à la manière d'écluses chargées de régler la consommation sanguine. De là le nom de vaso-moteurs, sous lequel on désigne les nerfs qui animent l'élément contractile des vaisseaux.

Mais ce n'est pas tout, et Claude Bernard ne devait pas tarder à découvrir dans les nerfs une propriété nouvelle et tout à fait imprévue.

A côté des nerfs vaso-moteurs dont l'excitation entraîne, ainsi qu'on devait naturellement l'attendre, la contraction des tuniques musculaires, et, par conséquent, une diminution de calibre, il est d'autres nerfs dont l'excitation détermine dans les vaisseaux qu'ils innervent, non pas une constriction, mais une dilatation. La tunique musculaire des vaisseaux se comporte alors comme si les nerfs qui s'y rendent étaient coupés, ou comme si la tunique musculaire était pour un moment paralysée.

De là deux sortes d'agents nerveux vasculaires : les vaso-constricteurs agissant à la manière ordinaire des nerfs moteurs, et les vaso-dilatateurs agissant en sens contraire. Cette singulière propriété, Bernard l'avait d'abord rencontrée dans les filets nerveux dépendant du système cérébro-spinal, et l'on put croire un instant à une sorte d'opposition entre les nerfs de la vie animale et les nerfs de la vie organique. Mais il semble résulter des innombrables recherches dont les expériences de Claude Bernard ont été le point de départ, que les vaso-dilatateurs, aussi bien que les vaso-constricteurs, appartiennent, les uns comme les autres, directement ou indirectement, au système nerveux ganglionnaire, lequel tiendrait ainsi sous sa dépendance l'ensemble des actes de la vie de nutrition.

Le mode d'action des nerfs auxquels on donne le nom de vaso-dilatateurs reste entouré d'une obscurité profonde. Y a-t-il, ainsi que le pensait Claude Bernard, et que beaucoup d'autres le pensent après lui, y a-t-il réellement deux ordres de filets nerveux : les uns conducteurs des incitations constrictives, les autres messagers des actions modératrices ou paralysantes? N'y a-t-il, au contraire, qu'une seule espèce de nerfs conducteurs des incitations motrices, pouvant tantôt éveiller le mouvement et tantôt le suspendre ou l'arrêter, suivant le mode d'après lequel les centres incitateurs les sollicitent à l'action? Ceux-ci auraient-ils le pouvoir, nous ne dirons pas d'anéantir, ce qui serait contraire à ce que nous savons sur la conservation de l'énergie, mais de dissimuler l'action qui semble devoir succéder fatalement à l'impression, c'est-à-dire la créer sans la rendre libre, l'emmagasiner et la confiner à l'état latent pour la dispenser à un moment donné, sous l'influence d'une excitation nouvelle, venue du dehors ou du dedans?

C'est ce que nous apprendra l'avenir. Pour le moment, ces actions nerveuses de suspension, d'arrêt ou d'inhibition, pour employer une expression empruntée par M. Brown-Séquard à notre vieux langage juridique, ces actions nerveuses qu'on observe non seulement par l'excitation directe des conducteurs nerveux centrifuges, mais aussi par l'irritation de toute partie sensible, et par voie de retour, dans la sphère des actes réflexes, sont et resteront longtemps encore le grand problème de la physiologie.

Il régnait toujours un certain doute en physiologie sur cette question : la propriété caractéristique que possède le muscle de se contracter lui appartient-elle en propre, est-elle inhérente au muscle lui-même ou n'est-elle qu'une propriété d'emprunt et dépend-elle des éléments nerveux qui le pénètrent? Sans doute le muscle doit communiquer librement avec le système nerveux central pour qu'il puisse se contracter sous l'influence de la volonté; mais la volonté n'est qu'un des modes d'excitation du muscle, et celui-ci répond encore aux excitants directs alors que les conducteurs des incitations motrices volontaires sont rompus. Sur quels éléments anatomiques agissent alors les excitants? sur la fibre musculaire elle-même ou sur les fibres nerveuses qui la pénètrent?

C'est à l'aide de ce poison subtil dont les indigènes de l'Amérique méridionale empoisonnent leurs flèches, le *curare*, que Claude Bernard a résolu le problème. Placé sous l'influence de ce poison bizarre, l'animal reste étendu sans mouvement; il semble mort, mais il ne l'est pas; il ne succombera que plus tard. On excite le tégument sensible, aucun mouvement ne se produit; cependant l'animal a senti, et non seulement il a senti, mais il a voulu le mouvement, afin de se soustraire à la cause vulnérante. Si l'animal ne l'a pas exécuté, c'est que les conducteurs nerveux des incita-

tions motrices sont frappés par le poison dans leurs terminaisons musculaires. Tout cela, Claude Bernard le prouve. On peut voir, en effet, la sensibilité partout conservée, et la volonté, ailleurs impuissante, réagir et se manifester par le mouvement dans les seules parties convenablement protégées par des ligatures vasculaires, contre l'irrigation toxique. Ajoutons enfin que les muscles, qui n'obéissent plus à l'animal, ont cependant conservé leurs propriétés contractiles; ils répondent à tous les excitants directs. La contractilité appartient à la fibre musculaire.

A côté et au-dessus de cette solution partielle, il est aisé d'entrevoir toute une méthode nouvelle de recherches, que Claude Bernard n'aura garde de laisser échapper. Dans ce muscle qui se contracte sous les influences les plus diverses, dans ce nerf qui peut le solliciter à l'action, de même qu'il peut aussi transmettre en sens inverse les impressions de la sensibilité, autant de modes distincts de la vie à la fois unis et séparés, insaisissables pour le grossier scalpel, et que Claude Bernard isole à l'aide d'un réactif physiologique à la fois délicat et sûr, qui, sans rien dilacérer et sans rien détruire, pénètre là où ni la main ni l'œil ne peuvent aller et atteint sûrement les éléments mêmes de l'organisme.

Nous venons de voir ce qu'on obtient avec le curare. Mais de quelle manière, sur quels éléments agiront d'autres substances, poisons ou médicaments? Et ce n'est pas tout : on peut dire de cet agent, comme de beaucoup d'autres, qu'il ne suffit pas de l'introduire dans l'organisme pour voir éclater ses effets. Dans son bel ouvrage sur l'action des agents toxiques et médicamenteux, Claude Bernard prouve que ces agents n'exercent leur action qu'à la double condition d'arriver sur les éléments mêmes sur lesquels ils agissent d'une manière élective, en un temps donné et en quantité suffisante, posant ainsi l'un des préceptes les plus importants de la thérapeutique générale.

A peu près à cette époque, Claude Bernard retrouvait et fixait l'ensemble des conditions nécessaires à la réalisation d'un fait d'expérience qui avait fait beaucoup de bruit quelques années auparavant dans le laboratoire de M. Magendie; il s'agissait d'une forme particulière de la sensibilité, mise en éveil par la stimulation des racines motrices des nerfs rachidiens, et assez improprement désignée sous le nom de sensibilité récurrente; phénomène fugace, incertain, difficile à faire naître, provoqué en quelque sorte à rebours par la voie des incitations motrices, sur lequel on discute encore, et qui n'est sans doute qu'une contraction musculaire régulièrement déterminée par l'excitation des conducteurs nerveux centrifuges, contraction non voulue, inattendue, excessive, une sorte de crampe expérimentale douloureusement ressentie par l'animal.

Que de sujets encore sur lesquels Bernard a marqué l'empreinte de son génie inventif : soit qu'il observe l'action des milieux échauffés et refroidis sur les animaux vivants, les limites et la durée de leur résistance, la manière dont ils succombent; soit qu'il étudie la couleur, la quantité, la température et la composition du sang qui traverse les glandes à l'état de repos ou à l'état d'activité, l'action des nerfs sur les actes sécrétoires, le mode d'action des poisons musculaires, des poisons nerveux, des poisons du sang; mais il faut nous borner.

Une grande partie de ces travaux, Claude Bernard a dû les accomplir dans le laboratoire du préparateur, non sans difficultés, trop souvent aux prises avec le découragement, sans instruments et presque sans aides. En 1854, enfin, quelques mois après son entrée à l'Académie des sciences, une chaire de physiologie était créée pour lui à la Sorbonne, et presque en même temps il succédait à M. Magendie au Collège de France. Quelques mois plus tard, il venait prendre place au milieu de nous. Peu après il échangeait son enseignement de la Faculté des sciences pour la chaire de physiologie générale du Muséum; et l'Académie française, qui aime à se parer de tout ce qui est grand, l'appelait dans son sein.

Fidèle au programme qu'il a plusieurs fois tracé lui-même, dans ses leçons, toujours il a considéré la science, non dans ce qu'elle a d'acquis, mais dans les lacunes qu'elle présente. Dégagé de toute idée préconçue, jamais il n'était surpris par l'imprévu. « En physiologie, disait-il, il y a, de nos jours, autant de probabilités pour trouver des faits qui renversent la théorie qu'il y en a pour en trouver qui la fortifient. » Aussi le cours de Claude Bernard n'avait rien de l'enseignement dogmatique; c'était une école de progrès, dans laquelle il racontait avec une entière sincérité aussi bien les déceptions que les heureuses surprises de l'expérimentateur.

Mais ce qui était plus instructif peut-être, c'étaient les causeries du laboratoire, ou mieux encore la familiarité des entretiens particuliers; c'est là surtout qu'on pouvait le connaître et le juger.

Qu'il nous soit permis de nous reporter en arrière et de faire revivre un instant de bien chers souvenirs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 mai 1885, ont été promus dans le corps de santé militaire, savoir :

Au grade de médecin inspecteur général. — M. le médecin inspecteur Didiot, directeur du service de santé au ministère de la guerre, en remplacement de M. le médecin inspecteur général Legouest, admis dans la section de réserve.

Au grade de médecin inspecteur. — M. le médecin principal de première classe Villemin, sous-directeur à l'école du Val-de-Grâce, en remplacement de M. Didiot, promu.

— Par décret, en date du 17 mai 1885, ont été nommés dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de medecin-major de première classe. — M. Fauque, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Castang, Bourdet, Faisans, Capitrel, Alexandre, Aube, Toubin, Husson, Burel, De Pezzer et Jaulin.

— En exécution de l'arrêté du 25 avril 1882, l'administration du Muséum aura à présenter à la nomination du ministre de l'instruction publique les candidats aux vingt bourses d'études, instituées près le Muséum d'histoire naturelle. Les candidats doivent se faire inscrire, avant le 30 juin 1885, au secrétariat du Muséum ou au secrétariat des Académies dans les départements.

— Les questions données jusqu'à ce jour pour la seconde épreuve — épreuve orale — du concours des médecins du Bureau central sont : 1° Adénopathie bronchique; 2° Causes, symptômes et diagnostic de la péritonite chronique généralisée; 3° De la tétanie; 4° La dilatation des bronches; 5° Symptômes et diagnostic de la sclérose en plaques.

— Le registre d'inscription du concours des chirurgiens du Bureau central est clos. Le nombre des candidats inscrits est de vingt, qui sont : MM. les docteurs Barette, Bazy, Brun, Castex, Garnier, Jarjavay, Jullien, Labbé, Marchant, Ménard, Michaux, Nepveu, Ozenne, Petit-Vendol, Picqué, Poirier, Ramonat, Ramonède, Rémy et Routier.

— M. Chatin, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique, le dimanche 24 mai, dans les bois de Saint-Cloud.

Le départ s'effectue de la gare Montparnasse à onze heures, pour la station de Bellevue. — Rendez-vous général, parc de Saint-Cloud, en bas des cascades, à midi.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les travaux du laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris, publiés par le docteur J.-V. LABORDE, chef des travaux physiologiques. Premier volume. 1 beau vol. gr. in-8° avec 36 dessins et graphiques dans le texte et 14 planches chromolithographiées. — Prix : 16 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Recherches anatomiques sur les veines du rachis, par le docteur Charles Walther, prosecteur des hôpitaux. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Cie.

Recherches sur la structure des corpuscules nerveux terminaux de la conjonctive et des organes génitaux, par le docteur E. HUCHARD. Broch. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Contribution à l'étude de la sclérose multiloculaire chez les enfants, par M. le docteur MONCORVO (de Rio-de-Janeiro). — Prix : 2 francs. — Paris, O. Berthier.

Examen critique des principaux procédés de pulvérisation des eaux minérales, par le docteur P. BERNARD. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier.

Du mouvement de l'aliénation mentale en France de 1835 à 1882, par le docteur L. LUNIER, inspecteur général honoraire du service des aliénés de France. Gr. in-8° de 20 pages et tableau. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, F. Savy.

Du traitement du cancer utérin, par T. GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, G. Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17856.

60

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : **LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.**

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande *directement à MM. Lebeault, Mayet et Cie*, recevront une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon.

54

SIROP DE PAPAINE TROUETTE-PERRET

Maladies d'estomac, gastrites, gastralgies, diarrhées chroniques, vomissements des enfants, etc. Une cuillerée à bouche après chaque repas. Gros, 165, rue St-Antoine. Dépôt toutes phies.

70

PEPTONATE DE FER ROBIN

Se distingue par son pouvoir nutritif intense, 8,14 °/o d'Az., 13,70 °/o FER pur.

Admis officiellement, après ANALYSE, *dans les hôpit. de Paris*, c'est le *plus assimilable*, le *plus agréable* et le *seul* employé *pur, dialysé* (15-20 Gttes par repas). Sous forme de VIN (1 v. à liqueur). Phie CAZIN, 32, faubourg Montmartre, Paris.

14

INALTÉRABLE, D'UN GOUT EXQUIS.

VIN D'ALMANZA DE LAVOCAT

Au *quinquina, cacao, colombo* et *moka.*

Rétablit les fonctions de l'APPAREIL DIGESTIF, reconstitue les TEMPÉRAMENTS AFFAIBLIS.

Combat sûrement :

ANÉMIE, CHLOROSES, DIARRHÉES, FIÈVRES, etc.

Des flacons à l'essai sont envoyés gracieusement à **MM. les Docteurs** qui en feront la demande : à Lyon, phie LAVOCAT, 42, rue Ferrandière; à Paris, phie MOPPERT, 51, rue du Temple.

111

CAUTERETS (HAUTES-PYRÉNÉES).

SAISON DU 1er JUIN AU 30 SEPTEMBRE.

Sources sulfureuses de :

LA RAILLÈRE, CÉSAR, MAUHOURAT

L'efficacité de ces eaux en boisson et en gargarisme, leur action tonique et reconstituante, ont donné à la station de Cauterets une réputation hors ligne.

Chez tous les marchands d'eaux minérales, ou écrire au *Directeur des Eaux*, à CAUTERETS.

42

BAIN DE PENNÈS, HYGIÉNIQUE

RECONSTITUANT, STIMULANT.

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux**, surtout les **bains de mer**.

Eviter contrefaçons en exigeant le timbre de l'Etat.

Gros : 2, r. de Latran. Détail : toutes pharm.

9

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.

Le Perdriel

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par DRAGEES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée). Dépôt Gral : Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

33

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

4

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50.

50, boulevard de Strasbourg.

49

L'eau minérale de la

SOURCE DU PAVILLON

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

est la seule à **Contrexéville** *qui soit décrétée d'intérêt public.*

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques et hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central des eaux à Paris, 31, boulevard des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : 0f50 à 3f. Envoi cont. timbres. — Ph. **BERTRAND** aîné, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AÎNÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

83

Établissement thermal Vichy

(Allier) PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT (Allier)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabète, Goutte, Calculs urinaires, etc.*

Théâtre et Concert au Casino; Musique dans le Parc; Cabinet de Lecture; Salon réservé aux Dames; Salons de jeux, de conversation et de billard.

COURSES DE CHEVAUX

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

177

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des

GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

136

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

215

PILULES SUISSES

(Pilules de coloquinte composées).

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

33

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

79

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

N° 59. — SAMEDI 23 MAI 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 23 MAI 1885. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **8** fr. **50.**	— 6 mois : **16** fr.	1 an : **30** fr.
UNION POSTALE..	3 mois : **10** fr.	». — 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Monoplégie brachiale, suite de traumatisme de l'épaule ; sa nature hystérique.

Le malade de la Salpêtrière, à la monoplégie brachiale, dont nous avons entretenu nos lecteurs dans notre dernière revue, a fait le sujet d'une seconde conférence dans laquelle M. Charcot a complété l'examen analytique et comparatif des symptômes qu'il présente, pour arriver à la formule d'un diagnostic définitif et du pronostic ainsi que des indications thérapeutiques qui s'en déduisent.

On a vu comment et par quelles considérations tirées surtout de la comparaison contrastante de quelques-uns des phénomènes constatés chez ce malade avec ceux qui ont été relevés chez un autre malade du service présentant une monoplégie par traumatisme du plexus brachial absolument typique, M. Charcot est arrivé à éliminer comme cause directe, immédiate et permanente de cette paralysie l'existence d'une lésion du plexus brachial. Il restait à examiner deux autres hypothèses : celle d'une lésion médullaire et celle d'une lésion cérébrale.

Il n'y avait pas à s'arrêter à l'hypothèse d'une lésion médullaire dont nul autre symptôme que la monoplégie brachiale ne pouvait ici faire soupçonner l'existence. Celle d'une lésion de l'encéphale pouvait plutôt avoir en sa faveur quelque apparence de possibilité. Il n'eût pas été impossible, par exemple, que, dans sa chute du haut du siège de sa voiture, la tête de cet homme eût porté sur le sol assez violemment pour déterminer une commotion ou même une hémorrhagie dans la capsule interne. Mais, dans ce cas, il y aurait eu des symptômes d'apoplexie qui n'ont pas eu lieu ici. On se rappelle que cet homme n'a pas eu un seul instant de perte de connaissance puisqu'il a pu, immédiatement après sa chute, se relever, monter sur son siège et faire encore une course de plusieurs heures. Avec la paralysie brachiale, il y aurait eu au moins un certain degré de phénomènes paralytiques de la face et du membre inférieur du même côté, ce que l'on n'a constaté à aucun moment.

L'hypothèse d'une lésion de la surface corticale du tiers moyen des circonvolutions médianes, centre moteur, comme on le sait, n'était pas plus soutenable. La paralysie du bras eût été aussi accompagnée de paralysie du membre inférieur et de la face, les monoplégies brachiales pures étant très rares dans ce cas. D'un autre côté, les observateurs qui ont rapporté des exemples de ces hémiplégies par lésion corticale, MM. Ballet et Ferrier notamment, ont remarqué que, dans ces cas, les troubles de la sensibilité étaient très légers et passagers. Or ici, comme on le sait, les troubles de la sensibilité sont d'une intensité extrême et d'une persistance dont il n'est pas possible encore de prévoir la durée. Enfin, dans l'un et l'autre cas, lésion de la capsule interne ou lésion de la surface corticale, il se serait déjà produit des symptômes secondaires tels qu'atrophie musculaire, contracture, exagération des réflexes. Rien de semblable n'a lieu ici.

Élimination faite de ces trois hypothèses, de quoi peut-il s'agir ici? à quel genre de lésion a-t-on affaire? car il faut toujours remonter à une lésion quelconque comme cause des symptômes. Il y en a une dans ce cas ; mais ce n'est pas une lésion organique destructive, c'est une lésion purement fonctionnelle, dynamique. La monoplégie de cet homme n'est autre, en un mot, qu'une paralysie hystérique.

Ce diagnostic, qui avait déjà été pressenti ou présumé par plusieurs membres de la Société médicale des hôpitaux, notamment par M. Féréol et M. Joffroy, lors de la présentation de ce malade à cette Société, M. Charcot n'hésite pas à l'affirmer, bien que cet homme n'ait jamais présenté de symptômes hystériques. Il nous reste à dire sur quoi M. Charcot fonde cette affirmation.

En énumérant et analysant devant son auditoire les symptômes et les caractères de cette paralysie chez ce cocher de fiacre, M. Charcot s'en était tenu aux signes les plus apparents, laissant à dessein de côté un certain nombre d'autres phénomènes plus cachés qu'il fallait chercher pour les découvrir, et qui constituent autant de stigmates hystériques. Ils sont nombreux chez cet homme, ainsi qu'on va le voir.

En premier lieu, c'est cette anesthésie si profonde et si étendue qui, au lieu d'être limitée au bras et surtout à sa partie inférieure, comme cela a lieu chez le monoplégique par lésion vraie du plexus brachial, qui a servi de terme de comparaison, est presque généralisée à tout le côté droit, aux parois thoraciques et jusqu'au membre inférieur, bien qu'à un moindre degré, de manière à constituer une véritable hémianesthésie.

En second lieu, ce sont les organes des sens qui présentent

à l'exploration des modifications ou des troubles divers qui se rattachent d'ordinaire à l'hystérie. L'exploration de l'ouïe montre de l'obtusion à droite, tandis qu'à gauche, elle est normale. L'odorat est également altéré à droite, le malade ne perçoit de ce côté ni l'impression de l'éther ni celle de l'ammoniaque, tandis qu'elles sont parfaitement perçues du côté gauche. Si l'on dépose un fragment d'aloës sur le côté droit de la langue, le malade n'en éprouve aucune sensation; sur le côté gauche, elle est vivement perçue. L'exploration de l'épiglotte par le doigt en révèle l'insensibilité, signe d'hystérie observée, comme on le sait, par Chairou.

Après avoir constaté l'existence de ces divers stigmates sensoriels, M. Charcot s'est livré à l'exploration de la vision. Les résultats de ses premières explorations ont été d'abord négatifs. Mais, depuis lors, le malade ayant eu une permission de sortie et étant rentré à la Salpêtrière fatigué, avec de la céphalalgie, de la courbature, M. Charcot, à un nouvel examen, constata un rétrécissement notable du champ visuel, qui avait échappé jusque-là, plus une polyopie monoculaire. En faisant fermer un œil et présentant à l'autre un crayon, le malade a eu la perception de deux crayons, tous deux plus petits. Il y avait à la fois micropie et polyopie. On sait que la polyopie peut se manifester dans diverses conditions, notamment dans les cas d'opacité corticale ou de segmentation du cristallin. Ici il n'y avait rien de semblable. Ce ne pouvait donc être qu'un phénomène hystérique.

En résumé, hémianesthésie, troubles des divers sens, monoplégie flasque, sans participation de la face ni du membre inférieur, et avec perte absolue du sens musculaire, intégrité de la fibre musculaire et de sa contractilité électrique, tout est réuni chez ce sujet pour faire admettre que c'est un hystérique et que sa monoplégie brachiale, bien que survenue à la suite d'un traumatisme, est de nature hystérique, comme tous les autres phénomènes qu'il présente. Il ne manque, pour constituer le tableau complet de l'hystérie, que les convulsions, l'attaque proprement dite. Mais on sait, par les observations de Briquet, notamment, qui, dans ses recherches statistiques, a constaté qu'un tiers environ des hystériques n'avaient point d'attaque, qu'il ne faut pas compter sur ce caractère pour conclure.

On a vu précédemment le parti que M. Charcot a tiré de la présence dans son service d'un malade atteint d'une monoplégie brachiale par lésion vraie du plexus brachial, pour en déduire, par la comparaison des symptômes constatés chez ces deux malades, la différence d'origine de la paralysie chez l'un et chez l'autre. Les hasards de la clinique ont placé à côté d'eux un troisième malade dont le rapprochement va achever la démonstration qui vient d'être faite. Il s'agit aussi d'un individu atteint également d'une monoplégie survenue, il y a neuf mois, dans des conditions analogues, à la suite d'une chute sur l'épaule, mais avec cette différence qu'au lieu de porter sur la région postérieure de l'épaule, le choc a porté sur la région antérieure. Il présente aussi une anesthésie cutanée très étendue, mais qui, par cette étendue même, ne correspond pas à la lésion du plexus brachial; il y a chez lui même absence de paralysie de la face, même abolition du sens musculaire, même conservation de la contractilité électrique et de la nutrition des muscles paralysés. Ajoutons enfin que ce troisième malade est un hystérique complet, sujet à de fréquentes attaques hystéro-épileptiques longtemps avant son accident, — il en a eu une séance tenante, — et présentant enfin, comme le premier sujet, tous les stigmates sensoriels de l'hystérie classique, l'altération de la vue, de l'ouïe, du goût et de l'odorat, le point hystérogène dans l'aine, etc.

Y a-t-il un moyen d'expliquer cette singularité de la manifestation d'une monoplégie hystérique à la suite d'un traumatisme, dont ces deux malades viennent de nous présenter un exemple? Ne sont-ce pas là des faits analogues aux paralysies psychiques, expérimentales, que l'on observe chez les sujets hypnotiques ou que l'on provoque par voie de suggestion? C'est ce que M. Charcot se propose d'étudier dans sa conférence prochaine.

Phlegmon péri-utérin.

Une femme âgée de vingt-huit ans est entrée le 21 avril à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Gallard, salle Sainte-Marie, n° 38. Cette femme habituellement bien portante, menstruée un peu tardivement, a eu, à l'âge de vingt-deux ans, une première grossesse qui s'est bien terminée et n'a laissé à sa suite qu'un peu de leucorrhée. Elle était dans cet état, lorsque le 6 avril dernier elle fut prise tout à coup d'un état fébrile avec embarras gastrique. Une purgation et deux ou trois jours de repos lui permirent de reprendre son travail habituel. Mais cette amélioration ne fut pas de longue durée. Quelques jours après elle éprouva des douleurs dans le ventre, avec gonflement, des nausées, sans vomissements. C'est alors qu'elle se décida à entrer à l'hôpital.

Examinée le 23, elle présenta l'état suivant : ventre tendu, douloureux à la pression, surtout dans le flanc gauche; fièvre, pouls fréquent, température élevée. A l'examen vaginal on trouve une grande humidité avec une température très élevée de cette région, un léger degré d'antéversion de la matrice, avec un col gros et légèrement ulcéré. En arrière du col, le doigt perçoit une tuméfaction arrondie, très nette, formant une sorte de bourrelet, se prolongeant un peu du côté droit, mais beaucoup plus du côté gauche. La consistance de cette tuméfaction était celle d'un phlegmon cutané, la muqueuse rétro-vaginale ne glissait point sur la tumeur à laquelle elle paraissait adhérer. Enfin on y constatait des pulsations artérielles semblables à celles que l'on perçoit sur un panaris. L'exploration de cette région était très douloureuse. Enfin, pour compléter l'examen, un doigt introduit dans le rectum, tandis que l'autre est maintenu dans le vagin, permet de contourner et de circonscrire exactement la tumeur qui correspond au segment inférieur de l'utérus dont on sent la partie supérieure restée libre au-dessus.

Qu'est-ce que cette tumeur? Elle présente manifestement tous les caractères de l'inflammation aiguë, développement rapide s'accompagnant d'un mouvement fébrile, empâtement, sensibilité vive, battements artériels. Son siège, nettement indiqué par les signes énoncés ci-dessus, est sur la paroi postérieure de l'utérus qu'elle contourne un peu jusque sur les côtes. Sa situation ainsi que sa consistance et sa fixité excluent l'idée d'une ovarite ou d'un phlegmon du ligament large ou de la trompe. Il n'y avait pas non plus à mettre en cause une péritonite dont il n'existe d'ailleurs aucun des symptômes généraux caractéristiques. M. Gallard n'hésite pas à assigner pour siège à cette tuméfaction le tissu cellulaire péri-utérin. Il ne saurait y voir autre chose qu'un phlegmon péri-utérin.

Si M. Gallard insiste sur cette détermination, c'est parce que l'existence du phlegmon péri-utérin a été contestée, pour y substituer la notion de la péritonite pelvienne, affection dont la réalité n'est pas mise en doute, mais qui n'exclut pas la première. On ne s'est pas borné à contester l'existence du phlegmon, mais on a nié même qu'il y eût un tissu cellulaire péri-utérin. Or le phlegmon péri-utérin existe, de par les signes cliniques qui ne peuvent se rapporter à aucune des inflammations des autres organes du bassin et qui ne se rapportent qu'à lui, fait qui a été assez heureusement exprimé par cette proposition de M. Nonat : le tissu cellulaire péri-utérin s'enflamme, donc il existe. Mais la démonstration en a été faite directement, tant par les recherches anatomiques et anatomo-pathologiques d'Aran que par les observations de M. Nonat, de M. Gosselin, de M. Courty, et celles de plusieurs chirurgiens anglais et allemands. M. Gallard en a fait lui-même la démonstration sur les organes génitaux d'une jeune femme, morte de phthisie pulmonaire, dans un grand état d'émaciation qui lui a permis de séparer facilement du péritoine et de disséquer les lames de tissu cellulaire, qui lui étaient sous-jacentes et accolées à la face postérieure du vagin et du col de l'utérus. Du reste, le tissu cellulaire se trouve dans ce point comme il se trouve partout où il existe un vide entre une séreuse et le viscère qu'elle recouvre.

Cette couche de tissu cellulaire est-elle assez épaisse pour donner lieu, quand elle vient à s'enflammer, à une tuméfaction du volume que présente la tumeur péri-utérine chez la malade qui fait le sujet de ces considérations cliniques ? Il suffit de voir ce qui se passe dans le tissu cellulaire des ligaments larges, dans celui des paupières lorsqu'ils s'enflamment, pour ne pas s'arrêter un instant sur ce point.

La question est donc résolue au point de vue anatomique. Elle ne l'est pas moins au point de vue anatomo-pathologique, d'après les faits cliniques que nous avons rappelés ci-dessus.

Mais M. Gallard va plus loin. Non seulement la question de l'existence du phlegmon péri-utérin lui paraît désormais hors de toute contestation, mais il retourne l'argument aux anatomo-pathologistes qui ne voient que la pelvi-péritonite, comme phénomène initial des accidents phlegmasiques et des phlegmons du bassin. La pelvi-péritonite, à ses yeux, au lieu d'être primitive, est, au contraire, toujours secondaire.

Enfin on a introduit récemment un nouveau facteur dans l'histoire des phlegmons du bassin, c'est l'engorgement des ganglions lymphatiques, la ganglionite rétro-utérine de M. Lucas-Championnière. Mais elle ne saurait être confondue avec le phlegmon du tissu cellulaire rétro-utérin. Partout où les ganglions s'enflamment dans le bassin, comme aux aines ou dans la région axillaire, ils donnent lieu à une tuméfaction circonscrite, limitée, et non à un empâtement globuleux comme est ici le phlegmon en question. D'ailleurs, les ganglionites ne sont-elles pas toujours elles-mêmes consécutives à d'autres lésions dont elles ne sont en quelque sorte que les symptômes ?

En résumé, les deux seules maladies primitives de la région dont il s'agit sont l'ovarite et le phlegmon péri-utérin. On a vu pour quelles raisons l'idée d'une ovarite devait être rejetée ici. C'est donc à un phlegmon du tissu cellulaire péri-utérin que l'on a affaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 19 mai 1885. — Présidence de MM. Hardy et Alphonse Guérin.

ÉLOGE DE CLAUDE BERNARD (1)

II

Vers 1860, dans une petite maison cachée sous de magnifiques ombrages vivait, retiré à Passy, un homme trop tôt disparu et dont la mémoire a laissé, dans le cœur de ceux qui l'ont connu, une trace ineffaçable. Une composition d'internat avait classé, du premier coup, au nombre des esprits les plus distingués de la jeunesse médicale de son temps, M. Jean Bouley, ce maître ignoré, comme l'appelait naguère un des nôtres. Pour s'assurer le concours de ses lumières et l'autorité de ses conseils, pour couronner en quelque sorte la maison de santé de Passy d'une auréole de respect, notre savant et cher confrère M. Blanche avait ménagé à M. Bouley cette retraite silencieuse et charmante. Depuis de longues années, il préparait un traité de pathologie générale. Grand partisan de l'unité évolutive de Hégel, il rêvait de placer au sommet de la pathologie générale, qui n'est, disait-il, qu'un pur inventaire, l'idée de cause comme le point de départ d'une évolution scientifique nouvelle. Son sujet allait s'élargissant sans cesse et, pénétré de plus en plus de son insuffisance, chaque jour il remettait au lendemain. Quelle n'eût pas été sa joie, s'il eût vécu, de voir le grand œuvre qu'il couvait en silence briser tout à coup le moule didactique et se réaliser sous la forme vivante !

Dans son cabinet, sur les chaises, sur la cheminée, sur le sol, partout des livres ouverts et annotés; et sur sa table de travail, une sorte de rempart de volumes au-dessus duquel on apercevait, en entrant, son bon et fin sourire. Ce qu'il y avait de connaissances accumulées chez ce lecteur sans relâche est vraiment prodigieux : sciences médicales, langues anciennes, langues vivantes, histoire de tous les temps et de tous les pays, philosophie, archéologie, peinture, sculpture, avec la connaissance précise des chefs-d'œuvre de tous les musées d'Europe, histoire de la musique, hautes mathématiques, exégèse historique et religieuse ; il était prêt sur tous les sujets, parlait peu, écoutait volontiers les autres et résumait son opinion, toujours attendue, en un trait juste et parfois piquant.

Chaque semaine prenaient place à sa table quelques amis choisis : Claude Bernard était du nombre.

On y rencontrait M. Ernest Renan, à la gravité douce et souriante, à l'ironie discrète et légère, le séduisant auteur de tant de pages exquises, modèles achevés de finesse et de grâce. Peu soucieux de ces luttes stériles où trop souvent les principes succombent dans la mêlée des intérêts, s'il n'a pour les solutions contingentes des questions du jour qu'une dédaigneuse indifférence; devant les grands problèmes qui l'attirent, si parfois sa pensée hésite et s'il refuse d'attacher à sa doctrine une étiquette convenue, il est un asile réservé où le croyant apparaît et se révèle : ennemi déclaré de toute persécution, défenseur convaincu de toutes les libertés, c'est avec une persuasive éloquence qu'il proclame les droits imprescriptibles de la conscience humaine.

Claude Bernard y retrouvait son compagnon de laboratoire, l'éminent chimiste doué à un si haut degré de la faculté créatrice, M. Berthelot, dont les meilleures synthèses laissent entrevoir, comme une moisson lointaine, les ambitieuses espérances de la science hermétique; le chercheur inspiré qui poursuit, en ce moment même, dans les chaleurs de combinaison des corps, le secret des affinités, ce grand mystère de la chimie.

On y rencontrait encore l'un des maîtres les plus aimés de notre Compagnie, le frère du maître du logis, M. Henry Bouley, esprit élevé et cœur chaud, toujours prêt à s'émouvoir aux grandes idées et aux nobles sentiments; M. Peisse, le traducteur des œuvres philosophiques de Dulgald-Steward, critique d'art de premier

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 mai 1885.

ordre, qui, sans être médecin, écrivait sur les choses de la médecine d'une plume mordante et fine et qui devint, dans les dernières années de sa vie, l'un de nos associés libres; M. Chenavard, cet attachant causeur dont l'inépuisable fantaisie donne à tout ce qu'elle touche un tour inattendu, artiste doublé d'un penseur qui, dans une composition à la fois étrange et puissante, symbolise, sous les traits de Moïse, d'Homère, d'Aristote et de Galilée, les incarnations successives de l'humanité; M. Léon Renault, tout jeune alors, et dont l'assurance précoce, le sens droit, la parole élégante et claire, faisaient déjà pressentir l'orateur politique auquel toutes les ambitions sont permises; M. Armand Moreau, l'admirateur passionné de Claude Bernard, introduit parmi nous par le maître auquel il s'était donné tout entier, et que nous avons vu profondément troublé et mortellement atteint quand vint à lui manquer celui qu'il avait tant aimé.

Dans ces réunions sans apprêt, que de causeries fécondes! Dans ces champs librement ouverts à toutes les hardiesses de la pensée, où chacun donnait et recevait tour à tour, que d'idées nouvelles semées à pleines mains, que d'attachantes dissertations sur les principes, sur les doctrines et sur les méthodes! Là, point d'affirmations sans preuves, point de preuves qu'on ne tournât et retournât en tout sens. D'ailleurs aucun programme tracé d'avance; des obscures profondeurs de la métaphysique, l'esprit s'élevait d'un coup d'aile aux poétiques enthousiasmes de M. Antony Deschamps, ou se reposait un instant aux spirituels paradoxes de M. Alexandre Weill.

A chaque découverte nouvelle de Claude Bernard, on s'empressait autour de lui : c'étaient les grands jours. Aux regards pleins de désirs de ceux qui l'écoutaient, on pouvait mesurer la place que tiennent aujourd'hui les sciences objectives dans le domaine de la spéculation philosophique. Dans les explications qui lui étaient demandées, souvent un mot l'avait frappé, il sortait le front pensif; et plus d'une fois j'ai surpris le travail secret de sa pensée quand nous regagnions ensemble, par les quais déserts, la grande ville qui étincelait au loin.

Dans le cours de l'année 1866, Claude Bernard fut très éprouvé. Les journées entières passées dans un laboratoire humide et obscur, suivies de veilles laborieuses et prolongées, avaient profondément altéré sa santé. Il s'était réfugié à Saint-Julien. Ses amis suivaient la marche de sa maladie avec la plus vive anxiété; chacun cherchait à le consoler. M. Pasteur eut la délicate pensée de choisir ce moment pour publier dans le *Moniteur universel* une appréciation sommaire de ses travaux et de son enseignement. C'est à cette occasion que M. Claude Bernard lui écrivait : « Mon cher ami, vous m'avez fait un homme illustre de par votre autorité scientifique. C'est pour moi un bien précieux encouragement d'être approuvé et loué par un savant tel que vous. Vos travaux vous ont acquis un grand nom et vous ont placé au premier rang des expérimentateurs de notre temps; c'est vous dire que l'admiration que vous professez pour moi est bien partagée. Nous devons être nés pour nous entendre, puisque tous deux nous sommes animés de la même passion et des mêmes sentiments pour la vraie science. » Dans une lettre adressée à M. Sainte-Claire Deville, il revenait le lendemain, sur le même sujet, et, faisant allusion à l'une de ses plus belles découvertes : « J'ai reçu l'article que Pasteur a fait sur moi, disait-il dans son langage familier; cet article m'a paralysé les nerfs vaso-moteurs du sympathique et m'a fait rougir jusqu'au blanc des yeux. »

Dans la vie de celui qui s'élève au-dessus de ses contemporains, il est un moment qu'on pourrait appeler de plein épanouissement. Ignoré jusque-là du plus grand nombre, son mérite éclate soudain à tous les yeux, son nom circule sur toutes les lèvres, ses émules eux-mêmes reconnaissent un maître. On peut dire que la maladie de Claude Bernard marque pour lui cet instant décisif.

Au milieu du calme et de la solitude, en face des grands spectacles de la nature, son esprit, naturellement incliné à la méditation, se reporte en arrière. Il embrasse d'un coup d'œil tout son passé; son point de vue s'élève, son horizon s'élargit, ses qualités maîtresses se révèlent. Au chercheur du Collège de France succède le généralisateur du Muséum. A vrai dire, ces deux hommes étaient en lui dès le principe. Jamais sa pensée n'est restée confinée dans l'étroite enceinte du laboratoire, ce lieu d'épreuves, accessible à tous, mais où l'idée nouvelle ne devient une découverte que pour celui-là seul qui sait voir et comprendre.

Qu'on l'envisage à l'état de germe, à l'état d'accroissement ou à l'état de développement complet, l'être organisé a la propriété de réagir sur les éléments qui l'entourent, d'associer ces éléments en combinaisons nouvelles, et de les transformer en sa propre substance. En un mot, l'être vivant n'entretient sa vie que par un échange incessant avec les choses du dehors, et le milieu qui l'entoure est la condition même de son existence. Mais cette conception générale, dont on retrouve la trace jusque dans les monuments les plus anciens de la science, ne saurait suffire. Les influences extérieures ne peuvent atteindre l'être vivant, elles ne peuvent agir sur lui qu'en le pénétrant, qu'en entrant en quelque sorte en conflit avec ce que M. Claude Bernard appelle le milieu intérieur, expression qui n'implique pas seulement un changement de lieu, mais une création nouvelle dans laquelle l'être vivant lui-même intervient. C'est dans ce milieu intérieur, sang ou liquide nourricier, que la circulation avec toutes ses complications et avec les influences qui la gouvernent, conduit et dirige dans toutes les directions et suivant les besoins; c'est dans ce milieu déposé dans le sein des organes et des tissus, au contact des éléments anatomiques, que s'accomplissent les actes cachés de la respiration, que se continue le travail en apparence intermittent de la digestion, et que se réalise l'incessante élaboration qui est le fond même de la nutrition.

C'est à l'aide de ce milieu interposé entre les agents extérieurs et la substance vivante, et qu'on peut appeler physiologique, par opposition au milieu cosmique général, que le physiologiste et le médecin peuvent agir sur les éléments histologiques, les agents effectifs des phénomènes de la vie.

« Quoique profondément situés, dit Claude Bernard, les éléments histologiques communiquent avec l'extérieur, ils vivent dans les conditions du milieu extérieur, mais du milieu extérieur perfectionné et régularisé par le jeu de l'organisme. L'organisme est une machine vivante construite de telle façon qu'il y a, d'une part, une communication libre du milieu extérieur avec le milieu intérieur organique, et, d'autre part, qu'il y a des fonctions protectrices des éléments organiques pour mettre les matériaux de la vie en réserve et entretenir les autres conditions indispensables à l'activité vitale.

« La maladie et la mort ne sont qu'une dislocation ou une perturbation de ce mécanisme qui règle l'arrivée des éléments vitaux au contact des éléments organiques. En un mot, les phénomènes vitaux ne sont que les résultats du contact des éléments organiques du corps avec le milieu intérieur physiologique : voilà le pivot de la médecine expérimentale. »

Il est un autre point sur lequel il a beaucoup insisté et qui se rattache à une conception nouvelle de la physiologie générale. Déjà, dans l'étude de la glycogénie, il avait combattu cette idée d'une séparation tranchée entre les végétaux et les animaux, conception juste à certains égards, mais incomplète. Oui, les végétaux emmagasinent les matériaux combustibles sous forme de produits que les animaux consomment et qu'ils brûlent à l'aide de l'oxygène de l'air; oui, dans la plante immobile et fixée au sol les actes de réduction dominent, tandis que l'oxydation est liée dans l'animal à la production de la chaleur et du mouvement dans tous ses modes; oui, le végétal transforme les forces vives en forces de tension, et l'animal les forces de tension en forces vives, en sorte que le végétal est un réservoir de force que l'animal dépense. C'est là ce qui se voit, mais il y a aussi ce qui ne se voit pas. Dans les actes de la nutrition proprement dite, dans les transformations qui président à la constitution même des éléments et des tissus, dans cette vie profonde et cachée, les métamorphoses ascendantes et descendantes se rencontrent tour à tour, tantôt accompagnées de chaleur produite ou dissimulée, tantôt de mouvements moléculaires qui se laissent difficilement saisir : l'animal et la plante ont

une vie commune. Buffon l'avait déjà dit dans son beau langage : l'animal n'est qu'un végétal doué de sensibilité et de mouvement.

Cette question de l'unité fondamentale de la vie le préoccupait sans cesse, et la solution de ce problème si souvent agité et toujours irrésolu se dégageait peu à peu dans son esprit. Il rêvait une sorte de philosophie générale des êtres organisés, basée sur les propriétés de leurs unités élémentaires ou, pour parler le langage de l'école, de leurs éléments histologiques. Il allait loin dans ses aspirations : « Je pense, disait-il, que nous pourrons produire scientifiquement de nouvelles espèces organisées, de même que nous créons de nouvelles espèces minérales, c'est-à-dire que nous ferons apparaître des formes qui existent virtuellement dans les lois organiques, mais que la nature n'a pas encore organisées. »

« J'ai dans l'esprit des choses que je veux absolument finir, » écrivait-il dans l'année qui a précédé sa mort, et c'est au moment où, longtemps agitées dans sa pensée, ces idées nouvelles allaient se coordonner dans une œuvre d'ensemble qu'il a disparu.

Alors même que Claude Bernard se complaît dans les hautes régions de la physiologie, le médecin ne perd pas de vue les applications utiles. Tandis qu'il exposait dans ses leçons du Muséum les propriétés des tissus vivants, il publiait sa Pathologie expérimentale. Peu d'années auparavant avait paru l'une de ses œuvres les plus complètes et les plus réfléchies : l'Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.

Constamment forcée d'agir, la médecine a tenté d'innombrables essais dans le domaine de l'empirisme ; elle en a tiré de précieux enseignements et tout un ensemble coordonné de vérités lentement et péniblement acquises. Mais si l'empirisme, c'est-à-dire l'expérience fortuite, a été à l'origine la première période de toutes les sciences, elle ne saurait être un état permanent dans aucune d'elles. Par la marche naturelle de son évolution, la médecine est entrée dans la voie des tentatives voulues et réfléchies, et l'expérimentation, c'est-à-dire l'observation provoquée, est devenue pour elle comme pour les autres sciences une source inépuisable de connaissances. Nous n'en voulons d'autre preuve que la réforme qui s'accomplit en ce moment sur tous les points de l'Europe savante dans nos méthodes et dans notre enseignement. Il faut le dire et le proclamer bien haut, c'est le livre dont nous parlons, publié il y a aujourd'hui vingt ans, qui a imprimé ce mouvement. Partant de ce principe qu'on ne connaît bien les conditions d'un phénomène biologique qu'en devenant capable de le produire, Claude Bernard a transporté en pathologie le problème des maladies artificiellement provoquées.

On a longtemps considéré l'être vivant comme quelque chose d'essentiellement variable ; on a cru, on l'a même écrit, qu'il était affranchi de toute loi, qu'il n'obéissait à aucune règle. « La loi de la vie, disait un membre de cette Académie, dont la voix a souvent retenti dans cette enceinte, c'est précisément qu'elle n'a pas de loi (1). » Mais si l'on pouvait dire que demain le phénomène d'aujourd'hui ne sera plus le même, s'il était possible de croire qu'une propriété constatée dans un être vivant ne se montrera plus demain, la physiologie serait-elle une science digne de ce nom? C'est ainsi que Claude Bernard s'est trouvé conduit à formuler les règles de ce qu'il appelle le déterminisme des actes physiologiques, et comment il a fait de cette méthode de recherches le lien de toutes ses conceptions scientifiques.

« On entend des médecins, dit Claude Bernard, qui raisonnent comme si les exceptions étaient nécessaires : ils semblent croire qu'il existe une puissance qui peut arbitrairement empêcher que les choses se passent toujours de la même manière, de sorte que les exceptions seraient les conséquences de cette puissance mystérieuse. L'exception est un terme antiscientifique ; ce qu'on appelle ainsi n'est qu'un phénomène dont une ou plusieurs conditions sont inconnues. Si ces conditions étaient connues et déterminées, il n'y aurait point d'exception, pas plus en médecine que dans toute autre science. »

Cet axiome que les mêmes causes, dans les mêmes circonstances, produisent toujours les mêmes effets, il s'applique à démontrer qu'il est d'une égale évidence dans l'ordre des sciences physiques et dans l'ordre des sciences biologiques. Tout phénomène vital, de même que tout phénomène physique, est invariablement déterminé par les conditions qui lui permettent ou l'empêchent d'apparaître.

Le véritable objet de la science consiste donc à acquérir la connaissance de ces conditions, à la fois déterminantes et invariables, à l'aide desquelles un phénomène se réalise nécessairement et sans lesquelles il ne se produirait pas, et ces conditions étant celles de la certitude scientifique, la philosophie de la méthode expérimentale peut se résumer d'un mot : le déterminisme.

Un jour Claude Bernard discutait avec M. Magendie sur le suc pancréatique. « La matière organique de ce liquide est de l'albumine, car il se coagule par la chaleur, » disait Magendie. « Ce liquide se coagule par la chaleur, disait Bernard, mais la matière organique qu'il contient n'est pas de l'albumine, elle a d'autres caractères et mérite un nom particulier. » M. Magendie ne tarda à se rendre. « Je conviens que j'ai tort, dit-il ; si j'avais dit simplement : le suc pancréatique est un liquide coagulable par la chaleur, je serais inattaquable. » Claude Bernard aimait à rappeler ce souvenir.

Le déterminisme a fait beaucoup de bruit, il en fait encore. L'expression pourtant n'est pas nouvelle ; non qu'elle appartienne à Leibniz, comme on l'a dit, mais on la rencontre souvent dans les successeurs de Kant, avec une signification, toutefois, qui n'est pas la même, ainsi que l'a si justement fait observer M. Dechambre. Claude Bernard, avec la netteté de l'esprit français, écarte les causes éloignées plus ou moins saisissables et tout cet entraînement des causes intermédiaires au milieu desquelles il est si facile de se perdre, pour s'attacher à la cause déterminante seule, à la cause vraiment prochaine de telle sorte que le phénomène qui est cause et le phénomène causé se trouvent dans une dépendance immédiate et nécessaire l'un de l'autre.

Cette doctrine, sur laquelle il s'est complaisamment étendu dans ses livres et dans son enseignement, Claude Bernard s'est toujours efforcé de lui conserver le caractère d'une méthode circonscrite dans la sphère des réalités tangibles. A diverses reprises, il s'es défendu d'avoir voulu donner plus d'étendue à sa pensée, et d'avoir cherché, en transportant sa méthode dans le domaine de la conscience, à lui imprimer les allures d'une doctrine philosophique. Claude Bernard sentait bien que, poussé dans ses conséquences logiques, le déterminisme des philosophes se heurte inévitablement au problème de la liberté pour verser dans le fatalisme.

Il en est, il est vrai, qui voudraient faire de la psychologie un simple chapitre de la physiologie, mais leur démonstration n'est pas faite. En substituant la méthode expérimentale à la méditation solitaire et personnelle, a-t-on changé le fond des choses? Évidemment non. L'un des représentants les plus éminents de l'école philosophique anglaise de nos jours, M. Herbert Spencer, qui a tenté, chacun le sait, de faire rentrer la physiologie dans la psychologie, reconnaît lui-même qu'il y a deux psychologies : l'objective, c'est-à-dire la physiologie nerveuse, et la subjective ou la psychologie des philosophes. Et il ajoute (je me sers de ses propres expressions) : « Cette dernière est radicalement distincte du sujet de la biologie. » Nul, en effet, n'a encore découvert le lien qui rattache la sensibilité à la volonté, et le jour où l'on pénétrerait le mystère de cette transformation serait sans contredit l'un des plus grands dans l'histoire de l'esprit humain.

Au point de départ de toutes les sciences, on rencontre certaines propositions qui, pour n'avoir jamais été démontrées, n'en sont pas moins le fondement nécessaire. Les vérités de l'ordre mathématique supposent un petit nombre d'affirmations premières ou d'axiomes irréductibles, et dans le monde physique lui-même, l'admirable ensemble des lois naturelles repose tout entier sur les vibrations invisibles d'une insaisissable matière.

De même, dans la fière et aventureuse poursuite de l'esprit humain à la recherche des vérités premières, ce qu'on appelle, dans le langage de l'école, les postulats d'Aristote, sont et resteront le fond même de la métaphysique. Il est de faciles esprits qui font le

(1) M. Gerdy.

tour des choses et qui croient ainsi les connaître, mais, il faut bien en convenir, un mouvement n'est rien de plus que quelque chose qui se meut, et ce quelque chose nous ne pouvons l'atteindre.

Si Claude Bernard se meut avec confiance dans ce domaine du relatif dont la raison humaine a tracé elle-même les limites, il ne s'aventure guère hors de ses frontières. Non qu'il soit indifférent pour tout ce que n'atteint pas l'expérimentation, mais, parce qu'il l'a dit lui-même, « les questions de cet ordre n'ont pas de place en physiologie ».

C'est parce qu'il ne s'engage pas volontiers sur le terrain de la spéculation pure, qu'on l'a quelquefois classé parmi les disciples, chaque jour moins nombreux, de cette philosophie indifférente, qui ignore volontairement tout ce qui n'est susceptible ni de constatation ni de mesure. Mais à moins de nier résolument tout ce qu'on ne peut ni voir ni toucher, ce qu'ont toujours évité de faire les adeptes les plus qualifiés du positivisme, il faut bien admettre un domaine réservé, inaccessible aux méthodes expérimentales des sciences objectives. Le savant est semblable au navigateur : à mesure qu'il avance à la recherche de l'inconnu, l'impénétrable horizon se reforme sans cesse devant lui. Sans doute on peut déclarer inaccessible toute autre réalité que la réalité sensible, mais c'est en vain qu'on prétend imposer pour limites à l'ensemble des choses les servitudes de notre sensibilité. Si personne n'a vu le pur esprit, personne non plus n'a vu la pure matière. « Il importe, a dit Claude Bernard, de séparer la physiologie des grands problèmes qui tourmentent l'esprit humain ; leur étude relève de méthodes absolument différentes » ; et sur un fragment manuscrit écrit de sa main, nous lisons encore : « La science ne saurait rien supprimer ; le sentiment n'abdiquera jamais : il sera toujours le premier moteur des actes humains. »

A notre tour, nous dirons : « L'intervention du surnaturel dans l'ordre si admirablement réglé des réalités tangibles n'est qu'une conception primitive et provisoire qui disparaît peu à peu à mesure que l'humanité s'instruit et s'éclaire. Quant à l'idéal, qu'il ne faut pas confondre avec le surnaturel, il n'a de place nulle part dans la nature, et cependant il gouverne le monde : il est l'infiniment grand et l'infiniment petit, aussi insondable l'un que l'autre ; il est l'infini de la durée, que nous ne pouvons concevoir qu'en l'ajustant à la mesure de notre vie et à la longueur de nos jours ; il est le sentiment de la mesure, de la proportion et de l'harmonie, c'est lui qui inspire les chefs-d'œuvre de l'art ; il est l'amour, cet immortel magicien qui égare aussi bien la raison du philosophe que l'imagination du poète ; il est ce que la nature humaine comprend, sent, admire et aime par-dessus tout ; il est le dévouement et le sacrifice : c'est par l'idéal que notre espèce s'élève au-dessus de l'ensemble des êtres qui l'entourent, hiérarchie farouche et sans pitié, où la lutte pour la vie ne désarme jamais, aristocratie sauvage qui ne reconnaît d'autre loi que la force.

La meilleure part de son existence, Claude Bernard l'a passée dans son laboratoire, dans l'intimité de ses élèves et de ses amis. Sa vie intérieure est restée couverte d'un voile qu'il n'a pas soulevé ; mais on a pu deviner qu'elle avait été traversée par des épreuves morales, et qu'à ses souffrances physiques sont venues s'ajouter plus d'une fois des préoccupations douloureuses.

Claude Bernard portait sur son visage ce reflet particulier que donne le travail constant de la pensée. La maladie grave qu'il avait traversée avait encore accentué la sévérité de ses traits. Dans les habitudes ordinaires de la vie, il se montrait le plus facile et le plus bienveillant des hommes. Les jouissances vulgaires ne l'ont jamais tenté : il n'a point connu cette maladie du siècle qui fait tant de victimes. Celui qui remplissait le monde de son nom menait l'existence la plus modeste et presque la plus étroite ; son ambition était plus haute : il avait la passion de la gloire.

Vers la fin de l'été de l'année 1877, il avait commencé à Saint-Julien une première série de recherches sur les fermentations ; à son retour il les avait continuées quelque temps au Collège de France ; il se proposait de les poursuivre encore : sa santé ne le lui permit pas.

Ce travail, qui devait rester inachevé, était le sujet constant de ses méditations ; il en parlait souvent : « J'ai fait de belles choses ces vacances, disait-il à l'un de ses élèves, vous verrez. » A l'autre il disait : « Je puis faire maintenant des synthèses partielles. » Comme il sentait ses forces décliner : « C'est dommage, disait-il encore, c'eût été bien finir. » Ce furent presque ses dernières paroles. Dès les premiers jours du mois de février 1878 son état s'aggrava subitement, et le 10 du même mois, vers le matin, il rendait le dernier soupir.

Ainsi disparut, à l'âge de soixante-quatre ans, le grand physiologiste dont le nom restera inscrit parmi les plus grands noms dont la France s'honore. Sa mort fut un deuil public. Certes il vécut assez pour sa gloire et pour la nôtre. Mais que n'était-il permis d'espérer encore ? Dans la pensée du vrai savant, que de choses auxquelles il rêve toujours et dont il ne parle jamais ?

Ce puissant esprit a marqué notre science d'une empreinte que rien n'effacera. Il a exercé et il exercera sur la médecine, sur ses méthodes, sur ses progrès, et jusque sur son langage, une influence qui ne fera que grandir. « Nous vivons dans un temps où il est bon de vivre quand on s'intéresse aux choses de la médecine, » disait dernièrement à l'ouverture du cours de pathologie générale un de nos plus éminents collègues de la Faculté (1). Quel éloquent hommage, Messieurs, pour la mémoire de Claude Bernard !

Depuis le premier jour jusqu'au dernier, il a été dominé par une seule et unique passion. Toujours en quête de voies nouvelles, sans cesse poussé en avant par cette flamme intérieure qui inspire et qui éclaire, à peine avait-il touché un but qu'il voulait en atteindre un autre. Volontiers il eût répété ces vaillantes paroles de Lessing : « Si on me donnait à choisir entre la possession et la recherche de la vérité, je choisirais la recherche. »

Sans doute, les chemins qui conduisent à la vérité sont longs et difficiles ; mais, confiante dans la sûreté de ses méthodes, la science a le pressentiment que l'avenir lui appartient ; elle est patiente, car elle a le temps pour elle. Un siècle à peine nous sépare de l'époque mémorable où s'est ouverte la voie féconde qu'elle parcourt aujourd'hui, et les découvertes ne cessent de succéder aux découvertes ; tout progrès accompli enfante un progrès nouveau, et chaque jour voit éclore d'éclatantes merveilles. Domptées et disciplinées par le génie de l'homme, les forces aveugles de la nature ont été mises au service de la raison ; les germes de mort qui nous entourent et nous pénètrent sont devenus des germes de vie ; éclairée par la science, défendue et protégée par elle, la vie de l'homme devient plus longue, plus douce, plus heureuse ; la loi se fait plus juste et plus humaine ; la science est l'âme même du corps social.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

137. M. Soyer. De la sensation du doigt mort dans le mal de Bright. — 138. M. Duparquier. Contribution au traitement de la péritonite par la laparotomie. — 139. M. Mailfaire. De la méningo-myélite ascendante subaiguë dans la dothiénentérie. — 140. M. Camps. Du panaris profond ou ostéomyélite des phalanges. — 141. M. Cami-Debat. Contribution à l'étude des fractures de la verge simples ou compliquées. — 142. M. Villard. Des appareils ou machines électrostatiques et de leur emploi en médecine. — 143. M. Martin. Contribution à l'étude des arthrites septiques. — 144. M. Louis-Jean. Étude clinique sur les aliénés dangereux, dits criminels. — 145. M. Pradet. Du traitement de l'ulcère simple de l'estomac. — 146. M. Bonnoire. Broiement de la tête fœtale.

---

(1) M. le professeur Bouchard.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Conférence sanitaire internationale s'est réunie, pour la première fois, avant-hier 20 mai 1885, à trois heures, à Rome, au ministère des affaires étrangères, sous la présidence de M. le sénateur Cadorna, président des délégués italiens. Les trois délégués français sont : l'ambassadeur de France, M. Decrais; M. le professeur Brouardel et M. le docteur Proust.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. Charles Roullet, interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui vient de succomber, à l'âge de vingt-deux ans, aux suites d'une piqûre anatomique.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17864.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE......... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Un lymphosarcome considérable.

Les pièces anatomo-pathologiques sur lesquelles je veux appeler votre attention sont des plus intéressantes, non pas seulement parce qu'elles vérifient complètement le diagnostic que nous avons porté du vivant de la malade, mais parce qu'il est rare de les rencontrer avec une pareille étendue, rare de trouver un ensemble aussi considérable, une série de tumeurs reliées toutes les unes aux autres et formant par leur réunion une pareille masse.

Tout d'abord, nous trouvons dans la région cervicale une tumeur formée de ganglions, tous contigus mais non fusionnés, tumeur descendant dans l'aisselle gauche, gagnant la face profonde du muscle pectoral ; elle ne présente pas en ce point une capsule isolante, mais elle pénètre directement jusque dans les fibres musculaires, contrairement à ce que nous observons ailleurs.

J'ajoute en passant que la tuméfaction assez considérable du sein que nous avions remarquée pendant la vie, ne tenait pas à ce que la glande mammaire était intéressée par le néoplasme, mais bien à la compression veineuse, déterminée par la tumeur, et qu'elle était de nature œdémateuse.

Si maintenant nous soulevons le sternum, nous apercevons, remplissant pour ainsi dire toute la cavité thoracique, une masse d'un volume énorme, réellement constituée par une série de tumeurs ganglionnaires, de même nature que les tumeurs du cou. Cette masse, disposée en fer à cheval, occupe en haut toute la largeur de la poitrine, refoulant ainsi violemment les poumons, pour, de là, descendre en se divisant en deux branches latérales. La branche gauche de la tumeur se prolonge beaucoup plus bas que la branche droite, et plonge jusque dans le sillon costo-diaphragmatique de ce côté; la branche droite descend jusqu'au lobe moyen du poumon droit. En haut, ces deux branches fusionnent complètement ; en bas, elles laissent seulement l'espace nécessaire à l'organe central de la circulation sanguine. Par suite de cette disposition, les poumons sont refoulés en arrière ; le poumon gauche principalement est repoussé dans sa totalité contre la paroi costo-vertébrale de la cage thoracique ; le poumon droit présente seulement une petite languette en avant.

Il résulte de ces modifications dans la place occupée normalement par les organes de la respiration, que la dyspnée était extrême, l'auscultation était complètement nulle en avant, que le silence y était absolu, et que la percussion donnait lieu à une matité absolue aussi. Cette absence de tous bruits respiratoires en avant et cette matité complète nous avaient permis, au lit de la malade, d'affirmer la certitude de notre diagnostic sur la présence d'une tumeur intra-thoracique considérable.

J'ai rencontré plus d'une fois des tumeurs du médiastin de même nature que celle qui nous occupe aujourd'hui ; je n'en ai jamais vu qui aient présenté des dimensions aussi colossales : le mot n'a rien d'exagéré. Et je n'examine en ce moment que la partie de la tumeur située en avant dans la cavité thoracique, car en arrière nous allons vous montrer aussi une grande quantité de marrons ganglionnaires. Ces marrons sont même si nombreux dans le médiastin postérieur, que les poumons se trouvent pour ainsi dire complètement accolés à la colonne vertébrale.

D'autre part, par suite du développement de cette énorme masse, l'aorte et l'œsophage sont en rapport par leur face postérieure avec la colonne vertébrale, tandis qu'en avant et latéralement ils plongent dans la tumeur. Il en est de même du pneumo-gastrique ainsi que du nerf récurrent qui plongent à gauche dans le tissu pathologique, tandis qu'à droite ils sont seulement en contiguïté immédiate avec ledit tissu. Cependant de ces rapports ils n'ont subi aucune perturbation notable ni modification fonctionnelle.

Ainsi, si, par suite du développement de la masse ganglionnaire en avant, tout bruit respiratoire se trouvait supprimé de ce côté, d'autre part les phénomènes de souffle pulmonaire et de retentissement de la voix en arrière s'expliquent, ainsi que je l'ai déjà constaté deux fois, dans des cas analogues quoique différents par le volume de la tumeur, s'expliquent, dis-je, par la présence de tous les ganglions intra-pulmonaires des deux côtés, lesquels étaient envahis de la même façon par le processus néoplasique. Ils l'étaient même au point que la simple apposition de la main à la surface des poumons, et en dehors de toute pression, permettait de constater leur existence. C'est là, du reste, un fait assez fréquent dans les tumeurs de même nature développées dans le médiastin.

L'examen histologique de ces diverses tumeurs a été fait avec le plus grand soin; des recherches multiples ont été poursuivies sur chacune d'entre elles; elles ont toutes montré qu'il s'agissait d'un lymphosarcome.

Les trois sortes de lésions qu'on a trouvées jusqu'à présent dans la pseudo-leucémie sont le lymphome pur, le lymphome impur et le lymphosarcome.

Le lymphome pur est constitué par la production anomale, colossale, des éléments lymphatiques du ganglion, sans prolifération parallèle dans les éléments fibreux du ganglion. Au contraire, cette prolifération accompagne-t-elle l'hyperplasie des éléments lymphatiques, le lymphome est dit impur. Enfin, dans le lymphosarcome, le travail pathologique est surtout prononcé sur l'élément fibreux avec production néoplasique.

Donc, ici, il s'agit d'un lymphosarcome dont nous avons retrouvé aussi les traces dans la plèvre et dans quelques points du tissu pulmonaire.

J'ajouterai, avant de terminer, que la pseudo-leucémie doit être considérée au point de vue du sang comme une forme primitive qui conduit à la leucémie, si le malade a une assez longue survie, car pendant longtemps l'état du sang reste indépendant de toute leucémie, et ce n'est que plus tard qu'il devient leucémique. Nous en avons eu la preuve chez notre malade. Chez elle, des analyses du sang faites à quelque temps d'intervalle, nous ont montré cet acheminement de la pseudo-leucémie vers la leucémie vraie, par la proportion croissante, de l'une à l'autre, des globules blancs. Ainsi, tandis que dans une première analyse, nous avons trouvé 1 globule blanc sur 145 globules rouges, nous en avons rencontré 1 sur 107, dans une deuxième analyse, et même 1 sur 94 dans une troisième analyse faite l'avant-veille de la mort de cette femme. La pseudo-leucémie et la leucémie ne sont donc pas deux entités morbides différentes, mais seulement deux états différents d'une même maladie, l'un primitif, l'autre plus avancé.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Du choix de la méthode dans le traitement des tumeurs du bassin par la gastrotomie (1).

Les tumeurs du *bassin* qui nécessitent la gastrotomie, sont celles du *péritoine*, de la *vessie*, de l'*utérus* et de ses *annexes*, du *tissu cellulaire* qui l'entoure et du *rectum*.

Les tumeurs du *péritoine* sont les *péritonites enkystées*, les *hématomes*, les *papillomes*, les *myxomes*, les *épithéliomes*. Toutes ces tumeurs nécessitent les mêmes méthodes opératoires que celles qui prennent naissance dans le péritoine abdominal.

Les tumeurs de la *vessie*, lorsqu'elles nécessitent l'ouverture de cet organe, doivent être opérées en ménageant le péritoine. Si, parfois, cet accident ne peut être évité, il faut, quand cela est possible, se hâter de suturer les parois vésicales divisées par des points de suture à anses séparés et rapprochés; quand cela ne l'est pas, laisser une sonde à demeure par la plaie vésicale et une autre par l'urèthre, jusqu'à ce que le trajet se ferme de lui-même.

Les tumeurs du *rectum*, comme celles de la vessie, exigent rarement l'ouverture du péritoine au cours de leur ablation. Lorsque cet accident ne peut être évité, il faut, si faire se peut, suturer immédiatement les deux feuillets du péritoine pour empêcher les matières fécales d'entrer en contact avec la cavité de la séreuse.

Les tumeurs de l'*utérus* dont le traitement peut réclamer la gastrotomie sont les *tumeurs par rétention*, les *kystes*, les *fibromes*, les *myxomes*, les *sarcomes* et les *cancers* du corps de cet organe.

Les *tumeurs par rétention* sont habituellement causées soit par un obstacle mécanique qui s'oppose à la sortie d'un fœtus contenu, soit par une perforation du col de l'utérus. Nous ne parlerons pas des grosseurs qui, unies lorsqu'elles sont compliquées de tumeurs, nécessitent l'opération césarienne.

Les *hématomètres*, lorsqu'elles n'ont d'autre chance de guérir que par la gastrotomie, doivent être tout d'abord incisés du côté de la face antérieure de l'utérus; si la poche est excessivement large, il faut en exciser la plus grande partie, attirer le fond vers l'angle inférieur de la plaie aux lèvres de laquelle on la suture; on la fait atrophier ensuite par suppuration.

Si l'*hématomètre* est *symptomatique* d'une dégénérescence maligne de la muqueuse, il faut exciser l'utérus en totalité, le plus près possible du col, enlever la muqueuse de celui-ci, si elle est malade, le traverser ensuite avec deux broches au-dessous desquelles on place un lien métallique serré par un ligateur; puis on l'attire à l'angle inférieur de la plaie au niveau duquel on le fixe.

S'il s'agit d'un grand *kyste uniloculaire*, d'un *kyste multiloculaire* dont on a pu réunir les cavités en coupant les cloisons qui les séparent, on agit comme pour l'hématomètre simple.

Les *fibromes* doivent être traités par le procédé dont nous avons parlé à propos de l'hématomètre symptomatique, toutes les fois qu'il est possible de former un bon pédicule avec la portion sous-jacente du corps ou du col de l'utérus. Ce procédé que nous avons longuement décrit et qui porte notre nom, est incontestablement moins dangereux que celui qui consiste à réduire le pédicule dans le ventre, hormis les cas où le fibrome est petit, et complique une autre tumeur plus volumineuse, un kyste de l'ovaire par exemple. Quand la tumeur fibreuse descend si profondément du côté du col de l'utérus, de la vessie, du rectum, du cul-de-sac de Douglas, qu'il est impossible de former un pédicule convenable, on peut employer le procédé de Schröder, qui consiste à abandonner les surfaces de l'utérus et des ligaments larges excisés, après avoir suturé avec soin les bords de la plaie utérine par des anses de fil rapprochées et séparées.

Ce que nous venons de dire s'applique également aux myxomes, aux sarcomes et au cancer.

Pour ces derniers, comme il importe de ne rien laisser de suspect, il ne faudra pas craindre d'enlever l'utérus en totalité, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale, ou même par ces deux voies combinées lorsque le volume de la tumeur l'exige.

Pour enlever l'utérus par le vagin, la méthode que nous avons imaginée consiste, après avoir bien lavé ce canal, à en faire écarter le plus possible les parois par des aides, à disséquer le col en s'éloignant avec soin de la vessie et du rectum, à couper ensuite le col en deux moitiés suivant son axe transversal, à attirer successivement le corps en fixant

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 387 et 403.

les lèvres du col avec des pinces de Museux, et en faisant basculer l'organe dans divers sens, jusqu'à ce que le feuillet viscéral des parois antérieure et postérieure soit mis à nu à son tour. A ce moment, l'organe n'étant plus fixé que par les ligaments larges, nous mettons sur les artères utéro-ovariques un nombre suffisant de longues pinces hémostatiques pour arrêter le sang, puis nous lions en deux moitiés chacun des ligaments larges aussi loin que possible de l'utérus, dont il n'y a plus, ensuite, qu'à complèter le détachement. Pour plus de sûreté, nous ramenons les parties des ligaments larges sur lesquels portent les ligatures entre les lambeaux conservés du vagin ; nous formons la suture de ces mêmes lambeaux à deux étages, et nous avons le soin de fixer dans cette suture toutes les parties liées des ligaments larges.

Nous avons également eu recours à cette voie pour l'ablation de petites tumeurs fibreuses et sarcomateuses du fond de l'utérus, qu'il aurait été plus dangereux d'enlever par la voie abdominale.

La *grossesse extra-utérine*, lorsqu'elle est ovarienne ou tubaire, doit être opérée dès les premiers mois si l'on ne veut pas assister à la rupture spontanée du kyste. Dans ces cas, il faut, après avoir écarté les lèvres de la plaie abdominale, ouvrir le kyste, en ayant bien soin de ne pas laisser le liquide pénétrer dans la cavité péritonéale, le décoller et l'exciser après avoir mis des pinces et des ligatures perdues sur les vaisseaux saignants. Lorsque la grossesse est abdominale, le décollement de la poche fœtale exige beaucoup plus de précautions, et si on se décide à extraire le fœtus, il est bon de la ménager et d'en rapprocher les bords de ceux de la paroi abdominale pour traiter par suppuration, si elle paraît suffisamment épaisse ; dans le cas contraire, il vaut mieux la poursuivre par une dissection attentive, et mettre sur les vaisseaux des ligatures que l'on abandonnera dans le ventre.

Si la grossesse est ancienne et ovarienne, elle s'enlève aisément comme un kyste de l'ovaire ; si elle est profondément située dans le cul-de-sac péritonéal du bassin, il faut, ou bien extraire le fœtus par le fond du vagin, si celui-ci est accolé, ou bien, si les accidents forcent à ouvrir le ventre, extraire par morcellement les parois suppurées du kyste fœtal. On abandonne ensuite les ligatures perdues.

Les *kystes de l'ovaire* doivent être mis à nu par une incision médiane courte quand il n'y a pas d'adhérences, longue quand celles-ci sont solides et sus-ombilicales. Comme pour les autres tumeurs, les adhérences doivent être détachées avec soin, en mettant des pinces et subséquemment des ligatures sur les vaisseaux saignants. La ponction doit être faite avec le trocart aspirateur de notre modèle. Quand elle ne suffit pas pour vider le kyste, quand celui-ci est aréolaire ou contient un liquide trop épais, il ne faut pas craindre d'inciser largement la poche, et au besoin d'introduire la main dans son intérieur pour pratiquer le broiement ou le morcellement. Dès que la poche est libérée, on l'attire au dehors, on lie le pédicule en deux ou trois parties, suivant son épaisseur, non sans avoir placé des pinces courbes un peu plus bas pour le maintenir en place pendant que l'on excise la tumeur. Mieux vaut réduire le pédicule que de le fixer à l'angle inférieur de la plaie, lors même qu'il est volumineux. La plaie abdominale doit être fermée complètement ; toutefois, si l'opération a nécessité de trop grands désordres, on peut laisser temporairement, à l'angle inférieur, un tube dont la partie profonde se trouve en contact avec le fond du bassin.

Les *tumeurs solides de l'ovaire* et du *ligament rond* se traitent de la même manière.

Dans le cas où, au cours de l'opération, on constaterait que l'autre ovaire est malade, même légèrement, on l'enlèverait séance tenante.

On a également proposé la voie vaginale pour l'ablation des petites tumeurs de l'ovaire ; nous préférons la voie abdominale.

Les *kystes* du *ligament large* peuvent être enlevés aussi facilement que ceux de l'ovaire quand leur tunique interne est peu adhérente au feuillet du péritoine qui la double. Nous avons montré, il y a longues années, que, dans ce cas, il suffit d'inciser les feuillets péritonéaux pour attirer la tunique propre au dehors et mettre au-dessous le nombre de ligatures perdues nécessaires avant d'exciser la tumeur.

Mais quand cette tunique a été le siège d'inflammations qui l'ont rendue très adhérente au tissu cellulaire qui l'unit aux feuillets du ligament large et aux différents viscères du bassin ou même de l'abdomen, l'ablation est bien autrement difficile. Il faut alors, s'il n'y a qu'une loge, exciser les portions exubérantes, attirer le reste à l'angle inférieur de la plaie, et faire le traitement par suppuration. Si la masse est aréolaire, on disséquera aussi minutieusement que possible le fond de la poche sur tout son pourtour. Les vaisseaux pincés, au cours de l'opération, seront alors liés successivement, puis abandonnés au fond de la plaie, et on rapprochera les bords du péritoine, divisé au moyen de points de suture séparés, en les fronçant de façon à diminuer le plus possible l'étendue des surfaces saignantes qui seront en rapport avec la cavité de la séreuse.

Lorsque l'utérus a été trop mutilé par les manœuvres opératoires, il sera préférable de l'enlever après avoir lié le col en deux moitiés. On le réduit ensuite, et, si la dissection a porté trop profondément dans le cul-de-sac utéro-rectal, au lieu de laisser un simple tube à l'angle inférieur de la plaie, on peut en faire passer l'une des extrémités à travers le vagin pour faciliter l'écoulement des liquides.

Les *tumeurs fibreuses*, les *sarcomes* du ligament large et du bassin doivent être enlevés suivant la même méthode que les kystes adhérents du ligament large.

S'il arrive, à la suite de ces grandes opérations, qu'une suppuration s'établisse, et qu'au lieu de se vider par le tube à drainage, par l'angle inférieur de la plaie, le pus se fasse jour dans la vessie, le rectum ou une anse d'intestin grêle, il ne faut pas s'effrayer outre mesure et tenter une opération grave pour remédier à cette complication qui disparaîtra facilement d'elle-même avec des soins et des pansements convenablement dirigés.

— Telles sont les méthodes qui, suivant moi, méritent la préférence. Les faits tirés de ma pratique personnelle sont assez nombreux pour m'avoir permis d'en faire une description d'ensemble sous forme de conclusion.

Ceux qui, en raison de leur âge ou plutôt de leur tournure d'esprit, redoutent les progrès de la chirurgie moderne, trouveront que la plupart de ces méthodes doivent être rejetées comme trop dangereuses, oubliant qu'ils n'ont rien à mettre à la place pour sauver les malades.

Ceux qui, plus jeunes, n'ont cessé de méditer sur les nombreuses observations que nous avons publiées, et les ont acceptées les premiers comme légitimes, ne craindront pas de dire et même de décrire que nos formules sont banales, à force d'être vraies. Ils oublient sans doute que, jusque

dans ces derniers mois, ils nous interrogeaient encore pour savoir, en présence de la plupart des tumeurs pelvi-abdominales, quelle était la meilleure ligne de conduite à suivre, sachant que les faits tirés de leur pratique sont trop peu nombreux pour les autoriser à conclure, et qu'ils n'ont pas encore personnellement tenté l'ablation de la plupart des tumeurs que nous venons de passer en revue.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 19 mai 1885. — Présidence de MM. Hardy et Alphonse Guérin.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1885

Prix de l'Académie. — Question : *Des corps étrangers dans les articulations*. Ce prix sera de la valeur de 1 000 francs.

Prix Portal. — Question : *Des causes et de la nature de l'angine de poitrine*. Ce prix sera de la valeur de 1 000 francs.

Prix Civrieux. — Question : *De l'hémichorée et de ses rapports avec les affections cérébrales*. Ce prix sera de la valeur de 1 000 francs.

Prix Capuron. — Question : *Altérations du placenta; leur influence sur l'état du fœtus. Applications médico-légales*. Ce prix sera de la valeur de 1 000 francs.

Prix Barbier. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert « des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus » (extrait du testament).

Des encouragements peuvent être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés. Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

Prix Godard. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe. Il sera de la valeur de 1 000 francs.

Prix Desportes. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs d'ouvrages de même nature. Il sera de la valeur de 1 500 francs.

Prix Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1 500 francs, sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus, les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1 500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3 000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1 500 francs chacun.

Prix Daudet. — Question : *De l'actinomycose*. « Les auteurs devront présenter des observations originales recueillies en France. » Ce prix sera de la valeur de 1 000 francs.

Prix Vernois. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène. Il sera de la valeur de 800 francs.

Prix Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il sera de la valeur de 1 000 francs.

Prix Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. La valeur de ce prix sera de 3 000 francs.

Prix Stanski. — Ce prix, qui est bisannuel, sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.) Il sera de la valeur de 1 500 francs.

Prix Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1 500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura produit la tumeur thyroïdienne, à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix Saint-Paul. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25 000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérie*. Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans par l'Académie aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense.

Prix de la commission de l'hygiène de l'enfance. — Question : *Rechercher quels peuvent être les rapports de la syphilis et du rachitisme dans la première enfance*. Ce prix sera de la valeur de 1 600 francs.

Fondation Auguste Monbinne. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1 500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. « Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Les mémoires et les ouvrages pour les prix à décerner en 1885 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er octobre 1885. Ils devront être écrits en français ou en latin et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Barbier, Godard, Desportes, Itard, Buignet, Vernois, Lefèvre et Saint-Paul, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Conditions communes à tous les concours. — Les concurrents, pour tous les prix, sont prévenus que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages et mémoires envoyés au concours. Les auteurs auront la liberté de faire prendre copie (à leurs frais) des manuscrits, au secrétariat de l'Académie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mai 1885. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Chéloïdes. — **M. LE FORT**, à l'occasion du petit malade présenté dans la dernière séance par M. Monod et qui est atteint d'une chéloïde au cou, déclare qu'il opérerait cet enfant, parce que la tumeur n'a aucune connexion avec les parties profondes.

M. BERGER a enlevé, en 1880, une chéloïde identique, comme étendue et comme siège, à celle du malade de M. Monod. C'était également une tumeur circonscrite, sans adhérences avec les parties profondes. M. Berger a enlevé la tumeur aussi largement que possible; il a obtenu une réunion par première intention; et, huit mois après, il y avait une récidive beaucoup plus étendue que la première tumeur.

M. Berger cite un autre cas analogue de chéloïde du cou pour lequel il consulta M. Besnier, qui conseilla de s'en tenir aux scarifications.

M. VERNEUIL conseille de faire tout ce qu'on voudra, sauf l'extirpation, attendu que la récidive est toujours certaine. Il faut distinguer les chéloïdes idiopathiques des chéloïdes symptomatiques. On a beaucoup plus de prise sur ces dernières. Les chéloïdes syphilitiques, par exemple, cèdent au traitement antisyphilitique. Les chéloïdes scrofuleuses peuvent également céder à un traitement antiscrofuleux très énergique et longtemps continué. Mais les chéloïdes spontanées ou traumatiques qui surviennent plus spécialement chez les arthritiques, récidivent toujours après l'ablation. M. Verneuil a traité, avec M. Hardy, un jeune homme de province atteint d'une chéloïde du pied d'une étendue de 10 à 15 centimètres de diamètre. Il eut recours, dans ce cas, à la compression élastique. Il obtint, par ce moyen, une guérison confirmée. Une autre jeune malade qui portait une chéloïde dans la région trochantérienne avait été opérée par M. Demarquay. Il y eut une récidive. M. Verneuil, de concert avec M. le docteur Joseph Michel, médecin de la malade, employa la compression élastique. Le résultat fut parfait, la guérison est restée définitive. Dans le cas de M. Monod, la compression est impossible. Les scarifications seules sont indiquées.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE enlèverait la chéloïde du malade de M. Monod, surveillerait la récidive, et, dès son apparition, aurait recours aux petits moyens tels que les scarifications, qui auraient beaucoup plus de chances d'agir sur une petite récidive que sur une tumeur de l'étendue de celle que porte le malade de M. Monod. Il y a trois ans, M. Lucas-Championnière a opéré une chéloïde récidivée de l'oreille. Il a vu la malade plusieurs mois après, il n'y avait pas de nouvelle récidive et la première récidive avait apparu avant même la cicatrisation de la plaie.

M. TILLAUX n'opérerait pas la malade de M. Monod, se souvenant de l'opinion exprimée sur ce sujet par Nélaton, qui disait : « J'ai opéré bien des chéloïdes, au début de ma carrière ; je les ai toujours vues récidiver ; je ne les opère plus et je conseille de ne jamais les opérer. » M. Tillaux a toujours suivi ce conseil.

Traitement du tétanos. — **M. VERNEUIL** fait un rapport sur une observation adressée par M. Cauchois (de Rouen), dans laquelle il s'agit d'un tétanos traumatique traité et guéri par le chloral à hautes doses. Au mois de juillet de l'année dernière, M. Jullien publia une observation de tétanos traumatique, guéri dans le service de M. Verneuil par les moyens suivants : Le traitement institué par M. Verneuil repose sur ces trois principes : agir vite par le chloral à hautes doses, isoler le malade dans le silence le plus complet et l'obscurité la plus profonde, éviter le moindre attouchement, ne donner que des aliments liquides, envelopper complètement le malade dans l'ouate, de façon à avoir une température constante.

On ne jugule pas le tétanos ; c'est une maladie qui, quoi qu'on fasse, dure pour le moins quinze jours, plus souvent vingt à vingt-cinq jours, d'où la nécessité de continuer le traitement aussi longtemps que possible, même après une amélioration. C'est ainsi que M. Cauchois cite l'exemple d'un malade, mort le trente-unième jour, alors qu'on le croyait guéri. Dans le cas dont il présente l'observation à la Société, M. Cauchois a suivi de point en point les règles formulées par M. Verneuil. Il s'agissait d'un écrasement des doigts dans un engrenage. La blessure datait du 8 octobre. Le 6 novembre, ce malade présente une légère contracture des traits, de la dysphagie. M. Cauchois diagnostique aussitôt le tétanos ; il isole son malade, le place dans l'obscurité et lui fait administrer des doses très élevées de chloral ; dès le lendemain, le trismus avait diminué, ce qui n'empêche pas M. Cauchois de continuer le même traitement. Le 9 novembre, le malade refuse de prendre le chloral ; on le lui donne en lavement, mais il est pris, de nouveau, de phénomènes tétaniques. On donne alors le chloral par la bouche. Le 12 novembre, on enlève une petite esquille du doigt ; à l'instant même le malade est pris d'une contracture tétanique des plus violentes. M. Cauchois associe alors au chloral les injections de morphine. Jusqu'à la fin il donne ainsi le chloral continuellement et la morphine d'une façon intermittente. Le 18 novembre, nouvelle convulsion, injection de morphine. Le 21 novembre, la physionomie reprend son expression normale. A partir du 22 novembre, il ne prend plus que 2 grammes de chloral par jour ; il est complètement guéri le 6 décembre. La durée de la maladie avait été de vingt-trois jours.

A la même époque, M. Vaslin (d'Angers) appliquait ce traitement à un malade atteint de tétanos à la suite d'une amputation intra-condylienne de la cuisse. Dans ce cas, la guérison fut également obtenue après vingt-quatre jours de maladie.

M. Ballu (de Nanterre), à la suite d'une petite opération pratiquée sur un de ses malades, voit apparaître le tétanos ; il a recours à ce traitement ; guérison après vingt-sept jours.

Le 2 mars entre dans le service de M. Verneuil un homme atteint d'écrasement des orteils. Le 13, tétanos ; immédiatement on administre à ce malade 15 grammes de chloral, puis 14 grammes, puis 12 grammes les jours suivants. Chez ce malade, tous les muscles, sauf les muscles respiratoires, furent pris successivement. La maladie dura quarante-sept jours et se termina par la guérison. Vers le quinzième jour, ce malade fut pris de convulsions violentes ; deux fois par jour on lui fit des injections de morphine, tout en continuant le chloral. Ce malade a absorbé 450 grammes de chloral et 114 centigrammes de morphine. Il a parfaitement guéri.

Il semble donc, ajoute M. Verneuil, que nous sommes aujourd'hui en possession d'un mode de traitement du tétanos, qui donne des résultats très avantageux, puisque voilà cinq succès sur cinq cas. Le chloral à hautes doses est une chose tellement importante, qu'en dépouillant un grand nombre d'observations on voit que chaque fois qu'on a voulu le remplacer par une autre médication, on a vu survenir l'aggravation de la maladie, ou même la mort. Par exemple, le docteur Robuchon (de l'Ile-Dieu, en Vendée) est appelé pour un tétanos survenu à la suite d'un écrasement des doigts ; il donne de l'opium, de la morphine ; le mal va s'aggravant ; il donne le chloral, et constate aussitôt de l'amélioration ; il supprime le chloral, le malade meurt. L'association de la morphine au chloral, dans des cas déterminés, est également d'une très grande importance. On a préconisé les bains prolongés ; M. Verneuil s'élève contre le bain, parce qu'il faut y entrer et en sortir. Il préfère l'enveloppement ouaté. Il ajoute, en terminant, que le traitement qu'il préconise est d'une application très facile.

M. RICHELOT fait observer que, dans ce mode de traitement, il y a deux choses bien distinctes : le chloral et le calme absolu. Il croit que le chloral seul ne suffirait pas, et il attache une grande importance aux autres moyens. Le calme absolu, en particulier, est un puissant adjuvant. Il faut savoir éviter le moindre acte réflexe ; c'est dans ces conditions qu'on tirera du chloral tout ce qu'on peut en tirer. M. Richelot ajoute que lorsqu'il s'agit d'une plaie qui nécessite une intervention chirurgicale, il faut, en présence du tétanos, intervenir aussi rapidement que possible. C'est ainsi qu'on cite des cas d'amputation ayant enrayé la marche du tétanos. M. Richelot élève quelques doutes sur les bons effets de la morphine. On sait que l'opium congestionne les centres nerveux. Il y a donc lieu de se demander s'il ne serait pas contre-indiqué dans le traitement du tétanos. Cependant il cite l'exemple d'un malade tétanique qui a pris 30 grammes de laudanum dans les vingt-quatre heures et qui a guéri.

M. TERRIER fait observer que le traitement proposé par M. Verneuil est parfait au point de vue théorique. Mais en est-il de même au point de vue pratique ? M. Terrier cite le cas d'un jeune étudiant qui, quoi qu'on ait pu faire, a succombé au tétanos. En outre, il y a des cas où l'immobilité, si recommandée par M. Verneuil, est impossible. Par exemple, quand il s'agit d'une fracture compliquée, il est impossible de ne pas panser le malade. D'autre part, il y a des tétaniques qui ne peuvent rien avaler et auxquels il est impossible de faire prendre du chloral par la bouche. En

lavements, celui-ci détermine des douleurs atroces et, partant, des actions réflexes. En résumé, le traitement de M. Verneuil, d'ailleurs excellent en principe, n'est pas toujours facile à appliquer.

M. MARC SÉE dit qu'il faut tenir grand compte de l'état local en présence du tétanos. Il faut ou bien supprimer la cause par l'amputation, si celle-ci est indiquée, ou bien désinfecter aussi bien que possible la lésion locale et appliquer un pansement qui puisse rester très longtemps en place. Le repos local, ajouté au repos général, est d'une très grande importance.

M. PONCET, après de nombreuses recherches statistiques, a pu se convaincre que le chloral était le médicament qui donnait les meilleurs résultats dans le traitement du tétanos. Toutefois il ne croit pas à la guérison d'un tétanos donnant plus de 110 pulsations et 40 degrés de température. Il pense que l'association de la morphine est utile et qu'il n'y a pas à craindre la congestion des centres nerveux sous son influence.

M. TERRIER cite le fait suivant, qui est une véritable expérience : une femme a été opérée par M. Périer d'un kyste de l'ovaire; elle est enveloppée d'ouate, placée dans une salle spéciale, à une température constante, dans l'obscurité, toutes conditions recommandées par M. Verneuil pour guérir, et à plus forte raison pour prévenir le tétanos. M. Périer enlève les fils de la suture; l'un d'eux est un peu plus douloureux que les autres. Le soir même, cette femme est prise de tétanos et elle meurt dans les vingt-quatre heures. Il y a donc tétanos et tétanos; il y en a qui tuent, quoi qu'on fasse.

M. VERNEUIL apporte des faits; autrefois il voyait mourir tous les tétaniques; aujourd'hui il en guérit cinq sur cinq; il ne peut pas méconnaître que la conduite qu'il suit aujourd'hui est préférable à celle qu'on suivait autrefois et mérite d'être recommandée.

Résection tibio-tarsienne. — **M. POLAILLON** présente un malade qui, à la suite d'une fracture mal consolidée, avait une luxation du pied en dehors et ne pouvait marcher. M. Polaillon pratiqua chez ce malade la résection tibio-tarsienne par le procédé qu'il a fait connaître à l'Académie. Le résultat qu'il a obtenu est des plus satisfaisants.

ÉLECTION

M. Humbert est élu membre titulaire de la Société.

La séance est levée.

Séance du 20 mai 1885. — Présidence de M. Duplay.

COMMUNICATIONS

Suture tendineuse. — **M. MONOD** fait un rapport sur une communication de M. Schwartz, relative à un cas de réparation du tendon de l'extenseur propre du pouce. La section du tendon avait été faite au niveau de la tabatière anatomique. M. Schwartz fit une incision, retrouva très facilement le bout périphérique, mais ne put jamais trouver le bout central; il essaya alors de faire la suture par anastomose et réunit le bout périphérique du tendon coupé au tendon du radial, après l'avoir dégagé et pour ainsi dire allongé. Ceci fait, la plaie fut fermée et le pouce fut maintenu dans l'extension. Cette opération fut suivie d'un plein succès. Les mouvements d'extension furent récupérés.

M. Monod fait observer que ce n'est pas la première fois qu'on se trouve en présence de difficultés analogues à celles qu'a rencontrées, dans ce cas, M. Schwartz. Il cite plusieurs faits semblables, et se demande si, devant des difficultés de ce genre, il n'y avait pas lieu de tenter la réparation des tendons par la greffe, à l'aide de portions tendineuses empruntées à un animal ou à un membre fraîchement amputé.

M. PONCET a opéré à l'hôpital Saint-Martin un malade présentant la même lésion siégeant au niveau de la tabatière anatomique. Le nerf radial ayant été sectionné, il le sutura, et toutes les fonctions de la main, y compris la sensibilité, ont été récupérées.

M. TILLAUX fait observer que la cicatrice cutanée joue un grand rôle dans la reproduction des tendons. Il devait opérer, à l'Hôtel-Dieu, un malade ayant eu une section du tendon de l'extenseur du pouce; étant lui-même tombé malade, il dut remettre cette opération à une époque ultérieure, et lorsqu'il reprit son service quelques semaines après, il constata que toutes les fonctions de la main étaient revenues. Dans bon nombre de cas, le rétablissement de la fonction tendineuse se fait par la cicatrice cutanée.

Corps étranger de la vessie; extraction par une boutonnière périnéale. — **M. LE DENTU** communique l'observation d'un homme de soixante-treize ans qui, il y a cinq mois, s'était introduit un morceau de tube de caoutchouc dans l'urèthre. Le docteur Lapierre (de Sedan), appelé auprès de lui, ayant constaté qu'il était atteint de cystite et d'albuminurie, l'envoya à Paris. M. Le Dentu fit une première exploration le 2 mars avec l'explorateur de Thompson; il constata, en effet, la présence d'un corps étranger paraissant mesurer 2 centimètres environ de longueur. L'extirpation de ce corps par l'urèthre n'étant pas possible, M. Le Dentu pratiqua une taille périnéale, dilata la prostate à l'aide du dilatateur de Dolbeau, et put ainsi, par cette simple boutonnière périnéale, extraire le corps étranger, qui était un tube de caoutchouc replié sur lui-même et mesurant 15 centimètres de longueur. Il fit un pansement à l'iodoforme. Après seize jours, toute l'urine passait par le canal et le malade quittait l'hôpital complètement guéri. Peu de temps après il est mort d'urémie. La taille périnéale a donc pu être faite chez un homme atteint de néphrite albumineuse, sans le moindre accident, et suivie d'une prompte guérison, car c'est bien à son affection rénale antérieure et non aux suites de l'opération que ce malade a succombé.

M. BERGER a eu à donner ses soins, il y a trois semaines, à un homme de cinquante-deux ans, sourd, aveugle, muet, et dans un état d'abrutissement complet, lequel s'était introduit l'extrémité d'un tuyau de pipe dans l'urèthre. Cet homme avait de la rétention d'urine. Il rendit spontanément un morceau de tuyau de pipe, mais, en pratiquant le toucher rectal, on sentait très nettement la présence d'un autre corps étranger dans la vessie. Assisté de M. le docteur Bazy, M. Berger fit une boutonnière périnéale, retira tout de suite un second morceau de pipe de 5 centimètres de longueur, fit la dilatation avec le dilatateur de M. Guyon, sentit un troisième morceau de pipe placé transversalement dans le fond de la vessie, eut quelque peine à saisir l'une des extrémités de ce morceau, put enfin l'attirer et l'extraire. Ce troisième morceau de pipe mesurait 8 à 9 centimètres de longueur. Le malade est actuellement en voie de guérison.

M. MONOD rappelle avoir fait un rapport sur un travail de M. Henriet, relatif au broiement des couches calcaires recouvrant ces corps étrangers, et à l'extraction consécutive, devenue facile, de ces corps mous. M. Monod ajoute que la taille hypogastrique est une opération bien peu dangereuse aujourd'hui et qui a, sur la taille périnéale, de bien grands avantages.

M. TERRIER préfère également de beaucoup à la taille périnéale la taille hypogastrique qui, dans les cas de corps étrangers, permet d'examiner bien plus facilement et bien plus complètement la vessie.

M. TRÉLAT communique l'observation d'un malade qui s'était imaginé de se sonder avec un tuyau de pipe auquel il avait ajouté le caoutchouc du biberon de son enfant. Il put retirer ce caoutchouc, mais le tuyau de pipe s'en était séparé et avait pénétré dans la vessie. Cet homme est mort très rapidement, avant qu'on ait eu le temps de rien faire. On constata, à l'autopsie, que le tuyau de pipe s'était engagé dans l'uretère droit, où il était devenu le point de départ d'un phlegmon profond rétro-vésical.

M. BERGER, en réponse à MM. Terrier et Monod, soutient que la voie périnéale est indiquée dans les cas analogues au sien et à celui de M. Le Dentu, et qu'en somme une simple boutonnière périnéale est une opération bien moins grave que la cystotomie sus-pubienne.

M. VERNEUIL n'admet pas l'exclusivisme dans le choix des pro-

cédés et reconnait que la taille périnéale est un procédé de choix dans certains cas, que la taille hypogastrique est préférable dans d'autres ; qu'enfin la taille prérectale peut avoir rendu des services selon les cas. Quand il s'agit de corps étrangers de la vessie, il faut substituer l'une de ces diverses tailles à l'extraction par les voies naturelles, qui est si souvent suivie de mort.

M. TERRIER ne rejette pas tel ou tel procédé opératoire. Il résume son opinion en disant que chez les vieillards, par exemple, la taille inférieure ou périnéale est plus grave que la taille supérieure ou hypogastrique, que chez les jeunes enfants toutes les tailles réussissent.

M. LE DENTU se félicite d'avoir soulevé cette discussion et d'avoir révélé la tendance qu'ont actuellement les chirurgiens à employer presque exclusivement la taille hypogastrique. Il croit avoir montré qu'il y a encore des indications de la taille périnéale.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers décrets, en date du 22 mai 1885, ont été nommés :

M. le docteur Hermann, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille ; — M. le docteur Weiss, agrégé, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Nancy ; — M. Boutroux, docteur ès sciences, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Besançon ; — M. Haller, docteur ès sciences, agrégé, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Nancy.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours pour la nomination à six places d'aide d'anatomie vient de se terminer. Ont été nommés : MM. Lejars, Mérigot de Treigny, Demoulin, Villemin, Montprofit et Villars.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17868.

79

DRAGÉES DU DOCTEUR GIBERT

(DRAGÉES DE BOUTIGNY-DUHAMEL)

Iodure de potas., 25 cent.; bi-iodure d'hydrarg., 5 milligrammes.

Correspondent à une demi-cuillerée à bouche de Sirop et *se conservent indéfiniment*. Prix : **5** fr.

DRAGÉES DESLAURIERS

A L'IODURE DE POTASSIUM

(*Vingt-cinq centigrammes de sel pur.*)

Sont, comme celles du Dr GIBERT, extrêmement solubles, d'une absorption aussi rapide que celle du Sirop et d'un **emploi** plus **commode** et **agréable**. — Prix : **3** francs.

TABLETTES CHLOROBORATÉES

DE DESLAURIERS

(*Dix centigr. de chlorate de potasse et dix centigr. de borate de soude purs.*)

Mieux **tolérées**, plus **agréables** et plus **actives** que celles de Chlorate de Potasse. — Prix : **2** fr. (*Se défier des contrefaçons.*). Paris, Phie BOUTIGNY-DUHAMEL, 31, r. de Cléry et toutes pharmacies.

86

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

19

POUDRE HÉMATIQUE ET

VIN HÉMATIQUE DU Dr GUERDER

AU SANG DE BŒUF DESSÉCHÉ

Anémie, Chlorose, Phtisie, Dyspepsies, Affections organiques.

Prix : Poudre hématique, le flacon. 3f50.
Vin hématique, la bouteille. . . . 4f50.

Paris, Phie J. DALMON, 80, Faubourg Saint-Denis.

17

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : **LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.**

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande *directement à MM. Lebeault, Mayet et Cie*, recevront une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon.

12

APIOL DES Drs JORET & HOMOLLE

L'Apiol est l'emménagogue par excellence. Mais le commerce délivre sous ce nom des teintures ou extraits alcooliques de persil, à peu près inertes. L'**Apiol** des Drs Joret et Homolle offre seul toutes les garanties d'une bonne préparation ; c'est le seul qui soit absolument pur et qui ait été expérimenté avec succès dans les Hôpit. de Paris.

Dép. gal : phie BRIANT, 150, r. de Rivoli, et phies.

106

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

PULLNA (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, Londres (Cong. méd. univ.) 1881, Trieste 1882, Vienne 1883, Amsterdam 1883.

10

AFFECTIONS CARDIAQUES

« PALPITATIONS, INSUFFISANCES ET RÉTRÉCISSEMENTS, ALBUMINURIES, ŒDÈME. »

Soulagement immédiat et guérison par le **Sirop et les Pilules de LANGLEBERT** *au convallaria Maïalis* (*muguet de mai*)

Préconisés par les meilleurs praticiens.

Phie LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et ttes ph. Granules et préparations de *Convallamarine*.

81

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

10

COLIQUES HÉPATIQUES, COLIQUES NÉPHRÉTIQUES. COLIQUES DES RÈGLES, NÉVRALGIES, MIGRAINES.

CAPSULES BRUEL

Ether Amyl-valérianique (*Valérianate d'amyle*)

Spécifique des maladies nerveuses en général.

Pharmacie DUROY, 10, faubourg-Montmartre.

90

TYPHUS — DIARRHÉE

LE SALICYLATE DE BISMUTH

a sur le sous-nitrate des avantages considérables ; son action absorbante est augmentée des propriétés antiseptiques de l'acide salicylique. Il arrête les affections des intestins et les **Diarrhées les plus violentes.**

Un gramme de **SALICYLATE DE BISMUTH** délayé dans un demi-verre d'eau suffit le plus souvent pour faire avorter la *Fièvre typhoïde*, le *Choléra* et la *Dyssenterie*.

Son action est remarquable dans les cas de *Diarrhées infantiles* : un enfant au berceau peut en supporter, sans inconvénient, jusqu'à 2 grammes par jour en 3 ou 4 fois. Les adultes, pour des cas graves, pourront prendre 8 à 10 grammes ; mais, en général, 2 à 3 grammes suffisent pour couper une diarrhée ordinaire. — Exiger la marque SCHLUMBERGER et CERCKEL, 26, rue Bergère, Paris : *les créateurs de ce salicylate, le seul qui ait produit des effets réguliers et efficaces dans les hôpitaux.*

Boîtes de 25 doses de 1 gramme, préparées par M. CHEVRIER, phien de 1re classe, Fg Montmartre, Paris. — Boîte : 4 francs.

66

DRAGÉES MEYNET

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

33

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles ; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

22

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel ; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

133

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

49

L'eau minérale de la

SOURCE DU PAVILLON

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

est la seule à **Contrexéville** *qui soit décrétée d'intérêt public.*

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques et hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central des eaux à Paris, 31, boulevard des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

169

AFFECTIONS UTÉRNIES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

92

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.

4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50 cgr. . . *5 fr.*
1/2 étui de 10 cachets . . . . . . *2 fr. 50*

Phien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

19

PELLETIÉRINE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart.

N° 61. — JEUDI 28 MAI 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 28 MAI 1885. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE......... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après la séance solennelle de mardi dernier, que l'on pourrait appeler la séance aux trois présidents, le bureau y étant représenté par les présidents des deux années précédentes et le président de l'année actuelle, sans compter le vice-président, président futur de l'année prochaine, et les deux secrétaires, tous en habit de gala, si nous n'aimions mieux la désigner sous le nom de « séance de Claude Bernard », dans laquelle notre illustre physiologiste et ses immortels travaux ont été loués et appréciés comme ils méritaient de l'être dans le beau discours que nos lecteurs ont eu sous les yeux, l'Académie a repris hier ses travaux courants.

Il y a eu toutefois, au début de cette séance, comme un écho de la précédente, et l'on se serait volontiers cru à une nouvelle solennité du même genre en entendant M. H. Roger lire, devant ses collègues, le discours qu'il a prononcé, en leur nom, à la cérémonie d'inauguration de la statue de Bouillaud à Angoulême. La laborieuse et brillante carrière de l'éminent clinicien, ses œuvres et ses qualités maîtresses, sa participation importante aux travaux de l'Académie, le rôle prépondérant qu'il avait pris en dernier lieu dans ses discussions et jusqu'aux exubérances oratoires dont il était coutumier et qui ont pu être diversement jugées, mais qui devaient trouver grâce devant lui, M. H. Roger a tout fait ressortir, tout mis en relief, louant sans réserve tout ce qui était vraiment digne de l'être, atténuant ou excusant le reste, et surtout payant largement à son ancien maître le tribut d'admiration et de reconnaissance personnelle qu'il lui devait, le tout dans ce style que l'on connaît et où l'esprit et une douce sensibilité ont été le plus heureusement combinés.

Après ce morceau oratoire, accueilli par les applaudissements de l'assemblée, on a entendu deux lectures, l'une de M. le docteur Faucher sur les nouveaux perfectionnements qu'il a apportés à son tube ou siphon stomacal, l'autre de M. Daremberg sur quelques-unes des indications de l'emploi de l'antipyrine dans la tuberculose fébrile. On en trouvera le résumé analytique dans le compte-rendu.

HOTEL-DIEU. — M. Vulpian.

Carcinie généralisée : glandes mammaires, ganglions de l'aisselle et sus-claviculaires, parois abdominales, etc.; épanchement pleural; cachexie très avancée; amélioration dans l'espace de deux mois; guérison apparente.

(Observation recueillie par M. Brunon, interne du service.)

L... (Eugénie), trente-deux ans, entre dans le service du professeur Vulpian, à l'Hôtel-Dieu, le 3 novembre 1883.

Il y a dix-huit mois environ, la malade a remarqué que son sein gauche était douloureux à la pression du corset, et qu'il existait sous la peau une petite tumeur du volume d'une noisette roulant sous le doigt.

Cette tumeur grossit assez rapidement et devint adhérente à la peau; il survint des douleurs lancinantes mais peu vives dans toute la région, sans irradiations spécialement remarquées.

Une dizaine de mois après le début, la tumeur avait le volume d'un gros œuf; elle commença à s'ulcérer et à laisser suinter un liquide séro-purulent. La malade s'affaiblit beaucoup; puis la tumeur a diminué de volume, l'ulcération s'est cicatrisée, et finalement le néoplasme s'est réduit aux dimensions qu'il présente lors de l'entrée.

Deux mois plus tard, c'est-à-dire un an après le début de la tumeur du sein gauche, le sein droit a été envahi à son tour; il a été le siège des mêmes accidents.

A ce moment, la malade en était arrivée à un état cachectique très avancé : ne prenant presque aucune nourriture, sans logement, exposée au froid, ayant une toux persistante, elle entre à l'Hôtel-Dieu. A peine avait-elle la force de marcher; d'une maigreur extrême, d'une teinte jaune paille manifeste; elle avait conservé une toux sèche, très fatigante, et de plus se plaignait de douleurs abdominales vives.

En somme, elle paraissait être dans un état très voisin de la fin.

Les tumeurs du sein se présentaient sous l'aspect suivant :

La tumeur du sein gauche avait le volume d'un œuf; mais aplatie, dure, ligneuse, elle était collée à la paroi thoracique. A la palpation on sentait que tous les tissus étaient adhérents entre eux : il n'y avait pas plus de mobilité du tégument sur la glande que de la glande sur la paroi thoracique. La peau à ce niveau était grisâtre, terne et ridée comme la peau d'orange classique. Du corps de la tumeur partaient des traînées rayonnant irrégulièrement vers la périphérie, s'enfonçant profondément dans les tissus et entraînant la peau.

Il n'y avait plus d'ulcération.

A droite, la peau adhérait aux tissus sous-jacents, mais la glande elle-même n'avait pas la dureté constatée à gauche.

Dans le triangle sus-claviculaire gauche, sur la paroi interne des deux aisselles on trouve des ganglions ayant le volume d'une noisette, mais roulant facilement sous le doigt. Dans le triangle sus-claviculaire, ce sont des masses moins bien limitées que l'on sent éparses et non douloureuses à la palpation.

Pas de douleurs dans le bras, mais un œdème assez considérable de tout le membre supérieur.

La région hépatique est sensible à la pression, et l'on trouve profondément dans la région hépatique des bosselures assez nettes. Le foie lui-même est augmenté de volume.

Dans l'épaisseur de la paroi abdominale on trouve des noyaux du volume d'une petite noix, durs, aplatis, donnant la sensation de disques fixés dans l'épaisseur du tégument. Ils sont au nombre de six ou huit.

Sur la paroi thoracique, dans la région de la nuque, sur la partie postérieure du tronc, mêmes petites tumeurs qui sont comme enchâssées dans la peau intacte à leur niveau.

Il existe un léger épanchement dans la cavité péritonéale et dans la plèvre droite, épanchement qu'on peut évaluer à 1 litre ou 1 litre 1/2.

M. Vulpian, au moment où on lui présente la malade, n'hésite pas à dire que le pronostic est extrêmement grave, car le diagnostic ne fait pas de doute : il s'agit d'un squirrhe atrophique avec généralisation; on peut même prévoir la fin à courte échéance, étant donné l'état général très grave dont nous avons parlé.

Cependant M. Vulpian prescrit un régime essentiellement tonique (potion de Todd, extrait de quinquina, puis sirop d'iodure de fer, arséniate de soude).

5 novembre. — La malade commence à prendre un peu de nourriture. Il y a encore de l'insomnie, mais les douleurs abdominales et la toux sont moins vives.

12 novembre. — L'amélioration continue. La malade a meilleur appétit; elle est au premier degré.

20 novembre. — La malade peut se lever pour la première fois.

1er décembre. — On remarque que la tumeur du sein gauche a commencé à diminuer. Les ganglions ont aussi diminué de volume. Il n'y a plus ni œdème du bras, ni œdème malléolaire, ni ascite appréciables.

20 décembre. — La malade, ayant complètement recouvré son appétit et un teint coloré, est envoyée au Vésinet.

Janvier 1884. — Au retour du Vésinet, on constate que l'état général a continué à s'améliorer. « La malade ne s'est jamais mieux portée. »

La tumeur gauche ne fait plus aucune saillie. Le mamelon est complètement rétracté. L'ensemble de la tumeur se présente sous la forme d'un disque aplati, de l'épaisseur de 2 centimètres environ et donnant la sensation ligneuse.

Les petites tumeurs abdominales et dorsales ont suivi une marche rétrograde parallèle : elles n'existent plus.

De même pour les ganglions de l'aisselle.

A la base du poumon droit, il persiste une matité notable. Les vibrations vocales sont nulles. La voix est un peu retentissante.

25 février. — La malade sort définitivement de l'hôpital, se trouvant dans un état de santé aussi bon qu'avant l'apparition de ses tumeurs.

M. Vulpian croit que dans cette observation le diagnostic ne saurait être mis en doute. La syphilis a pu, il est vrai, en imposer dans des cas analogues, mais ici, après un examen minutieux, on n'a trouvé aucun accident spécifique, ni dans les antécédents personnels ni dans l'état actuel ; et de plus, non seulement l'amélioration s'est produite sans le secours du traitement antisyphilitique, mais encore le traitement formulé par M. Vulpian n'a eu, comme on l'a vu, aucune activité bien spéciale : il a été simplement tonique.

Entre autres auteurs, Recamier, dans ses *Recherches sur le traitement du cancer*, et à propos de plusieurs faits qu'on pourrait rapprocher du nôtre, Recamier croit que l'amélioration observée doit être attribuée à l'emploi de moyens topiques; ne doit-on pas plutôt croire que, dans ces cas exceptionnels, le cancer peut quelquefois suivre *spontanément* la marche que nous avons constatée, et ce serait là ce qui expliquerait les quelques rares, très rares, succès publiés par des charlatans.

Mais ce qui fait la singularité toute particulière de l'observation dont il s'agit ici, c'est que le cancer avait colonisé, s'était généralisé, et que malgré cela il y a eu rétrocession presque complète. Il faut rappeler aussi qu'il y avait un épanchement pleural, que M. Vulpian avait diagnostiqué une pleurésie cancéreuse, une pleurésie hémorrhagique comme elle l'est presque toujours dans ces cas. Rien n'indique d'ailleurs qu'il n'en ait pas été ainsi.

Un cas récent peut être mis en parallèle avec le nôtre. Il s'agit d'une femme présentée par M. Gluck à la Société de médecine berlinoise, dans la séance du 4 mars 1885. Cette observation a de nombreux points d'analogie avec la nôtre. La malade de M. Gluck présentait une tumeur carcinomateuse du sein gauche, qui fut opérée en 1881 par M. Von Langenbeek. En 1883 une récidive est survenue, et cette fois l'infiltration cancéreuse envahit non seulement la région mammaire, mais encore une grande partie de la région thoracique dont la peau était le siège d'un grand nombre de nodosités.

Au niveau du sein même il y avait une cavité anfractueuse remplie de pus. Cette femme était très oppressée et paraissait devoir mourir bientôt. « Sous l'influence d'un traitement approprié et de pansements à l'iodoforme, » elle se rétablit cependant peu à peu.

Au moment de la présentation de la malade à la Société, l'état général était très satisfaisant; une exostose qui existait au niveau du grand trochanter avait disparu, et les nodosités cancéreuses de la peau s'étaient résorbées comme l'infiltration qui occupait toute la région mammaire.

Il faut bien avouer que, dans le cas de M. Gluck, l'exostose du trochanter et une douleur au niveau du tibia dont il fut parlé au cours de la présentation, pourraient être invoquées pour avancer qu'il s'agissait là peut-être d'un accident syphilitique. De plus, le médecin allemand semble attacher, lui aussi, une grande importance au traitement auquel il a soumis la malade, mais nous ne savons pas exactement quel a été ce traitement.

Quoi qu'il en soit, l'observation que nous avons rapportée n'a pas d'autre prétention que de faire nombre et d'attirer l'attention sur des cas analogues.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel MOLLIÈRE.

Fracture probable de la colonne vertébrale. Paraplégie. Érection ayant persisté pendant plus de deux mois et demi.

(Observation recueillie par M. René DUZÉA, interne du service.)

On sait quelle est la gravité ordinaire des fractures de la colonne vertébrale, surtout quand elles s'accompagnent de paraplégie complète, c'est-à-dire de perte absolue des mouvements et de la sensibilité, immédiatement après l'accident.

Le plus souvent cette paraplégie est incurable et entraîne

fatalement le malade à une issue funeste, grâce au cortège symptomatique qui l'accompagne.

Il est pourtant des cas où le pronostic fatal doit être réservé et où la guérison survient malgré l'extrême gravité des symptômes du début.

L'observation suivante en est un exemple frappant. Elle présente, en outre, la relation d'un fait insolite par sa durée, son intensité et que, par ce fait même, nous croyons unique dans la science, c'est celui d'un trouble d'ordre génital, d'une érection ayant persisté pendant près de trois mois.

Le nommé J... (Antoine), âgé de vingt-quatre ans, exerçant la profession de couvreur, est amené à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Daniel Mollière, le 27 septembre 1884.

Cet homme, en travaillant sur un toit, à une hauteur de 5 à 6 mètres, marcha sur des planches en mauvais état qui cédèrent sous son poids et l'entraînèrent dans leur chute. Il tomba sur les reins et fut relevé presque aussitôt, mais dans un état de perte absolue de connaissance qui persista pendant huit à dix heures.

Ce ne fut que quatre jours plus tard que le malade fut amené à l'Hôtel-Dieu.

A ce moment on constate une perte complète du mouvement dans les membres inférieurs. Pendant les quatre premiers jours qui ont suivi l'accident, le malade dit ne pas avoir éprouvé de violente douleur le long de la colonne vertébrale. Cette douleur ne s'est éveillée que le 27 septembre et a persisté d'une façon assez violente pendant près d'un mois. Son maximum d'intensité correspondait à la région lombaire.

Pas de plaies, pas de traces d'ecchymoses. Perte absolue de la sensibilité au-dessous d'un plan horizontal passant par l'articulation lombo-sacrée. Pas de gibbosité, pas de déformation de la colonne vertébrale. Douleur vive éveillée par la pression au niveau des troisième et quatrième vertèbres lombaires.

Dès son entrée à l'hôpital, le malade est immobilisé dans une grande gouttière Bonnet, où il reste un mois entier.

Pendant quarante jours, on ne constata aucune modification du côté de la sensibilité ou du mouvement. Ce n'est qu'au bout de ce temps qu'il commença à remuer un peu le pied droit (légers mouvements d'extension et de flexion), puis la jambe et la cuisse. Trois mois après l'accident, il pouvait élever le membre inférieur droit à quelques centimètres au-dessus de son lit.

La sensibilité et le mouvement ont été constamment intacts au-dessus du plan horizontal délimité précédemment. Aucun trouble intellectuel.

Quant au membre inférieur gauche, ce n'est qu'au début du mois de janvier 1885 que le malade a pu remuer un peu les doigts de pied. Depuis, il a gagné chaque jour quelque chose; et, actuellement, il peut également élever sa jambe gauche à quelques centimètres au-dessus du lit.

Pour chaque membre inférieur, et environ quinze ou vingt jours avant l'apparition des premiers mouvements, le malade éprouvait des soubresauts tendineux et parfois une véritable trépidation épileptoïde dans les muscles de la jambe et de la cuisse. Cette trépidation était provoquée par le moindre mouvement, par le moindre réflexe rotulien ou plantaire. Ajoutons qu'en même temps ces réflexes étaient considérablement augmentés.

Presque en même temps que le mouvement, la sensibilité qui, après l'accident, était complètement abolie, a reparu de nouveau, lentement mais d'une façon progressive; et, dans le courant du mois de janvier, le malade percevait les sensations de contact, et les piqûres d'épingle éveillaient une certaine douleur. Parallèlement au mouvement, la sensibilité s'est d'abord montrée dans le membre inférieur droit et ce n'est que quelque temps après qu'elle a fait son apparition à gauche.

Relativement à la fonction urinaire, le malade n'a pas pu uriner seul pendant les trois premières semaines qui ont suivi l'accident. On était obligé de le sonder trois fois pendant les vingt-quatre heures. Jamais d'incontinence d'urine si ce n'est un jour ou deux seulement après que, le malade ayant pu uriner seul, on eut cessé tout cathétérisme. Depuis le milieu du mois d'octobre, il a constamment uriné volontairement et normalement.

Du côté de la défécation, jusqu'à la fin d'octobre, le malade perdait ses matières sans en avoir conscience; depuis cette époque, ayant recouvré un certain degré de sensibilité, il a conscience du passage des matières fécales, mais son sphincter est resté encore impuissant à les retenir, cela pendant un mois environ.

Mais, sans contredit, le phénomène le plus curieux qu'a présenté le malade fut une érection complète qui a persisté d'une façon absolument continue, sans aucun moment de répit, depuis le moment de l'accident jusqu'au milieu du mois de décembre, c'est-à-dire pendant près de trois mois.

Ce malade n'avait nullement conscience de cette érection, ses yeux seuls la lui trahissaient. Il affirme catégoriquement n'avoir pas eu de pertes séminales pendant tout ce temps. Inutile d'ajouter que cette érection n'était accompagnée d'aucun désir vénérien.

Cette érection n'a pas cessé brusquement, elle a diminué peu à peu pour faire place, au bout de quatre ou cinq jours, à une flaccidité complète. Depuis, le malade a eu des érections normales et passagères. Les désirs vénériens ne sont nullement abolis.

Le malade n'a jamais présenté de troubles trophiques, pas d'escarres.

Actuellement, depuis près de deux mois, il présente une tendance marquée à une guérison qui suit une marche lente mais constante et progressive. La sensibilité, qui est redevenue presque normale à droite, est encore incomplètement rétablie à gauche. Aux bourses et à la verge, elle est à peu près normale. A la partie inférieure du tronc, la sensibilité est, au contraire, encore très affaiblie; elle est ici beaucoup plus obtuse qu'aux membres.

La pression sur les vertèbres ne produit aucune douleur en quelque point que ce soit. Pas de déformation, pas de gibbosité.

Depuis un mois environ, le mouvement est revenu à peu près complètement dans le membre inférieur droit; pour le membre gauche, le progrès est moins sensible, pourtant il commence à élever un peu sa jambe au-dessus de son lit. Du reste, il se lève chaque jour et peut se tenir debout en s'aidant d'une canne. Quant à la marche, elle est encore absolument impossible.

L'état général est excellent, tout indique une guérison complète dans quelque temps encore.

Des détails de cette observation, nous pouvons relever deux faits intéressants : d'une part, le retour du mouvement et de la sensibilité annoncés dans les membres paralysés par l'exagération des réflexes et par une trépidation épileptoïde des plus intenses et des plus facilement provoquées. A ce propos, nous devons ajouter que, chez notre malade, la trépidation et l'exagération des réflexes ont à peu près complètement disparu dans le membre inférieur droit qui, avons-nous dit, est revenu à son état normal, tandis qu'elles persistent encore, quoique diminuées, dans le membre inférieur gauche. Il est probable que, d'ici à peu de temps, elles disparaîtront complètement de ce côté avec le retour complet des fonctions du membre. Nous insistons de nouveau sur l'apparition tardive de ces accidents épileptoïdes, immédiatement avant le retour du mouvement et de la sensibilité, et non pas immédiatement après l'accident, comme le relatent la plupart des observations publiées dans ce sens.

Le second point intéressant est cette érection ayant persisté sans aucune interruption pendant près de trois mois, érection absolument passive et inconsciente, ne s'accompagnant d'aucun phénomène de priapisme. Outre cette durée exceptionnelle et dont nous n'avons pu retrouver aucun exemple semblable dans la science, nous avons un autre point insolite à signaler : c'est sa coïncidence avec une lésion de la moelle dorso-lombaire. On sait, en effet, qu'elle

succède plus spécialement aux lésions de la moelle cervicale.

Ollivier (1) signale en effet l'érection, mais incomplète et transitoire, dans les lésions de la moelle cervicale et exceptionnellement dans les lésions de la moelle dorso-lombaire.

Godard a vu l'éjaculation suivre de près les lésions graves de la moelle cervicale, et, dans ces cas, la mort était presque toujours la conséquence prochaine de l'accident.

Ségalas (2) et Brachet ont noté, au contraire, l'impossibilité de l'érection et de l'éjaculation après des accidents de même nature.

Chédevergne (3) met cette impotence génitale sur l'absence des réflexes consécutive à l'anesthésie.

Enfin Ollivier, Landry et Aurran (4) ont vu une simple turgescence pénienne succéder d'une façon transitoire aux lésions de la moelle dorso-lombaire; mais jamais une érection aussi intense et surtout aussi prolongée que celle que nous avons observée.

Enfin, pour terminer, nous devons dire un mot des lésions probables de la colonne vertébrale et de la moelle. En présence du défaut de phénomènes objectifs du côté du rachis, en présence des symptômes relatés plus haut, nous pensons que le traumatisme consécutif à la chute du malade a dû produire une fracture incomplète d'un segment vertébral, fracture accompagnée immédiatement d'une commotion considérable et d'un épanchement sanguin localisé, tous phénomènes qui ont déterminé une paraplégie transitoire, l'épanchement se résorbant peu à peu et permettant à l'axe médrillane de recouvrer progressivement ses fonctions.

Quant à l'apparition tardive de la trépidation épileptoïde, elle s'explique moins facilement, surtout s'annonçant ici comme signe de pronostic favorable. Peut-être pourrait-on penser qu'elle est due au retour des fonctions des cordons latéraux, retour qui aurait produit de leur côté un certain travail irritatif mais réparateur, et qui se serait traduit du côté des membres inférieurs par les phénomènes épileptoïdes que nous avons signalés plus haut.

THÉRAPEUTIQUE

Des eaux de Pougues dans la dyspepsie et les troubles nerveux qui en résultent.

Par M. le docteur E. Bouchut.

Dans ses formalités si variables, la dyspepsie, qui est primitivement un trouble des sécrétions de l'estomac et qui entraîne des troubles multiples de la nervosité abdominale, thoracique ou cérébrale, est constamment soulagée par la médication alcaline. C'est aux alcalins pris en nature et en poudre, ou sous forme d'eaux minérales alcalines, que la thérapeutique s'adresse le plus volontiers pour guérir cette maladie, car l'expérience en a établi l'efficacité.

Seulement, si le principe est généralement adopté, les médecins discutent encore sur le point de savoir sous quelle forme la médication alcaline doit être employée; et même, cette forme admise, et les eaux minérales reconnues comme l'agent médical le plus puissant et le plus régulier dans ses effets, on cherche encore s'il convient d'avoir recours, dans les différentes dyspepsies, soit aux bicarbonatées sodiques, Vichy, Vals, etc., soit aux bicarbonatées calcaires, Condillac, Saint-Galmier (Mialhe), etc., parmi lesquelles Pougues en constitue un type spécial, dont voici la composition par litre :

Acide carbonique libre	1g 3190
Acide carbonique des carbonates	1,6692
Acide chlorhydrique	0,1271
Acide sulfurique	0,1098
Silice	0,0250
Oxyde de fer	0,0120
Chaux	0,6400
Magnésie	0,1172
Soude	0,4776
Potasse	*Traces*
Lithine	0g 0040
Matières organiques	0,0320
	4g 5329

M. Mialhe y a constaté la présence de l'iode; son rapport à l'Académie, en 1857, dit fort bien : « *L'eau de la source Saint-Léger doit occuper une place spéciale* dans la classe des eaux bicarbonatées, calciques, magnésiennes, ferrugineuses et iodées. »

Les premières ont fait leurs preuves et ont leurs indications spéciales; mais elles sont plus énergiques par la grande quantité de soude et de gaz acide carbonique qu'elles renferment. Elles conviennent surtout dans la dyspepsie de la lithiase biliaire et de la colique hépatique ou néphrétique; mais, dans les dyspepsies inflammatoires gastriques ou intestinales, avec accidents réflexes, elles sont irritantes et plus nuisibles qu'utiles. Toutes les gastralgies irritatives sont aggravées par les eaux de Vichy et les malades sont promptement obligés de cesser leur emploi.

Les eaux bicarbonatées gazeuses et à bases alcalines calcaires, comme celles de Pougues, sont plus calmantes dans ces formes de dyspepsies stomacales ou intestinales, très bien décrites, il y a longtemps, par de Crozant. Sans généraliser l'emploi de ces eaux pour les employer dans des maladies sur lesquelles elles n'ont que peu d'action, il faut les conseiller dans toutes les dyspepsies chroniques flatulentes, et surtout dans celles qui s'accompagnent de mélancolie, d'hypochondrie, de nervosisme et de vertiges. Elles se prennent à la source même ou au domicile pendant la saison d'hiver. Ce que j'ai envoyé de malades de ce genre à Pougues depuis vingt-cinq ans est considérable, et avec ces indications précises, tous ceux que j'ai soumis au traitement de Pougues en sont revenus guéris ou très améliorés.

C'est surtout dans le vertige d'estomac, dans ces cas, où avec digestions laborieuses, compliquées de flatulence, il y a de la titubation, des migraines, des vertiges à croire qu'on va tomber, qui vous obligent à s'appuyer sur ce qui les entoure, que l'usage des eaux de Pougues est suivi des effets les plus salutaires. Sous leur influence, les gaz et le gonflement d'estomac diminuent, l'appétit est meilleur, les digestions plus faciles, et, dès que l'estomac fonctionne plus régulièrement, la tête se dégage et les vertiges disparaissent. De Crozant, Logerais et Roubaud, qui ont suivi tous mes malades, m'ont confirmé ces succès.

A côté de la dyspepsie chronique, vertigineuse et névropathique, qui guérit si bien avec les eaux de Pougues, il y a une maladie plus grave que celle de l'estomac, qui résulte de l'ulcération de sa membrane muqueuse, c'est l'ulcère simple de l'estomac. Gallard a eu l'idée de le traiter par les eaux de Pougues. Dans ces cas, il est préférable d'employer l'eau avec le siphon pour faire chaque jour le lavage de l'estomac. Cela vaut mieux que de laisser l'eau à l'intérieur.

D'après Bouchardat et Logerais, on les emploie aussi avec succès dans la glycosurie, ainsi qu'en témoignent 17 observations publiées par le dernier de ces médecins.

M. Hardy les préconise en première ligne comme plus toniques que celles de Vichy, en raison du fer et du carbonate de chaux

(1) Ollivier, *Traité des maladies de la moelle*, 1827.
(2) Ségalas, Bulletins de l'Académie de médecine, 1844.
(3) Chédevergne, *Fractures indirectes de la colonne dorso-lombaire* (Mémoires de l'Académie de médecine, 1869-70).
(4) Aurran, *Des lésions traumatiques de la moelle épinière* (thèse de Montpellier, 1872).

qu'elles renferment. Dans les affections des voies urinaires et surtout dans la gravelle urique, elles s'emploient avec bien plus d'avantages que les eaux de Contrexéville dont la minéralisation est à peu près nulle.

Dans la pratique, un des avantages de l'eau de Pougues pour les malades, c'est qu'elle n'est pas irritante et nuisible comme l'eau de Vichy, et que l'on est sûr, en la conseillant, de ne pas aggraver le mal. Dans les cas spéciaux que je viens d'indiquer, elle a une action certaine que ne donne pas l'usage des autres eaux alcalinisées, et l'emploi comparatif que j'en ai fait m'autorise à lui donner la préférence.

Reste la question thérapeutique relative à la glycosurie, à la gravelle biliaire ou rénale, à la colique hépatique ou néphrétique, à la scrofule, car tous les ans les hospices de Nevers envoient à Pougues les enfants scrofuleux, chez lesquels les ressources ordinaires de la médecine n'ont pu enrayer la marche de la maladie. Mais ces faits sont en dehors de ceux qui sont relatifs à la dyspepsie dont je parle spécialement. Ici, les observations sont moins nombreuses, mais celles qui ont été publiées montrent qu'ici encore les eaux de Pougues donnent de très beaux résultats.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mai 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Milne-Edwards (Alphonse) comme membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de remerciement de M. Rodet (de Lyon), récemment élu membre correspondant, et de MM. Mairet, Troïs, Bouchet, Vieuze, Charpentier, Pouillet, Régnier Éloy, William Murray, Joly, Thomas, Arloing et Cornevin, Arloing, Girard, Seinfert, Giacomo, Eipstein, lauréats de l'Académie;

2° Des lettres de candidature de MM. Pamard (d'Avignon), qui sollicite le titre de membre correspondant, de MM. d'Arsonval, Javal, Hardy, Riban et Brame pour la section de physique et de chimie;

3° Une note de M. Bitot (de Bordeaux) sur la protubérance annulaire;

4° Une note de M. le docteur Moricourt sur deux cas de guérison de névroses par le cuivre et l'aluminium. (Renvoyée à une commission composée de MM. Dujardin-Beaumetz, Siredey et Féréol.)

5° Une lettre de M. de Saint-Germain, accompagnant l'envoi d'un volume de leçons cliniques;

6° Une lettre de M. le docteur Chabert qui informe l'Académie que, le 4 mai, il a exécuté la transplantation de l'œil du lapin à l'homme chez une jeune fille énucléée de l'œil gauche. Onze jours après l'opération, la réunion est complète; l'œil transplanté se nourrit, est sensible et se meut largement dans tous les sens. Tout porte M. Chabert à croire que cet œil, après avoir triomphé des difficultés de nutrition des premiers jours, conservera sa forme, son volume, et remplacera avantageusement un œil d'émail.

PRÉSENTATIONS

M. Dujardin-Beaumetz présente, de la part de M. le docteur Moncorvo, professeur de clinique des maladies des enfants à la policlinique de Rio-de-Janeiro :

1° Une note sur la dilatation de l'estomac chez les enfants et un nouveau moyen d'exploration pour la reconnaître ;

2° Une deuxième note sur la température de la paroi abdominale dans les cas d'entérite aiguë et chronique chez les enfants.

— **M. Vulpian** présente, au nom de M. le docteur Alizon, ancien interne des hôpitaux de Paris, un aperçu sur les principales causes de la phthisie pulmonaire.

— **M. le Président** rend compte de la part qu'a prise l'Académie à la cérémonie de l'inauguration de la statue de Bouillaud à Angoulême. M. H. Roger y a pris la parole au nom de l'Académie de médecine.

M. H. Roger, sur l'invitation de M. le président, donne lecture de ce discours qui est accueilli par les bravos et les applaudissements de l'assemblée.

LECTURES

Antipyrine dans la tuberculose fébrile. — M. Daremberg fait une lecture relative à quelques-unes des indications de l'antipyrine, surtout dans la tuberculose fébrile.

Dans le but de mettre fin aux incertitudes qui règnent encore sur la manière d'administrer l'antipyrine, M. Daremberg a fait, pendant ces derniers six mois, des essais de ce médicament dont il expose les résultats dans les termes suivants :

Après de nombreux essais infructueux, il est arrivé à être convaincu que l'on ne peut guère donner utilement l'antipyrine chez les tuberculeux qu'en leur faisant prendre leur température toutes les heures, et que l'on opère sans grande certitude en leur donnant le médicament à des heures déterminées d'avance.

Tout d'abord il n'y a aucun parallèle à établir, suivant lui, entre la quinine et l'antipyrine chez les tuberculeux. Après de nombreux essais, tentés depuis dix ans, j'affirme, dit-il, que la quinine n'a aucune action bienfaisante chez eux, tandis que l'antipyrine, qui n'a aucun des inconvénients de la quinine, donne des résultats satisfaisants.

Comment faut-il administrer l'antipyrine ? Il faut donner la première dose de 1 gramme d'antipyrine avant le début de la fièvre, c'est-à-dire avant que le thermomètre ait atteint 37°,6 ; puis prendre un nouveau gramme toutes les fois qu'en une heure le thermomètre a monté de plus de 3/10mes. En outre, même si le thermomètre n'a monté que de 2/10mes en une heure, il faut donner une dose si le malade doit prendre un repas. Il convient de laisser un intervalle d'une heure entre une prise de médicament et un repas, sinon la digestion est pénible.

On peut continuer fort longtemps l'antipyrine aux doses élevées (de 4 à 6 grammes par jour), sans aucun inconvénient.

L'antipyrine a paru à M. Daremberg être peu utile dans les cas où la tuberculose prend une marche très rapide. Le seul avantage que les malades, dans ce cas, aient éprouvé, c'est qu'ils ont eu de l'appétit jusqu'au dernier jour de leur vie.

L'action de l'antipyrine s'use à la longue, si les lésions ne se modifient pas. Il faut alors cesser son administration pendant quelque temps.

Quand l'état du malade paraît s'améliorer, on diminue le nombre des doses.

En résumé, l'antipyrine, sans avoir aucune action spécifique, est pour la sensation de fièvre des tuberculeux un palliatif aussi utile que l'opium pour la douleur.

Pour atteindre ce résultat, il faut, le thermomètre à la main, obtenir : 1° dans la forme fébrile ordinaire, une diminution des températures élevées et de leur durée ; 2° dans les formes pseudo-continues, une rémission des minima et des maxima.

Il est impossible de dire d'une façon générale à quelle dose on doit donner l'antipyrine chez les tuberculeux dans une période de vingt-quatre heures. L'étude de chaque malade peut seule fournir à ce sujet des indications précises. On peut sans inconvénient administrer pendant plusieurs semaines de suite 4 à 6 grammes d'antipyrine en vingt-quatre heures, par doses de 1 gramme à la fois aux moments indiqués par le thermomètre, et principalement une heure avant les repas.

M. Dujardin-Beaumetz est d'accord avec M. Daremberg sur certains points, et en désaccord sur d'autres. D'accord avec lui sur l'action bienfaisante de l'antipyrine chez les tuberculeux, il diffère entièrement de son collègue sur les doses de ce médicament qu'il convient d'administrer. L'antipyrine à hautes doses ayant pour effet de déterminer des sueurs abondantes semble, à ce point de vue, contre-indiquée chez les tuberculeux. Or ce

grave inconvénient disparait quand, au lieu des doses de 4 à 6 grammes, on se contente de la dose de 50 centigrammes, et cette faible dose exerce la même action calmante et antithermique.

Il paraît donc absolument démontré aujourd'hui que, contrairement à l'opinion émise par M. Daremberg, l'antipyrine ne doit être employée chez les phthisiques qu'à de petites doses.

M. DAREMBERG fait observer que sa manière de faire diffère tout à fait de celle de M. Dujardin-Beaumetz. Tandis que celui-ci se contente de chercher à abaisser la température, M. Daremberg s'applique à l'empêcher de s'élever. Dès lors les hautes doses d'antipyrine ne présentent plus les inconvénients qu'on leur reproche avec raison quand elles sont données dans le seul but d'abaisser une température déjà élevée.

Siphon stomacal. — M. FAUCHER, après une revue critique des modifications introduites par MM. Debove et Audhoui dans son siphon stomacal, expose les perfectionnements qu'il a introduits dans cet appareil. Il a conservé à l'instrument la simplicité du premier modèle; mais l'entonnoir a une forme moins encombrante et le tube, au lieu d'être fait de feuille anglaise rugueuse et striée, a été moulé dans une enveloppe de verre dont il reproduit le poli. Le passage dans le pharynx d'une surface de cette nature provoque bien moins de réflexes, et l'expérience a démontré que les premières applications en étaient bien plus faciles.

M. Faucher insiste sur ce point qu'il ne faut pas vouloir pousser l'instrument et pénétrer dans le pharynx par effraction, mais se servir d'un mouvement de déglutition pour traverser les constricteurs; une fois engagé dans l'œsophage, le tube n'éprouve plus de résistance et, malgré sa souplesse, il peut être facilement poussé dans l'estomac.

Lorsqu'il arrive, chez les sujets nerveux, que le passage du tube provoque des spasmes laryngiens et de la suffocation, il suffit de badigeonner le pharynx avec une solution de cocaïne pour faire cesser cet accident.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Léon Le Fort sur les candidats à une place vacante de correspondant national.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

147. M. BERTRIN. De l'œsophagisme dans ses rapports avec les lésions de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin. — 148. M. MAZEL. De la fièvre de convalescence. — 149. M. BOGDON. De l'avantage et de l'emploi de l'iodoforme comme suppositoire utérin. — 150. M. FERNAND-ROBERT. — De quelques accidents septiques dus à la présence des corps fibreux de l'utérus. — 151. M. DIDIER-PLACÉ. De l'électricité statique dans le traitement de l'hémiplégie de cause cérébrale. — 152. M. CHÉRON. De l'albuminurie dans le rhumatisme articulaire aigu, sa valeur séméiologique. — 153. M. BESSIÈRES. Fractures du cartilage du larynx. — 154. M. CHATARD. Cure radicale des hernies par les méthodes directes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 mai 1885, M. Ferré, aide-médecin de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade d'aide-médecin dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle, en date du 22 mai 1885, ont été désignés :

M. le médecin-major de première classe Laurent, pour le 36e d'artillerie;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Dubois, pour le 6e escadron du train des équipages militaires; — Cervelle, pour le 5e hussards; — Perrin, pour le 6e escadron du train des équipages militaires; — Boutry, pour le 4e hussards.

MM. les médecins aides-majors de première classe Petit, pour le dépôt du 18e chasseurs à cheval; — Pelletier, pour le 17e dragons.

MM. les pharmaciens-majors de première classe Moissonnier, pour l'hôpital de Belfort; — Janin, pour l'hôpital de Bourges.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Darricarrère, pour l'hôpital de La Rochelle.

M. le pharmacien aide-major de première classe Grellety, pour la Pharmacie centrale, à Paris.

— Par décision ministérielle, en date du 22 mai 1885, des médailles d'or ont été décernées, pour leur dévouement pendant l'épidémie cholérique de 1884, à MM. les docteurs Mondot, Lescure, Guglielmi, Sandras, à Oran; Ravel, au Tlélat; Game, à Perrégaux. — M. le docteur Tedeschi, à Tlemcen, a reçu, pour le même motif, une médaille d'or de deuxième classe.

— La Faculté de médecine de Paris a désigné pour la chaire d'hygiène, vacante par la démission de M. Bouchardat : en première ligne, M. Proust; en deuxième ligne, M. Landouzy.

— La deuxième épreuve (épreuve orale) du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central s'est terminée samedi soir. La dernière question donnée a été : « Des fièvres palustres pernicieuses. » Seuls ont été admis à subir la troisième épreuve d'admissibilité les quinze candidats suivants : MM. Barié, Dreyfous, Renault, Chantemesse, Juhel-Rénoy, Lorey, Brocq, Hirtz (Hippolyte), Ledoux-Lebard, Comby, Duplaix, Galliard, Gaucher, Jean et Martin.

— Le jury du concours qui s'ouvre demain, jeudi 28 mai 1885, pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris se compose définitivement de MM. les docteurs Berger, Bucquoy, Duplay, Humbert, Le Dentu, Terrier et Tillaux.

— Le registre d'inscription du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices civils de Paris est clos. Les candidats sont au nombre de huit. Ce sont : MM. Auvard, Boissard, Bureau, Doléris, Loviot, Olivier, Schweich et Stapfer.

— M. le docteur Blanc-Aillaud a été élu, dimanche dernier, conseiller municipal de la ville de Marseille.

— La Société de médecine et de chirurgie de Toulouse avait mis au concours la question suivante, pour 1885 : « Faut-il faire un groupe à part des anémies dites pernicieuses? »

La Société a proclamé M. le docteur A. Sordes (de Tarare) lauréat pour 1885, et lui a décerné une médaille d'or de 300 francs.

— Les bulletins sanitaires officiels d'Espagne signalent encore quelques cas suspects de choléra dans la province de Valence.

— M. le docteur Luys, médecin de la Charité, fera, dans son amphithéâtre de l'hôpital, demain jeudi, à dix heures du matin, une conférence sur les principaux phénomènes de l'hypnotisme.

— M. Gabriel de Mortillet, professeur à l'École d'anthropologie, fera sa prochaine excursion, le dimanche 31 mai 1885, à Celle-sous-Moret, pour l'étude des tufs chelléens, silex de la surface, polissoirs et tumulus. Le départ de Paris aura lieu à 7 heures 20 minutes par la gare de Paris-Lyon-Méditerranée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution à l'étude de la croissance chez l'homme et les animaux (physiologie et hygiène comparées), par le docteur Saint-Yves MÉNARD, ancien externe des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° avec 9 tableaux. — Prix : 4 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le rein dans ses rapports avec le diabète, par M. le docteur Inglessis. In-8°, 1 pl. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Premiers pansements des fractures ouvertes, par le docteur Largeau. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Étude sur l'étiologie de la fièvre typhoïde (bacille de la fièvre typhoïde), par G. Artaud. Br. gr. in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17874.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la dilatation de l'estomac.

On sait, surtout depuis des recherches récentes, quelle est la fréquence extrême de la dilatation stomacale, et l'importance du rôle qui lui a été assigné dans l'histoire de la dyspepsie, soit comme cause, soit comme effet de cette affection, avec laquelle, dans tous les cas, elle coexiste fréquemment. Rien à dire sur le fait de la fréquence de ce phénomène qui est vérifié journellement, en effet, depuis qu'on a appelé sur lui l'attention et qu'on le recherche avec plus de soin. Mais en est-il de même pour le rôle pathogénique qu'on lui attribue? Ce n'est pas sans quelque réserve qu'on doit l'accepter. Il y aurait tout au moins des exceptions à faire à la formule étiologique générale qui a été proposée. La dilatation de l'estomac n'est pas plus toujours la cause de la dyspepsie qu'elle n'en est toujours l'effet. Voici en particulier trois faits que M. Peter a bien voulu signaler à notre attention, et qui suffiraient déjà à eux seuls à motiver ces réserves. Il s'agit de trois malades couchés en ce moment dans son service de la Charité : deux hommes et une jeune fille, qui présentent à des de grés divers de la dilatation stomacale, liée et subordonnée à des états morbides différents.

Le premier de ces malades, que M. Peter a examiné devant nous, est un homme de vingt-six ans, qui est entré à la Charité (salle Saint-Jean-de-Dieu) le 8 mai. Cet homme, qui n'avait jamais été malade jusque-là, entra au mois de novembre dernier à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Lancereaux, où il fut soigné pour une congestion pulmonaire bientôt suivie d'une pleurésie ; on lui fit une ponction qui donna issue à 2 litres de liquide. Sorti de la Pitié, rétabli de cette double lésion, il a été pris depuis de douleurs vagues dans toutes les jointures, qui ont passé successivement des unes aux autres, sans se fixer nulle part. C'est pour ces douleurs qu'il s'est fait admettre à la Charité. La veille de son entrée, il avait encore, dit-il, les genoux gonflés ainsi que les chevilles. Le lendemain, 9 mai, voici dans quel état on l'a trouvé à la visite :

La face était animée, la langue sale et tremblante lorsqu'il la sort, ses lèvres tremblent également quand il parle. On constate, à la palpation et à la percussion des parois abdominales et thoraciques, une dilatation notable de l'estomac. La pression exercée sur divers points de la région épigastrique détermine de la douleur dans le plexus solaire. Le plexus cardiaque est également douloureux à la pression, ainsi que les deux nerfs pneumogastriques explorés à la région cervicale. Enfin, en pressant sur les apophyses épineuses de la région cervicale, on détermine une douleur très vive au niveau de la deuxième apophyse et sur ses côtés.

La percussion, pratiquée suivant une ligne verticale partant du rebord costal jusqu'au niveau du mamelon, du côté gauche, donne un son tympanique dans une étendue de 17 centimètres.

Rien d'ailleurs à l'auscultation, ni dans les poumons ni au cœur.

Enfin, comme symptômes généraux, le malade se plaint d'une certaine oppression, d'une gêne de la respiration, soit quand il marche, soit quand il monte les escaliers. Il éprouve de l'anorexie et un profond dégoût en particulier pour la viande.

En rapprochant la congestion pulmonaire et la pleurésie dont a été atteint ce malade au mois de novembre, des douleurs arthritiques qu'il éprouvait encore lors de son entrée à la Charité, et des douleurs qu'il éprouve encore en ce moment à l'estomac et dans les plexus nerveux solaire, cardiaque, et dans le pneumogastrique, M. Peter n'hésite pas à voir un état rhumatique général, dont la dernière localisation est dans l'estomac et dans son système d'innervation, d'où, comme conséquence, la dilatation stomacale.

Le deuxième malade, couché dans la même salle, a eu une véritable gastrite subaiguë, qui a amené aussi une dilatation. L'application d'un large vésicatoire sur la région épigastrique et les lavages réitérés de l'estomac, joints à un régime alimentaire approprié, ont amené en peu de jours un amendement notable des symptômes gastriques et de la dilatation qui a graduellement diminué, au point d'être à peine appréciable aujourd'hui. Ce malade est, en ce moment, en pleine voie de guérison.

Le troisième cas de dilatation de l'estomac est plus intéressant encore et plus curieux que ces deux cas, par la cause toute différente et toute spéciale qui l'a produite. Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit à dix-neuf ans, hystérique. Elle n'a ni convulsions, ni attaques, mais elle a une

anesthésie presque générale ; les piqûres faites sur la peau des membres ne sont pas senties et ne saignent point; on constate chez elle de l'ovaralgie très marquée du côté gauche, l'insensibilité réflexe du larynx.

Elle est, en outre, facilement hypnotisable. L'état hystérique n'est pas douteux.

Il y a environ dix-huit mois, cette jeune fille, qui jusque-là ne paraissait pas se préoccuper beaucoup de sa situation, s'est aperçue de gargouillements fréquents dans l'estomac, sans douleur d'ailleurs et sans trouble notable dans les fonctions digestives. Cet état, objet de gêne pour elle plutôt que de malaise réel, allant en augmentant, elle se décida à se faire admettre à l'hôpital vers la fin de janvier dernier. C'est alors que l'on a constaté les symptômes d'hystérie que nous venons d'indiquer. On constata, en outre, l'existence d'un clapotement considérable dans l'estomac, qui se produit presque à chaque mouvement ou déplacement du corps, et qu'elle provoque elle-même à volonté. L'exploration de l'estomac fait reconnaître une dilatation énorme de ce viscère, qui remonte très haut dans la cavité thoracique et s'étend en bas jusqu'au voisinage de l'ombilic. Or cette jeune fille, avec cette disposition, n'est nullement dyspeptique ; elle mange trois portions, les digère très bien, ne vomit point, a des selles régulières, ne souffre point de son estomac. La pression exercée sur la région épigastrique, au niveau des ganglions du plexus solaire, ne provoquent que très peu de sensibilité ; elle n'a ni vertiges, ni aucun autre trouble digestif d'aucune espèce, en un mot, aucune perturbation fonctionnelle attribuable à cette dilatation, qui n'a très probablement elle-même d'autre cause qu'une paralysie hystérique de la membrane musculeuse stomacale.

Les lavages de l'estomac que l'on a essayés chez elle à plusieurs reprises n'ont eu aucun résultat ; ils n'ont modifié en rien ni les gargouillements, ni la dilatation.

Diabète azoturique.

M. Dieulafoy a fait de cette intéressante question de pathologie, que l'on a d'assez rares occasions d'étudier, le sujet de l'une de ses dernières conférences cliniques à l'hôpital Saint-Antoine. Voici l'histoire sommaire du malade qui en a été l'occasion :

Un homme de trente-quatre ans est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Andral, n° 31. Cet homme était bien portant jusque-là, lorsque, il y a neuf mois, après avoir éprouvé un grand chagrin, il a été pris d'un malaise général et a perdu d'abord l'appétit. Puis, quelques jours après, il s'est mis à dévorer, mangeant 4 livres de pain par jour, à boire abondamment et à uriner en proportion. Il a rendu d'abord 4, puis 5, puis 6 litres par jour, et il est arrivé ainsi graduellement jusqu'à en rendre 20 litres. Cet homme, qui avait un embonpoint moyen, ne tarda pas à le perdre. L'analyse des urines de ce malade n'a fait constater la présence ni de glycose ni d'albumine. Mais elle a donné la quantité considérable de 60 à 70 grammes d'urée par vingt-quatre heures, c'est-à-dire le triple à peu près de la proportion normale. Ce malade n'a présenté d'ailleurs, jusqu'à présent, aucun trouble notable du système nerveux, aucun signe de déchéance intellectuelle.

A quelle affection avait-on affaire ? Élimination faite de la glycosurie et de l'albuminurie, il était évident qu'on se trouvait en présence d'un cas d'azoturie, maladie relativement rare, comparée surtout à la fréquence de la glycosurie, et qui n'a été bien connue et classiquement décrite que depuis peu de temps. Mais était-ce à un diabète azoturique que l'on avait affaire, ou à une azoturie simple? La question n'est pas oiseuse; car, de même qu'il y a des glycosuries simples, transitoires, sans troubles dystrophiques, très communes même, et qu'il faut se garder de confondre avec le diabète glycosurique, des albuminuries également passagères que l'on distingue de la maladie de Bright, de même il existe une azoturie simple qu'il faut distinguer du diabète azoturique.

C'est du diabète azoturique que ce malade est atteint, diabète caractérisé, chez lui, comme il l'est généralement, indépendamment de l'excès des matières extractives contenues dans les urines, et des symptômes de polyurie, de polydipsie et de polyphagie ou boulimie, — il a bu jusqu'à 2 litres de liquide d'un coup, et il mange de 2 à 3 kilogr. de pain par jour avec un quart de viande et de légumes, — par le début brusque de la maladie survenue à l'occasion d'une impression morale vive ; enfin par l'autophagie ou l'émaciation rapide et continue. Il y a perte sensible de poids de jour en jour. Nous avons fait remarquer que ce malade ne présentait aucun de ces troubles notables du système nerveux, que l'on constate d'habitude chez les diabétiques azoturiques comme chez les diabétiques glycosuriques arrivés à une période avancée de la maladie. Cela tient à ce qu'il n'est encore que dans la première phase de sa maladie.

Parmi les moyens de traitement préconisés contre cette affection, l'arsenic, le bromure de potassium, la belladone, l'opium, la valériane, M. Dieulafoy a opté pour la valériane, qu'il considère, avec Trousseau et M. Bouchard, comme l'agent médicamenteux le plus efficace dans ce cas. Ce malade a été mis à l'usage de cette médication, d'après la formule de M. Bouchard, qui l'a employé avec succès sous forme d'extrait, à doses graduellement élevées, en commençant par 8 grammes à doses fractionnées dans la journée, et montant rapidement jusqu'à 20 et 30 grammes dans les vingt-quatre heures. Cette médication doit être soutenue par le repos et un régime alimentaire composé des quatre portions réglementaires, augmenté de 1 kilogramme de pain et de 1 kilogramme de viande et de boissons à discrétion, régime principalement azoté.

Nous ferons connaître plus tard, s'il y a lieu, les résultats qu'on en aura obtenus. C'est un sujet, du reste, sur lequel nous aurons certainement à revenir.

Artério-sclérose.

M. Huchard, médecin de l'hôpital Bichat, a commencé une nouvelle série de leçons cliniques qu'il fait tous les dimanches matin dans ce nouvel hôpital excentrique, situé aux antipodes du quartier des Écoles. Nous n'avons pas eu à regretter le petit voyage que nous avons dû faire pour y assister, car nous avons entendu une excellente leçon sur un sujet qui, sans être absolument nouveau, est loin encore d'être aussi vulgairement connu qu'il mériterait de l'être : nous voulons parler de l'artério-sclérose et des lésions secondaires diverses auxquelles elle peut donner lieu.

Ce n'est pas d'aujourd'hui, en effet, qu'on connaît l'endartérite, à laquelle on a donné les différents noms de dégénérescence athéromateuse, de dégénérescence ou transformation calcaire des artères, d'artério-sclérose, suivant le stade de l'affection et les différents degrés de dégénérescence subie par la membrane artérielle interne. Mais ce qui

est resté longtemps moins connu, ce sont les lésions viscérales secondaires qui en procèdent, et qui ont été souvent décrites isolément, sans qu'on ait eu la pensée de les rattacher à leur véritable cause originelle. C'est surtout dans les travaux de M. Lancereaux, dans sa thèse inaugurale, d'abord, puis dans son article ARTÉRITE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* et enfin dans ses leçons cliniques, dans celles notamment qu'il a professées en 1883 à l'hôpital de la Pitié, et qui ont été publiées par ses élèves. C'est là qu'on voit établies très nettement, avec les diverses formes que peut affecter l'artérite scléreuse, les manifestations multiples qui en résultent soit dans le centre circulatoire, soit dans les viscères abdominaux, dans le foie, dans les reins, dans l'estomac, soit enfin dans le système cérébro-spinal.

Un clinicien des plus sagaces prématurément enlevé à la science, le professeur Augustin Fabre (de Marseille), dont nos lecteurs ont pu apprécier souvent les intéressantes communications, commençait ainsi un jour une de ses leçons cliniques, dans laquelle il signalait à ses élèves trois malades de son service atteints, sous des formes très diverses, de la même maladie: « Je vous entends, leur disait-il, vous récrier et me dire : Mais l'un de ces malades a un anévrysme de la crurale ; le deuxième, un ramollissement du cerveau, et le troisième présente les principaux symptômes d'une affection organique du cœur. Qu'y a-t-il de commun entre ces trois affections ? — Ce qu'il y a de commun, c'est que ce sont trois aspects de l'artérite. Le premier a un anévrysme de la crurale droite parce que chez lui l'inflammation a usé en partie sur ce point la paroi artérielle, tandis que, sur d'autres points, elle en a épaissi la paroi et diminué le calibre. Le deuxième a un ramollissement lent et progressif du cerveau avec hémiplégie à droite, parce qu'il a un état athéromateux des artères de l'encéphale, et que cet état n'est qu'une conséquence de l'artérite. Le troisième a de l'anasarque, parce que ses artères athéromateuses entravent la circulation et dressent contre les efforts du cœur un obstacle que le sang a grand'peine à franchir.

« Ce ne sont là, ajoutait-il, que trois des très nombreuses formes que l'artérite peut revêtir. J'ai dans ma clientèle trois petites filles, trois sœurs. L'une, atteinte d'insuffisance mitrale, a la radiale dure et nerveuse; la deuxième a été frappée d'une hémiplégie complète du côté gauche ; la troisième a éprouvé une douleur très vive dans la jambe, douleur bientôt suivie de symptômes de gangrène. Ces trois sœurs ont toutes la même maladie, l'artérite. Il n'y a donc pas de maladie plus protéiforme que l'artérite. »

Telle est la manière saisissante dont le regretté professeur de Marseille exposait en quelques types la variété des symptômes et les diversités d'aspects sous lesquels peut se dissimuler l'artério-sclérose.

Ce sont des faits du même ordre, dont quelques exemples se sont présentés à peu près simultanément dans le service, qui ont fourni à M. Huchard le texte de sa première leçon.

Le premier malade dont il a entretenu son auditoire, est un homme entré à l'hôpital Bichat avec une fièvre légère, de la toux et de la dyspnée, expectoration visqueuse, quelques râles bronchiques et diminution de sonoréité en arrière et à droite de la poitrine, symptômes survenus à la suite d'un refroidissement. Cet homme présentait, en outre, tous les signes d'un emphysème pulmonaire, sur lequel était venu se greffer une broncho-pneumonie. Au bout de dix jours, les symptômes bronchitiques étaient dissipés, mais la dyspnée persistait, dyspnée paroxystique, nocturne, dans laquelle le type respiratoire se rapprochait du type de Cheyne-stokes.

En cherchant à quelle lésion intérieure on pouvait attribuer ces phénomènes, on constata que les urines, claires, contenaient une petite quantité d'albumine et qu'elles étaient émises en quantité exagérée la nuit. L'exploration des artères superficielles fit reconnaître qu'elles étaient dures, athéromateuses ; enfin le cœur droit était dilaté. Il n'en fallait pas davantage pour faire diagnostiquer une néphrite interstitielle avec sclérose des artères et surtout des artères rénales.

Le second malade était un cérébral, alcoolique endurci, ayant subi, en outre, l'influence débilitante de la misère. Il avait été frappé, il y a six mois, d'une hémiparésie gauche, qui n'avait duré que trois semaines, pour faire place à une hémiparésie droite qui a disparu à son tour. Ces deux états étaient survenus sans ictus apoplectique, sans autre symptôme que quelques engourdissements. Il n'y avait évidemment pas eu hémorrhagie cérébrale. Mais l'exploration de ses artères a donné la raison de ces accidents. C'est un athéromateux chez lequel l'artério-sclérose a commencé par le cerveau, au lieu de commencer par les reins comme chez le malade précédent.

Le troisième malade est un homme de soixante-trois ans, qui, il y a six mois, à la suite d'une marche prolongée et de fatigues, éprouva des palpitations, de l'anxiété sous-sternale et un léger degré d'œdème aux membres inférieurs. L'examen de ce malade fait constater une congestion des deux poumons avec un peu d'épanchement, une hypertrophie du cœur, une augmentation de volume du foie ; enfin, des urines albumineuses. Ajoutons que cet homme n'avait jamais eu de rhumatismes. Cette cardiopathie était d'origine artérielle.

L'artério-sclérose chez ce malade avait commencé par le cœur, comme elle avait commencé par le rein chez le premier malade, et par le cerveau dans le deuxième.

A ces faits de son service, M. Huchard a joint l'observation suivante recueillie en ville, qui montre la réunion sur un seul sujet de tous les symptômes observés isolément chez chacun des précédents. Il s'agit d'un homme de cinquante-huit ans, alcoolique, arthritique, migraineux et eczémateux. Il fut pris d'abord subitement d'une hémiplégie gauche avec ictus, laquelle disparut au bout de six mois, en laissant après elle une surdité persistante avec douleur précordiale et dyspnée. On constata à ce moment une aortite débutante. L'année suivante, il fut pris de palpitations et d'une polyurie abondante avec un peu d'albumine. Ces symptômes s'amendèrent sous l'influence d'une diète lactée, comme les premiers symptômes avaient cédé à l'usage de l'iodure de potassium. Un an plus tard apparut un œdème des membres inférieurs, des irrégularités cardiaques ; ces phénomènes s'aggravèrent, et le malade finit par succomber à l'asystolie. Pour M. Huchard, ce malade n'a pas eu plusieurs maladies, mais une seule qui a commencé par le cerveau et s'est continuée par le cœur et par les reins.

Il justifie ce diagnostic, en l'absence d'autopsie, par le rapprochement du fait suivant où la preuve anatomique a été faite. Dans ce dernier cas, l'artério-sclérose avait commencé par le foie ; quand ce malade entra dans le service, on constata de l'emphysème pulmonaire, un peu de bronchite, une hypertrophie du cœur avec le caractère impulsif et le bruit de galop, pouls plein, vibrant, résistant sous le doigt. Puis apparut de l'ascite, avec un teint subictérique,

urines chargées d'urates, dyspnée douloureuse non en rapport avec la bronchite, et sensation de barre épigastrique. On diagnostiqua une aortite subaiguë. A l'autopsie on trouva un cœur énorme avec des plaques gélatineuses d'aortite, un foie lobulé, une rate grosse avec des traces de périsplénite, des reins lobulés, difficilement décorticables. Enfin l'estomac présentait une consistance lardacée au niveau du pylore, et le cerveau était durci. En un mot, cœur, aorte, foie, rate, tout était malade chez cet homme, mais malade de la même manière et par une seule cause, l'artério-sclérose ; c'est-à-dire la même affection primitive dont on a vu des effets secondaires partiels ou circonscrits dans les faits précédents.

Nous ne suivrons pas M. Huchard dans les développements où il est entré, à l'occasion de ces faits, sur quelques généralisations de l'histoire de l'artério-sclérose, sur son étiologie, sur ses rapports avec les affections diffuses de la moelle, etc. Nous nous bornerons à signaler l'insistance avec laquelle il a fait ressortir l'importance d'un diagnostic fait en temps opportun, c'est-à-dire le plus près possible du début de l'affection, celle-ci curable encore dans ses premières phases, incurable lorsque le parenchyme des organes est étouffé ou détruit par la rétraction sclérosique. Le meilleur traitement préventif et curatif de l'artério-sclérose est l'iodure de potassium, à l'aide duquel on a obtenu des guérisons d'anévrysmes de l'aorte, et l'on combat efficacement l'emphysème pulmonaire et les angines de poitrine. C'est à ce traitement que sont soumis les malades actuellement dans le service dont nous venons de rappeler sommairement l'histoire.

Les conférences de l'hôpital Saint-Louis.

M. E. Guibout a commencé ses conférences annuelles à l'hôpital Saint-Louis; elles ont lieu les jeudis de chaque semaine, sur les maladies de la peau, et les lundis, sur les maladies des femmes.

La première conférence a été une sorte de tableau général de ce que sont les maladies de la peau. Après avoir établi comment il faut comprendre le diagnostic, en dermatologie, sur quels points il doit porter : diagnostic de l'espèce, c'est-à-dire de la lésion anatomique primitive; diagnostic du genre, c'est-à-dire de la maladie elle-même constituée par la manière d'être de la lésion anatomique primitive; diagnostic du type, de la forme, que revêt la maladie, inflammatoire ou non inflammatoire, aiguë ou chronique; diagnostic de la période de son évolution; diagnostic de sa nature, et enfin diagnostic de l'état, de la constitution du malade. Après avoir ainsi posé les principes de ce que doit être en dermatologie le diagnostic pour être valable, et pour servir de base à un traitement valable aussi et rationnel, M. E. Guibout considère, d'une vue d'ensemble, toutes les maladies de la peau; il montre que le plus souvent elles ne sont que des symptômes, que des signes révélateurs de la plupart de nos maladies générales et locales, aiguës ou chroniques.

C'est sur la peau et par la peau que la syphilis, que la scrofule, que la diathèse herpétique, révèlent leur existence; c'est sur la peau que nous les trouvons, avec tous leurs caractères pathognomoniques, spéciaux et distinctifs, lesquels ne sont rien autre chose que des lésions cutanées, dont l'étude et le discernement constituent principalement la connaissance de ces trois diathèses.

C'est sur la peau que les fièvres éruptives graves et légères, exanthématiques et pseudo-exanthématiques, inscrivent aussi leurs noms, leur étiquette, sous forme de lésions spéciales qui distinguent et font dénommer chacune d'elles.

C'est sur la peau que les états cachectiques, que la cachexie de la vieillesse, de la maladie, de la misère, de la débauche, se révèlent par des lésions spéciales à la dégradation des forces et de la constitution.

C'est sur la peau que se reflètent un grand nombre de troubles organiques dont l'existence nous est révélée par des lésions cutanées : ainsi des troubles gastriques, aigus ou chroniques; ce ne sont pas seulement des troubles morbides qui ont ainsi leur écho sur notre tégument externe, ce sont encore des troubles physiologiques, tels que la dentition, la menstruation, la grossesse.

C'est sur la peau que se dénotent certains troubles moraux, indépendants de toute lésion organique.

C'est sur la peau, et par les lésions qu'ils y déterminent, que nous reconnaissons l'existence des parasites animaux et végétaux, de la phthiriase et des différentes espèces de teignes.

C'est sur la peau que se produisent ces éruptions, justement appelées critiques, parce qu'elles déterminent des crises salutaires qui nous débarrassent de maladies internes organiques ou de désordres fonctionnels qui résistaient à tout traitement.

A côté et en dehors de cette grande classe si nombreuse de maladies de la peau, toutes symptomatiques, toutes indissolublement liées à des états pathologiques dont elles sont la révélation extérieure, se rangent toutes les affections de causes locales ou externes qui se développent sous l'influence du chaud, du froid, des professions, et de tous les contacts extérieurs malfaisants.

Telle est, dans son ensemble, la science si vaste et si complexe, qu'on appelle la dermatologie, branche inséparable du reste de la pathologie dont elle est la lumière et le flambeau, puisqu'elle en est la traduction extérieure.

Dans sa deuxième conférence du jeudi 28 mai, M. Guibout a passé rapidement en revue les caractères généraux qui distinguent les lésions syphilitiques de la peau. La syphilis a une physionomie spéciale, un cachet individuel et pathognomonique qui ne permet pas de confondre ses lésions avec celles de la scrofule et de la diathèse herpétique.

Toutes les lésions syphilitiques ont une coloration d'un rouge brun, cuivré, bien différent du rouge vif, vineux, framboisé des lésions de la scrofule.

Toutes les lésions syphilitiques sont exemptes de douleur; les plus légères comme les graves sont absolument indolores, ce qui les distingue des lésions de l'herpétisme qui sont le siège des douleurs les plus variées dans leur intensité comme dans leur modalité.

Les lésions de la syphilis, dans une première phase de leur existence, sont généralement éparpillées, sans ordre, sur toute la surface du corps : elles sont dites alors précoces. Dans une deuxième phase, plus éloignée du début de la diathèse, elles sont limitées à un petit nombre de régions, elles forment des groupes : on les dit alors lésions tardives.

Elles sont intermittentes dans leur durée ; variables dans leurs apparitions, variables dans leurs sièges, variables aussi dans leur manière d'être, dans la multiplicité de leurs aspects. Dans la scrofule, au contraire, tout est fixe; fixité de lésion, fixité de siège.

Si les lésions de la syphilis sont nomades et se rencon-

trent sur toute l'étendue du corps et des membres, elles ont cependant leurs sièges d'élection : le front, les sillons naso-labiaux, les commissures buccales, la zone génitale, la marge de l'anus.

La syphilis sera diagnostiquée par la constatation de lésions cutanées présentant ces caractères pathognomoniques ; elle le sera aussi par les engorgements ganglionnaires qui lui sont spéciaux, c'est-à-dire par les chapelets ganglionnaires cervicaux, et par la pléiade ganglionnaire inguinale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mai 1885. — Présidence de M. VIDAL.

COMMUNICATIONS

Traitement de l'affection furonculeuse. — M. GINGEOT présente un travail sur le traitement rationnel de l'affection furonculeuse. Selon lui, cette affection n'est pas d'origine diathésique ; c'est une affection parasitaire. Si certaines maladies générales, telles que le diabète, par exemple, exercent une influence sur elle, c'est en modifiant les sécrétions de la peau. Partant de cette idée qu'il avait affaire à une affection parasitaire, M. Gingeot s'est donc appliqué à la combattre par un traitement antiparasitaire. Il est arrivé à de très bons résultats en agissant localement par la teinture d'iode ou l'alcool camphré et en donnant à l'intérieur l'eau sulfureuse à hautes doses. Les sulfures étant éliminés par la peau la rendent inhabitable pour les parasites.

M. GUYOT fait observer que la teinture d'iode sur un furoncle doit être très douloureuse. En outre, elle laisse des taches persistantes. Il demande à M. Gingeot sous quelle forme et à quelles doses il prescrit l'eau sulfureuse.

M. GINGEOT répond que l'application de la teinture d'iode, qui doit être aussi énergique que possible, n'est pas douloureuse si l'on a soin de ne pas écorcher la petite vésicule du furoncle. Dans les cas où il s'agit de la face ou des épaules chez une femme appelée à se décolleter, il applique de préférence à la teinture d'iode l'alcool camphré qui ne laisse pas de traces. Quant à la médication sulfureuse, il a recours à la poudre de Pouillet, à la dose de 6 à 8 centigrammes toutes les deux heures.

M. VIDAL demande quelle est la durée du traitement.

M. GINGEOT répond : quatre à cinq semaines.

M. VIDAL dit que, malgré de nombreuses expériences, il n'a jamais pu inoculer le furoncle.

M. RICHARD dit que ce qui tend à démontrer la nature parasitaire de cette affection, c'est qu'elle est souvent épidémique dans l'armée.

Prostatite goutteuse. — M. RENDU fait un rapport sur un cas de prostatite goutteuse adressé par M. Gaillard (de Rochefort). Il rappelle que depuis la communication de M. Guyot sur un fait d'orchite goutteuse, il a été adressé à la Société plusieurs exemples, entre autres un cas de goutte parotidienne par M. Debout d'Estrées. Dans le fait de M. Gaillard, il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans, ayant des poussées aiguës de goutte et qui fut pris, dans la nuit du 3 au 4 octobre, d'une rétention d'urine. Le toucher rectal permet de reconnaître la présence d'une prostatite. Il survient un ictère généralisé, un état typhoïde des plus graves ; cependant le malade finit par guérir. L'auteur ne met pas en doute qu'il s'agit, dans ce cas, d'une prostatite goutteuse. M. Rendu se range à son avis, en émettant toutefois quelques réserves.

Œdème de la glotte déterminé par l'iodure de potassium ; mort. — M. HUCHARD rapporte l'observation d'un malade atteint de tabes dorsalis qui, après avoir pris seulement pendant quelques jours 4 grammes d'iodure de potassium, succomba à un œdème de la glotte, malgré la trachéotomie.

M. RENDU demande à M. Huchard si ce malade n'avait pas d'affection rénale. Il se rappelle avoir vu un néphrétique tomber dans le coma et mourir en quelques heures après avoir pris 1 gramme d'iodure de potassium. Depuis ce temps il ne prescrit jamais l'iodure de potassium sans examiner les urines.

M. LACOMBE fait observer qu'il ne faudrait pas généraliser le fait malheureux que vient de citer M. Rendu. Il a vu bien souvent prescrire, avec succès, 50 centigrammes d'iodure de potassium par jour chez des malades atteints de néphrite interstitielle.

M. RENDU n'a pas prétendu démontrer qu'il y ait toujours un danger de mort à prescrire l'iodure de potassium chez un néphrétique. Dans le cas qu'il a cité, il s'agissait évidemment d'un individu prédisposé ayant, en outre, les reins malades.

M. HUCHARD fait observer que la susceptibilité à l'iodure de potassium varie d'un individu à un autre, et même chez un seul individu. Il y a des cas où de petites doses d'iodure de potassium donnent lieu à des accidents alors que de hautes doses sont parfaitement tolérées.

M. GUYOT donne 10 et 12 grammes d'iodure de potassium par jour, aux syphilitiques, après s'être assuré de la tolérance du malade, et il ne constate pas d'accidents. C'est donc là une affaire de susceptibilité individuelle.

M. VIDAL a depuis longtemps observé que, chez certains malades, 3 ou 4 grammes d'iodure de potassium sont mieux tolérés que de petites doses.

M. LAILLER fait remarquer que les accidents constatés par M. Huchard sont probablement dus à l'impureté de l'iodure de potassium des hôpitaux.

M. HUCHARD répond qu'en effet le pharmacien du service a constaté dans cet iodure de potassium une quantité très considérable d'iodates. Depuis quelque temps il constate dans son service des accidents iodiques qu'il n'avait pas l'habitude d'observer auparavant. Cela semblerait donner raison à l'observation de M. Lailler.

M. DE BEURMANN cite le fait d'une malade de la Salpêtrière dont, depuis trois ans, on avait omis de changer la prescription, et qui, depuis ce temps, prenait régulièrement, sans accident, 12 grammes d'iodure de potassium par jour. Il croit que, dans les accidents qui ont été observés, il faut tenir compte des accidents dus à la potasse.

M. LEGROUX, pour confirmer ce qu'ont dit plusieurs de ses collègues, cite l'exemple d'un malade qui, chaque fois qu'il prenait 25 centigrammes d'iodure de potassium, était incommodé, avait de l'œdème des paupières, du coryza, etc., et qui, lorsqu'il en prenait 1 gramme, urinait très abondamment et n'en éprouvait rien de fâcheux.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mai 1885. — Présidence de M. HORTELOUP.

COMMUNICATIONS

Corps étrangers de la vessie. — M. TRÉLAT présente, au nom de M. Marchant, l'observation d'un malade offrant les symptômes graves d'une rupture de la vessie à la suite de l'introduction d'un corps étranger. Le malade succomba presque immédiatement après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva un tuyau de pipe long de 8 centimètres engagé dans l'uretère et ayant perforé la paroi uréthrale ; infiltration diffuse du tissu cellulaire périvésical.

M. LE FORT se demande si l'on ne pourrait interpréter ce fait comme une rupture de la vessie au niveau de l'uretère.

M. TRÉLAT ne le pense pas, car le tuyau de pipe cheminait dans l'uretère dans une étendue de 3 centimètres avant d'arriver à la perforation uréthrale.

Suture des tendons. — M. MONOD ajoute deux faits à son rapport de la dernière séance. Le premier est relatif à une opération de résection des os du carpe faite dans le simple but de pouvoir suturer les deux bouts d'un tendon ; le second est le fait assez

singulier de Gluck qui, dans un cas, a remplacé un bout de tendon par un fil de catgut ; ce dernier n'aurait pas été résorbé et aurait pu raccorder définitivement les deux bouts éloignés du tendon.

Périnéorrhaphie. — M. MARC SÉE fait un rapport sur deux observations de M. Schwartz. Il est question de deux opérations de périnéorrhaphie pratiquées quelques jours seulement après l'accouchement; l'avivement a été fait d'une manière très simple avec une spatule et des ciseaux courbes ; sutures périnéales et vaginales. Le résultat a été satisfaisant. Ces observations montrent qu'il ne faut pas condamner sans examen les opérations primitives de périnéorrhaphie.

Kyste hydatique du foie, laparotomie, guérison. — M. TERRIER communique sous ce titre une très intéressante observation de kyste hydatique de la face inférieure du foie, tellement développé que le diagnostic le plus probable semblait être celui de kyste de l'ovaire. Il pratiqua la laparotomie, vida le kyste, en réséqua la plus grande partie et fixa la plaie adhérente au foie à la plaie abdominale, comme on le fait dans les opérations d'ovariotomie incomplète. La malade eut de la fièvre pendant quelques jours; la partie interne de la poche se détacha par sphacèle; une fistule biliaire se forma; bref, au bout de quatre mois et demi, la malade était complètement guérie.

M. TILLAUX remarque que M. Terrier s'est abstenu de faire une ponction préalable; il pense que c'est une règle absolue en pareil cas, parce que certains kystes para-ovariens ont été guéris par simple ponction; enfin, au point de vue du diagnostic, la nature du liquide n'est pas sans importance.

M. TERRIER, tout en reconnaissant le bien fondé de ces objections n'est pas très partisan des ponctions, pour deux raisons : d'abord les guérisons de kystes para-ovariens par les ponctions sont tout à fait exceptionnelles, quoi qu'on ait pu dire; en second lieu, elles ne sont pas absolument innocentes; elles provoquent quelquefois la suppuration.

M. VERNEUIL demande si M. Terrier veut faire de la laparotomie une méthode de choix dans le traitement des kystes hydatiques du foie ou si c'est simplement un traitement d'exception ; pour lui, il continue toujours à traiter, avec succès, ces kystes par le drainage avec un gros tube de caoutchouc.

M. TRÉLAT remarque que les indications peuvent varier suivant les rapports que présente la tumeur avec la paroi abdominale. Si la tumeur est éloignée de cette paroi, elle peut être justiciable de la laparotomie; dans le cas contraire, elle est accessible aux moyens plus simples. La ponction est toujours utile, surtout dans l'hypothèse d'un kyste hydatique du foie.

Obstruction intestinale. — M. CRUVEILHIER communique une observation d'obstruction intestinale par un calcul biliaire très volumineux. Dans ce cas, les accidents eussent pu être conjurés par la laparotomie.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les hôpitaux d'Alger.

Les médecins qui visitent notre splendide colonie africaine sont frappés, en débarquant à Alger, de l'aspect des deux remarquables établissements consacrés, l'un au nord-ouest de la ville, dans le faubourg Bab-el-Oued, aux malades de l'armée ; l'autre, situé du côté opposé, à l'extrémité de la commune suburbaine de Mustapha, et spécialement institué pour les besoins de la population civile. Rien de grandiose, de souriant, à la fois, comme ces asiles de la douleur, entourés de la végétation la mieux épanouie, aux larges horizons, s'immergeant, en face, dans les lointains de la mer, bordés, en arrière, par les bosquets verdoyants et fleuris de Sahel, parure ombreuse où la perspective vient s'éteindre.

Le premier de ces hôpitaux, l'Hôpital militaire, date de la conquête : il fut improvisé au milieu des orangers, des citronniers, des palmiers, des grenadiers du Jardin du Dey, d'où le nom qu'il porte encore. Plus d'un demi-siècle l'a complètement transformé en appliquant à son assiette les progrès incessants de l'hygiène. Félicitons nos officiers du génie d'avoir su, au sein des constructions nouvelles, conserver intact le coquet pavillon, spécimen exquis de l'art mauresque, dont le visiteur aimera avec nous à admirer les sveltes colonnettes, les arceaux délicats, les élégantes galeries, bien faites pour abriter, contre les rayons d'un soleil trop ardent, les intérieurs jadis discrets de ce temple du repos et des plaisirs privés d'Hussein-Dey.

L'Hôpital civil, de création plus récente, s'installa, il y a environ trente-cinq ans, dans les baraquements, assez délabrés déjà, du Camp des Chasseurs, aux pieds des coteaux de Mustapha. On le fit durer tant bien que mal jusqu'en ces derniers temps, où il fallut opter entre son effondrement et sa démolition : celle-ci devait être préférée. Le terrain ainsi déblayé, on a pu, sans tâtonnements, procéder à une réédification conforme aux règles dont la science a proclamé la supériorité. L'hôpital actuel, à peu près terminé, se compose de deux rangées de sept pavillons, séparés, les uns des autres, par un espace de 20 mètres. Entre elles s'étale un terre-plein rectangulaire de 60 mètres de largeur et complanté de mûriers. Au milieu du square grandit un jardin botanique, dont l'extrémité sud confine au grand amphithéâtre des cliniques. Les pavillons, élevés sur des caves, où chauffent les calorifères, n'ont qu'un rez-de-chaussée comprenant une salle de malades avec des cabinets de service attenants.

On applaudira à l'idée d'avoir, pour la désignation de ces salles, substitué le nom d'un médecin au simple numéro d'ordre qui à l'hôpital du Dey les distingue avec une brièveté toute militaire, mais un peu sèche. Sur la liste que nous avons relevée, de ces confrères ainsi honorés, nous lisons les noms de Broussais, le grand réformateur du siècle ; Laënnec, immortalisé par son importante découverte de l'auscultation, et ses merveilleuses données sur la tuberculose ; Bichat, dont le génie nous jette, à pleines mains et comme en jouant, les révélations physiologiques les plus imprévues, crée l'anatomie générale d'où plus tard devait naître l'histologie, science éclose d'hier, qui aborde fièrement la solution des problèmes insondés jusqu'à elle de la genèse et des transformations des éléments primordiaux de l'organisme ; Andral, cet esprit si calme, si fin, si analyste et si pénétrant ; Bouillaud, le clinicien investigateur et sagace, promulguant la loi de coïncidence de l'endopéricardite avec le rhumatisme articulaire aigu ; A. Dubois, maître éminent en anatomie, en accouchements, en chirurgie dans la chaire glorieuse de Desault ; Guersant, autorité toujours invoquée dans la difficile pathologie de l'enfance ; Trousseau, diagnosticien par excellence, praticien incomparable ; Dupuytren, dont l'éclat chirurgical fait pâlir ses devanciers et éclipser ses contemporains ; Lisfranc, opérateur habile et audacieux, au verbe sonore et agressif, qui popularisa, pendant de longues années, la clinique de la Pitié ; Jean-Baptiste Larrey, l'incarnation du dévouement uni au savoir sur les champs de bataille et aux ambulances, durant les guerres de la première république et du premier empire ; Sédillot, mort tout récemment, laissant derrière lui un sillon lumineux ; Maillot, qui, révolutionnant doctrines et thérapeutique des fièvres palustres, conserve à la France sa riche possession africaine. Ajoutons enfin qu'à côté de ces hommages à de glorieuses illustrations, un juste sentiment de reconnaissance a attribué, au grand amphithéâtre des cliniques, le nom du professeur A. Bertherand, directeur-fondateur de l'École de médecine d'Alger.

En raison des obsèques de Victor Hugo, l'inauguration du nouvel hôpital du Havre est remise au dimanche 14 juin. — On se réunira à trois heures à l'hôpital même, rue de Condé.

— L'excursion dirigée par M. G. de Mortillet, qui devait avoir lieu le dimanche 31 mai 1885, est renvoyée, par suite de la mort de Victor Hugo, au dimanche 14 juin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17880.

33

"VASELINE"

est le seul produit de son genre qui ait obtenu partout une consécration officielle.

MARQUE

GELÉE DE "VASELINE" PÉTROLE

DE FABRIQUE

NE RANCISSANT JAMAIS

Préparée expressément pour la médecine, la pharmacie, l'art vétérinaire, la parfumerie, etc.,

SEULEMENT PAR

THE CHESEBROUGH MANUFACTURING COMPANY (CONSOLIDATED)

Bureaux :

New-York, 24, State Street. — Londres, 41, Holbarn Viaduct. — Paris, 13, avenue de l'Opéra.

EXPÉDITIONS DANS LE MONDE ENTIER.

La **"VASELINE"**, médaillée à l'Institut américain, 1874, à Philadelphie, 1876, à New-York, 1877, à Paris, 1878, à Londres, 1881 et 1884, etc., etc., est une substance onctueuse, semi-solide, sans goût, sans odeur, très adoucissante, éminemment émolliente, et surtout ne *rancissant jamais*. Les médecins la prescrivent à l'intérieur et à l'extérieur.

"VASELINE" a été approuvée par toute la presse médicale d'Angleterre, de France, d'Allemagne, d'Amérique, etc., etc. Elle a été recommandée par les médecins, les chirurgiens, les chimistes les plus distingués de tous les pays et elle est employée dans tous les hôpitaux.

"VASELINE" est la seule préparation de pétrole qui ait été recommandée par tout le monde médical.

(Voir : *Officine Dorvault,* 10e édition, Paris 1880, p. 1383 et 1384.
Recueil d'ophthalmologie, par le docteur Xavier Galezowski, 1877.
L'Union médicale, par M. Guichet, mars 1877.
Annuaire de thérapeutique, par MM. Gueneau de Mussy et Limousin, 1877.
Dito, par le docteur A. Bouchardat.
Journal de médecine et de chirurgie, par le docteur J. Lucas-Championnière, 1878.
Dito, Prescriptions et formules, avril 1878.
Journal de pharmacie et de chimie, septembre 1878.)

Le procédé employé pour sa fabrication est le **seul** procédé reconnu comme désinfectant le pétrole sans enlever ses propriétés pour les usages médicinaux, pharmaceutiques et de la toilette.

Le mot **"VASELINE"** ne s'applique uniquement qu'aux préparations fabriquées par nous.

Nous prions messieurs les médecins qui ordonnent la **"VASELINE"** de porter leur attention à ce qu'on n'emploie que l'article vrai, parce que c'est le seul bon. Notre produit doit être jugé d'après son mérite et non sur la mauvaise qualité des imitations sans valeur qui se trafiquent sur la popularité acquise par **"VASELINE"**.

CHESEBROUGH MANUFACTURING Co

13, avenue de l'Opéra.

N.-B. — *Se méfier des contrefaçons dangereuses et déloyales.*

8

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

90

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire**. (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr. Phie Limousin ❄, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

80

DRAGÉES CABANÈS IODURÉES

Expérimentées avec succès dans les hôpitaux.

Chaque dragée contient 50 centigr. d'iodure de potassium chimiquement pur. Ces dragées, dépourvues de saveur, bien tolérées, conviennent dans la syphilis, le rhumatisme, l'asthme.

Ces mêmes dragées contenant seulement 25 centigr. d'iodure (pour les *femmes* et les *enfants*, redoutant la saveur de l'iodure).

2o **BI-IODURÉES** (roses). Chaque dragée contient 5 milligr. de bi-iodure d'hydrargyre et 25 centigr. d'iodure de potassium. — Traitement mixte de la syphilis et des affections de la peau. Paris, Phie Cabanès, 34, boulev. Haussmann.

7

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Admise première, après analyse, dans les hôpitaux de Paris.

Récompensée à l'exposition universelle 1878.

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande, il contient aussi la fibre musculaire fluidifiée digérée rendue assimilable.

Dose : 1/2 verre à madère après le repas ; 4 fr.

ELIXIR DEFRESNE à la PEPTONE, 5 fr., nutriment agréable et reconstituant.

PEPTONE DEFRESNE : 25 p. 100 de peptone.

Dose : 2 cuillerées à la fois dans eau tiède et salée, 5 fr.

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

Defresne, auteur de la **Pancréatine,** Paris.

17

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande *directement à MM. Lebeault, Mayet et Cie*, recevront une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon.

241

INSTITUT VACCINAL DE MONTPELLIER

VACCIN DE GENISSE. — Examen des poumons de l'animal avant l'expédition du vaccin. — **Activité garantie.** — Pulpe vaccinale pour 2 personnes, 2f ; pour 4 pers., 3f,50 ; pour 8 pers., 5f,25 ; pour 25 pers., 12f,50 ; pour 50 pers., 22f,50.

Vaccin liquide, le tube, 1f,25.

Adr les dem. au Dir. M. Pourquier, à Montpellier.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30o.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

31

PASTILLES GÉRAUDEL

Agissant par inhalation et par absorption contre les **Maladies des Voies respiratoires**

Seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron, qu'il transporte directement sur le siège du mal. C'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité.

L'étui : **1** fr. **50** dans toutes les pharmacies.

GÉRAUDEL, ph. à Sainte-Menehould (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîtes d'échantillons à MM. les Médec. qui désireraient les expérimenter.

65

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique et les fièvres intermittentes,* on prescrit ds les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café **Elixir** de Boldo-Verne. — Verne, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies de France et de l'étranger.

10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc. Paris, Phie Grez, 34, rue de la Bruyère.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 63. — MARDI 2 JUIN 1885. 58e ANNÉE. MARDI 2 JUIN 1885. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Épilepsie causée par la vue d'un cadavre. — Huit cas.

L'étiologie de l'épilepsie a exercé de tout temps la sagacité des observateurs. Que n'a-t-on pas dit, dans l'antiquité, pour démontrer l'intervention possible de telle ou telle influence! De nos jours, deux opinions se sont principalement produites, au milieu de beaucoup d'autres : celles de Gowers et de Lasègue. Je crois, quant à moi, que la vérité scientifique absolue ne penche ni vers l'une ni vers l'autre de ces deux opinions.

Gowers, médecin de l'Hôpital national pour les paralysés et les épileptiques, à Londres, estime que, de toutes les causes immédiates de l'épilepsie, les causes psychiques sont les plus puissantes. L'excitation intellectuelle, l'anxiété, la peur, la frayeur, sont mentionnées dans un grand nombre de ses observations, surtout chez les jeunes filles. Il admet, en effet, que la fille de douze à quinze ans est infiniment plus prompte à s'émouvoir que le garçon, au même âge; que la frayeur affecte réellement les centres nerveux, produit du tressaillement, un tremblement plus ou moins continu, une accélération des mouvements du cœur, parfois un relâchement des sphincters, etc. La statistique de Gowers révèle une prépondérance très marquée des impressions morales.

Lasègue, qui a fait des remarques si ingénieuses sur l'asymétrie du crâne et de la face chez les jeunes épileptiques, affirme, au contraire, que l'épilepsie est la maladie la plus rebelle aux influences extérieures, quelles qu'elles soient; que le mal comitial n'est point le fait d'une sensibilité morale surexcitée; que la frayeur n'est qu'un agent subalterne et qu'il n'a jamais rencontré un cas d'épilepsie franche engendrée par la peur. Comment le plus humble des ictus, comment un instant de frayeur pourrait-il suffire pour créer une affection cérébrale aussi sérieuse, destinée à suivre toute une évolution et capable d'aboutir aux plus graves perversions encéphaliques, aux catastrophes criminelles les plus terribles?

Ces contradictions m'ont rendu perplexe. En rédigeant chacune des observations des malades de mon service et en prenant d'amples informations auprès des familles mandées *ad hoc*, j'ai été frappé, en ce qui me concerne, de la très grande fréquence de l'alcoolisme chez le père, du nombre relativement élevé des traumatismes crâniens antécédents chez les malades elles-mêmes et de la rareté de l'hérédité morbide similaire. Enfin, parmi les impressions morales si souvent alléguées, il en est une que je viens de rencontrer chez huit de mes malades actuellement en traitement : la vue d'un cadavre. Ainsi que vous allez pouvoir en juger par le résumé sommaire de chacune de ces observations et par la présentation que je vais vous faire des malades elles-mêmes, la vue d'un cadavre n'a été presque toujours qu'un appoint, qu'une circonstance étiologique occasionnelle, mais cette seule remarque m'a paru digne de vous être soumise.

1° C... (Lucie-Hortense), dix-sept ans. A l'âge de sept ans, peur supposée : l'enfant a été mise en présence du cadavre de sa mère. Une première crise s'est alors manifestée. Les attaques sont devenues depuis extrêmement fréquentes, presque quotidiennes. Mère hystérique. Sœurs bien portantes. Aïeul maternel alcoolique.

2° V... (Julia), dix ans. A six ans, grande frayeur à la vue du cadavre de son père. Très bonne santé jusque-là. A partir du lendemain, incontinence nocturne d'urine, puis très fréquentes attaques convulsives. Père alcoolique.

3° C... (Marie), douze ans. Attaques d'épilepsie depuis dix-huit mois, avec aura épigastrique préalable. Cause supposée : frayeur à la vue d'un cadavre. Père ayant commis des excès alcooliques. Mère peu intelligente et probablement hystérique. Sœur bien portante. Frère mort à la suite de convulsions.

4° R... (Henriette), quinze ans. Convulsions dans sa première enfance. Frayeur à la vue du cadavre de son père. Crises épileptiques. Impulsions au vol. Violences envers les enfants. Fugues inconscientes très lointaines. Père ivrogne, mort aliéné à l'asile de Ville-Évrard. Oncle aliéné à l'asile de Privas. Mère affectée de pied bot (hérédité du pied bot dans sa famille).

5° G... (Henriette), seize ans. A l'âge de sept ans, frayeur à la vue du cadavre de son père. Les crises ont débuté alors et se sont reproduites environ toutes les semaines. Scrofule. Asymétrie faciale. Sœur jumelle très bien portante.

6° P... (Marie), vingt et un ans. Frayeur très vive à l'âge de quatorze ans. Elle gardait son père mourant, quand ce dernier est tombé de son lit et est resté quelque temps à terre. Presque aussitôt alors, première crise convulsive; depuis, quatre ou cinq attaques par mois, suivies de quelques troubles intellectuels. Parents peu intelligents. Frères et sœurs bien portants.

7° H... (Clarisse), vingt-trois ans. Frayeur à l'âge de dix ans, à la vue du cadavre de sa grand'mère. Vertiges. Attaques nocturnes. Trouble mental consécutif : emportements, aberrations étranges, actes de violence. Embarras de la parole. Pas d'hérédité morbide appréciable.

8° L... (Marie), vingt-neuf ans. A vu et embrassé le cadavre de son père à l'amphithéâtre de l'hôpital Beaujon. Accès épileptiques à la suite. Retour des attaques tous les mois. Vertiges très fréquents et amnésie consécutive. Père mort phthisique; mère, frères et sœurs bien portants.

Si l'on se met à parcourir ce qui a été dit par les auteurs, et notamment par Tissot, Maisonneuve, Portal, Frank, Bouchet et Cazauvieilh, Georget, Beau, Leuret, Herpin, Lélut, Cerise et Delasiauve, on voit que les impressions morales, considérées comme causes de l'épilepsie, ont été extrêmement diverses. Tantôt on a noté la vue d'un assassinat, d'un suicide, d'un incendie, d'une exécution capitale, d'une mort subite, d'une attaque d'épilepsie, d'un spectre, d'un homme masqué, d'un fou dangereux, d'une personne tombant dans l'eau ou d'une autre se précipitant par la fenêtre ; tantôt on a parlé d'une menace d'un coup de pistolet, d'un naufrage, d'un épisode révolutionnaire, d'une émeute, de la prise d'une barricade, des morsures d'un dogue, d'une bande de loups pénétrant dans un village ou d'un sinistre épouvantable; tantôt, enfin, on a dû tenir compte de chagrins excessifs, d'anxiétés insolites, de guet-apens, d'agressions subites à main armée, de tentatives de viols dans une cave et dans des greniers, de punitions déplorables dans une chambre obscure, de séquestrations criminelles, de plaisanteries lugubres et même de joies foudroyantes.

D'après les détails contenus dans les observations, l'épilepsie aurait débuté soit immédiatement après la frayeur ou dans la nuit qui a suivi, soit le lendemain, quelques jours ou quelques semaines après, soit enfin, dans un très petit nombre de cas, au bout de deux, de quatre ou de six mois.

Pour que l'opinion de Lasègue soit vraie, il faut que tous les auteurs que j'ai cités et qui ont rapporté tant de faits se soient grossièrement trompés. Or n'est-ce pas bien difficile à admettre? Non, l'influence des impressions morales ne peut pas être biffée, du jour au lendemain, par un simple trait de plume. J'admets la possibilité de certaines exagérations et même la probabilité de nombreuses erreurs dans toutes les statistiques étiologiques publiées; j'admets que l'on recherchait peut-être autrefois, beaucoup moins qu'aujourd'hui, l'alcoolisme chez le père, les tares héréditaires, les traumatismes cérébraux ou la syphilis, car telles sont, en somme, pour ne parler que de celles-là, les vraies causes déterminantes de l'épilepsie; mais je crois qu'une part doit rester aux impressions morales.

Même en admettant que les huit cas observés en ce moment par moi ne puissent et ne doivent désormais figurer qu'au paragraphe des causes occasionnelles, je n'en ai pas moins pensé qu'il y avait un véritable intérêt scientifique à relever ce fait émouvant de la vue d'un cadavre.

Dans presque tous les pays et dans un nombre immense de familles, on admet qu'il importe au premier chef de faire voir aux enfants les cadavres de leurs plus proches parents ; on les fait approcher de la couche funèbre, et, au milieu de leur saisissement douloureux et mêlé d'effroi, on leur fait déposer un dernier baiser sur le front glacé du père ou de la mère qu'ils pleurent. On désire qu'ils se souviennent, pendant toute leur vie, de l'époque de la séparation, de l'heure du déchirement, et qu'ils n'oublient jamais leurs suprêmes adieux à la personne aimée. Il y a là une tradition essentiellement morale, une coutume dont les origines sont dignes du respect de tous ; mais l'impression en est souvent bien forte, surtout pour des filles de sept à quatorze ans ! . . . .

En présence des faits que j'ai cités, le médecin ordinaire de la famille ne doit-il pas désormais prendre les devants et faire entendre de sages conseils, sous le réel prétexte que les impressions morales vives doivent être épargnées aux enfants nerveux? Je le crois et je le demande.

Il y a quelques années, un enfant de trois mois succombe chez ses parents. Au moment de la mise en bière, un frère, âgé de six ans, et une sœur, de quatre ans, viennent s'agenouiller et sangloter auprès du petit cadavre, qui allait être conduit en province. La désolation de toute la famille était poignante, les domestiques affligés encadraient le tableau, et la scène se prolongea un peu. L'heure du départ sonna et l'on gagna le chemin de fer. Au retour, je fus appelé et consulté pour des hallucinations visuelles, des frayeurs et des cris nocturnes chez le petit garçon de six ans. Je n'obtins sa guérison qu'au bout de six semaines.

Les parents qui nous quittent ont droit à nos regrets les plus affligés. Notre douleur ne les mesure pas, mais les jeunes orphelins qui restent ne peuvent pas être initiés trop tôt aux plus dures émotions de la vie. Qu'on se le dise : l'hygiène cérébrale doit avoir le pas sur le sentiment.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. POLAILLON.

Hernie ombilicale et kyste de l'ovaire ; ovariotomie et cure radicale de la hernie ; guérison.

L'incision de l'ovariotomie a quelquefois permis de pratiquer la cure radicale d'une hernie ombilicale compliquant un kyste de l'ovaire. Comme cette cure radicale n'ajoute rien à la gravité de l'ovariotomie, il est toujours indiqué de la tenter. Il suffit de prolonger l'incision médiane de l'abdomen jusqu'à l'ombilic, d'exciser le sac herniaire, et de suturer exactement l'anneau. L'entreprise n'a rien que de très facile. J'ai eu l'occasion de pratiquer cette double opération dans le cas suivant que je vais rapporter :

La nommée Euph..., âgée de quarante-quatre ans, journalière, m'a été adressée, le 19 septembre 1884, par mon collègue et ami le docteur Dujardin-Beaumetz.

Il s'agit d'une femme obèse, à physionomie colorée, et présentant les apparences d'une santé florissante. Ses époques menstruelles ont toujours été régulières. Aucune maladie antérieure à signaler. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Euph... portait une petite hernie ombilicale depuis un an et demi. Elle n'y faisait pas attention et ne la maintenait pas par un bandage.

Depuis huit mois, elle avait constaté que son ventre, naturellement volumineux, grossissait de plus en plus. En même temps des douleurs gastriques d'une extrême violence firent leur apparition sous forme de crise. Ces douleurs existaient non seulement dans la région épigastrique, mais encore elles irradiaient vers les lombes d'une manière intolérable. Pendant les crises, la malade ne pouvait garder aucun aliment.

Le 28 août, elle alla demander les soins de M. Dujardin-

Beaumetz, à l'hôpital Cochin. Une ponction ne donna issue qu'à un peu de sang. M. Dujardin-Beaumetz, ayant reconnu qu'il s'agissait d'une tumeur abdominale, eut l'obligeance de me l'envoyer.

A son entrée dans mon service de la Pitié, le 19 septembre, le ventre avait acquis un volume énorme. Sa forme était régulièrement globuleuse.

Au niveau de l'ombilic, on voyait une hernie grosse comme une mandarine, facilement réductible. La palpation du ventre donnait la sensation d'une masse non bosselée, élastique, un peu fluctuante en certains points. Les culs-de-sac vaginaux n'étaient pas refoulés par la tumeur, dont aucune portion n'était enclavée dans l'excavation du bassin. L'utérus était sain, indépendant de la tumeur. Sa cavité mesurait les dimensions normales. Les crises gastriques, toujours aussi violentes, rendaient, à certains jours, l'alimentation impossible. Les règles n'étaient pas supprimées. Il y avait actuellement plus de neuf mois que le ventre s'était développé, ce qui écartait l'idée d'une grossesse.

Le 22 septembre je retirai, par une ponction, 4 litres d'un liquide verdâtre, filant, fortement chargé d'albumine. Le diagnostic d'un kyste multiloculaire de l'ovaire fut désormais arrêté.

La nuit qui suivit la ponction fut mauvaise. Les douleurs gastriques et lombaires furent assez intenses pour arracher des cris à la patiente, et pour provoquer d'abondants vomissements de matières glaireuses. Diarrhée.

Le 24 septembre, un peu de calme était survenu, je me mis en devoir de préparer la malade à l'ovariotomie, car les douleurs dont elle souffrait tenaient vraisemblablement à la présence de la tumeur kystique et de la hernie ombilicale, et devaient disparaître avec ces deux affections.

Opération le 28 octobre.

Elle avait pour but d'enlever le kyste de l'ovaire et de guérir la hernie ombilicale.

Incision sur la ligne médiane depuis le pubis jusqu'au sac de la hernie ombilicale. Ouverture du péritoine qui laisse échapper une petite quantité de liquide ascitique. Le kyste se présente entre les lèvres de la plaie. Après avoir constaté qu'il n'est pas adhérent à la paroi abdominale, je cherche à diminuer son volume en le ponctionnant. Mais ces ponctions ne donnent aucun résultat, en raison du petit volume des kystes qui composent la tumeur. J'agrandis alors l'incision en sectionnant le sac herniaire en deux moitiés et en poursuivant la division des tissus jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cela fait, je peux faire basculer en avant la masse morbide et l'extraire de la cavité abdominale. Elle ne présente aucune adhérence viscérale. La trompe droite lui est seulement unie par quelques tractus celluleux, qui sont facilement détachés. Le pédicule est membraneux, large d'environ 5 centimètres. Après l'avoir saisi avec deux pinces à longs mors, placées bout à bout, je le sectionne au-dessus de ces pinces et j'enlève la tumeur. Le pédicule est alors lié en deux faisceaux, puis en masse, avec des fils de catgut, et abandonné dans le ventre. La première partie de l'opération était achevée.

La seconde partie avait trait à la hernie ombilicale. Il me fut facile de disséquer les deux moitiés du sac herniaire jusqu'à l'anneau et de le réséquer au ras de celui-ci.

Je procédai ensuite à la suture de l'incision abdominale. Sept sutures profondes en fil d'argent furent nécessaires. L'anneau ombilical, notamment, fut affronté par une suture profonde et par plusieurs sutures superficielles.

L'opération avait duré une heure sous le spray et avec les précautions antiseptiques ordinaires.

Pansement de Lister.

Les suites de l'opération furent très simples. La température ne s'éleva à aucun moment au-dessus de 38 degrés.

1er novembre. — Premier pansement. La peau amincie qui recouvrait la sac de la hernie ombilicale s'est sphacélée sur une longueur de 4 centimètres et sur une largeur de 1 centimètre 1/2.

4 novembre. — Deuxième pansement. La partie sphacélée est très superficielle et tend à se dessécher. Toute l'incision est réunie par première intention. Ablation de cinq sutures profondes. Il ne reste plus que deux sutures profondes au niveau de l'ombilic.

8 novembre. — Troisième pansement. Ablation des sutures de l'ombilic. La petite portion de peau mortifiée tend à s'éliminer. Ce léger accident n'a nui en rien à la réunion des parties profondes, et en particulier à la réunion de l'anneau ombilical.

Le 3 décembre, Euph... sort de la Pitié, complètement guérie de sa hernie et de son kyste. Elle n'a point d'éventration. Mais, par précaution, elle porte une ceinture abdominale.

HOPITAL DE NEUFCHATEAU.

Migration d'un corps étranger du conduit auditif externe dans l'arrière-cavité des fosses nasales par la caisse et la trompe d'Eustache.

Par le docteur Lallemant, médecin-major.

Le nommé Saint-J..., âgé de vingt-quatre ans, de constitution robuste, soldat au 79e régiment d'infanterie, entre à l'hôpital de Neufchâteau, le 17 mai 1883.

Le 11 mai, étant en patrouille dans une carrière de sable, aux environs du fort de Paguy-la-Blanche-Côte, où il était détaché, cet homme fait un faux pas et glisse; sa tête porte sur une couche de sable; en se relevant, il ne sent aucune douleur, mais, le lendemain, il constate qu'il ne peut pas se moucher sans éprouver une douleur très vive, lancinante, dans l'oreille gauche; cette douleur va en augmentant de plus en plus. Le 15, il se présente à la visite du médecin chargé du service du fort, qui, constatant dans le fond du conduit auditif externe la présence d'un corps dur, fait quelques tentatives d'extraction, mais sans résultat, et envoie le malade à l'hôpital de Neufchâteau où il entre le 17 mai. Le 19, M. le médecin en chef de l'hôpital fait une nouvelle tentative d'extraction et ne parvient qu'à briser la pierre et à en faire sortir quelques parcelles; cette tentative, très douloureuse pour le malade, est suivie d'une syncope.

A la suite de ces différentes tentatives, le malade, qui sentait en marchant que le corps étranger était mobile, éprouve de vives douleurs bientôt suivies d'un gonflement considérable des parois du conduit auditif; puis surviennent successivement une suppuration abondante avec gonflement de l'apophyse mastoïde, une amygdalite double et enfin un peu de surdité dans l'oreille droite. De la succession de ces différents symptômes, on peut conclure qu'à ce moment, c'est-à-dire 15 jours après l'accident, le corps étranger, après avoir perforé la membrane du tympan, a pénétré dans la caisse, de là dans la trompe d'Eustache, déterminant une inflammation très vive qui s'est propagée à toute l'arrière-gorge et à la trompe d'Eustache du côté opposé.

Le 26 mai, en rentrant d'une absence que nous avions faite, nous trouvons le malade dans l'état suivant :

Suppuration abondante de l'oreille gauche, gonflement du conduit et de la région mastoïdienne, douleur très vive quand on vient

à presser cette région; douleurs spontanées irradiant dans toute la face et empêchant le malade de dormir. Quand on applique à ce malade l'expérience de Valsalva, quand, faisant fermer la bouche et le nez, on l'engage à faire une forte expiration, on constate le passage de l'air à travers la membrane du tympan; il existe donc une perforation qu'il est impossible de constater par l'exploration directe en raison de la douleur qu'elle détermine et du gonflement du conduit. Les amygdales sont encore très saillantes, mais l'inflammation a disparu.

La suppuration persiste pendant quelques jours, et, sous l'influence des injections émollientes faites dans le conduit et de cataplasmes appliqués sur le pavillon de l'oreille, elle finit par tarir.

Le 17 juin, toute trace d'inflammation ayant disparu, l'examen de l'oreille est possible; nous constatons que la perforation de la membrane du tympan est cicatrisée. Cette cicatrice forme une tache grisâtre s'étendant de l'ombilic vers la partie inféro-antérieure de la circonférence de la membrane. Le malade n'éprouve plus aucune douleur, la suppuration est complètement tarie, mais l'ouïe est abolie du côté gauche.

Qu'était devenu le corps étranger? avait-il été entraîné par la suppuration et avait-il échappé aux investigations? C'est ce qu'il était permis de croire, puisqu'il ne révélait sa présence par aucun signe ou aucun symptôme autre que l'abolition de l'ouïe, conséquence de la suppuration de la caisse; quand, le 28 juin, c'est-à-dire quarante-cinq jours après le début de l'affection, le malade, sans cause appréciable, éprouve une sensation profonde de pesanteur et de gêne au niveau de la racine du nez, dans le fond du cerveau, nous dit-il; il saigne du nez pendant un quart d'heure environ; et, dans un effort qu'il fait pour se moucher, il sent une vive douleur comme une déchirure et rend dans son mouchoir une petite pierre ayant un peu plus que la dimension d'un grain de blé, non anguleux et pesant 45 centigrammes. Depuis cette époque, il n'éprouve aucune douleur, mais la surdité reste complète du côté gauche.

Quelque temps après, le malade quittait le service militaire par congé de réforme.

Cette observation nous a paru curieuse en raison de la migration de ce corps étranger; c'est à ce titre seul que nous le publions, les recherches que nous avons faites dans les différents traités spéciaux ou journaux de médecine que nous possédons ne nous ayant pas donné lieu de trouver de cas semblables et d'en faire l'objet d'un travail plus étendu.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XLVI

Les établissements hospitaliers de Valence sont au nombre de deux : l'Hôpital général, très vaste édifice, mal situé, mal aéré, fort irrégulièrement construit; les hommes sont traités au rez-de-chaussée dans des salles obscures, humides, malsaines; les femmes au premier étage; l'Hospice des fous, qui n'est remarquable ni par la bonne répartition des locaux, ni par les conditions hygiéniques. Il en est de même du local affecté aux filles mères et aux enfants trouvés.

Notre hôpital militaire est placé provisoirement depuis dix-huit mois dans un édifice à trois étages, qui était primitivement une maison d'éducation pour les demoiselles. Plusieurs salles sont convenables, mais la contenance totale est insuffisante; l'effectif des malades est de 700. Le couvent de Saint-François, qui est adjacent et qui offre plus de capacité, fut, dès notre arrivée, destiné à devenir succursale. Avec moins de 15000 francs on eût pu le mettre promptement en état de recevoir tous nos malades. Les travaux avaient été mis à l'entreprise; les dépenses atteignent le chiffre de 30000 francs, et on n'y a pas encore placé un seul lit.

Le bâtiment de l'Université fut incendié pendant le siège; depuis quelque temps, les professeurs de l'école de médecine ont été rétablis dans leurs chaires, clinique, pathologie, physiologie, hygiène, anatomie, chimie, botanique. Le jardin botanique, dont à mon arrivée je m'étais fait le protecteur, possédait une foule de végétaux exotiques acclimatés qui allaient périr faute de soins. Je savais que la culture de l'*Indigotier* (*Indigofera anil*) pouvait y réussir; je parvins en effet à fabriquer de l'indigo par la macération à froid du suc de la plante. Un jour, j'eus le plaisir de pouvoir offrir au maréchal quatre livres de mon indigo, qu'il devait destiner à faire teindre du drap pour son usage. Je profitai de l'occasion pour réclamer un secours pécuniaire afin de sauver ce jardin de sa ruine imminente; le maréchal ne fut point sourd à ma sollicitude botanique, et il m'accorda un millier de francs pour la restauration de ce temple de Flore; je m'empressai de faire un semis considérable d'indigotiers, à la prospérité desquels le chef éminent de notre armée s'intéressait d'autant plus vivement qu'il venait de constater un résultat pouvant promettre un riche avenir. Hélas! les chances de la guerre en décidèrent autrement : je n'oublierai jamais que, pendant notre retraite, regardée généralement comme provisoire, le maréchal, en conversant avec moi à Tortose, me dit : « Eh bien, docteur, comment va notre indigo ? » « Monsieur le maréchal, lui répondis-je, à notre départ de Valence, les indigotiers poussaient à merveille; mais récolterons-nous l'indigo ? » — « Oui, oui, me répliqua-t-il avec vivacité, vous me donnerez encore de votre bel indigo. »

A deux lieues de Valence, près du village de Puros, l'archevêché possède un jardin qui mérite d'être connu et visité par les botanistes; je laisse aux amateurs de jardins le soin de parcourir la belle plantation d'orangers et de louer les fruits excellents dont ils sont chargés; aux botanophiles, je signale les richesses végétales entassées dans un espace qui a tout au plus soixante pieds carrés; c'est un bouquet américain des plus précieux : il est dû à la sollicitude du prédécesseur de l'archevêque actuel, Mgr Fuero. La culture de ce parterre botanique était confiée à un jardinier intelligent qui établit un grainier avec des cases bien dénommées, de manière à créer des compartiments distincts. Des arbres que l'on chercherait vainement dans les serres les plus somptueuses de Paris, de Londres, de Vienne, végètent ici vigoureusement en pleine terre et s'y couvrent de fleurs et de fruits. Quelques-uns sont même tout à fait nouveaux pour la science; on se croirait transporté dans un coin privilégié du nouveau monde : l'*avocatier*, le *chirimoya*, le *goyavier*, y donnent des fruits qui mûrissent parfaitement; le *bananier* y fructifia récemment. On y a vu fleurir le *cacaotier;* on récolte aussi les feuilles de séné; le *corallodendrum*, arbre magnifique, fait briller au loin, deux fois par an, ses grandes et belles fleurs d'un rouge de corail; plusieurs espèces de *mimosa* étalent leur élégant feuillage et leurs jolies houppes de fleurs; une d'elles, peut-être nouvelle, est remarquable par les superbes aigrettes pourprées de ses fleurs, dont les étamines, au nombre de 30 à 40, ont 3 pouces de longueur; les corolles sont remplies d'un miel limpide, exquis, c'est l'arbre à miel des Mexicains; dans une autre espèce, les étamines sont aussi longues, mais d'un blanc de neige. L'*indigotier* fournit un produit aussi beau que l'indigo des colonies; on y voit un *berberis* nouveau, dont les feuilles ailées sont persistantes et bordées de piquants comme celles du houx, des baies violettes d'une acidité agréable succèdent aux nombreuses grappes de fleurs jaunes qui s'épanouissent dès le mois de mars; cet arbre, originaire du Mexique, se propagerait très facilement et serait très utilisable pour les haies des jardins. Trois espèces de *Tournefortia* y rappellent le nom du célèbre botaniste français; une d'elles forme un arbre de 20 pieds de hauteur; les frères Bauhin sont évoqués dans ma mémoire par la présence d'un joli *Bauhinia* que Cavanilles a figuré sous le nom de *latifolia*. Le *Parkinsonia* élève à

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 mai 1885.

plus de 20 pieds ses branches hérissées d'épines, que garnit le feuillage le plus singulier, et où les bouquets de fleurs jaunes sont disposés comme en guirlandes. Le *Yucca gloriosa* montre les thyrses gigantesques de ses fleurs; le *Yucca filamentosa* fleurit à côté du précédent.

Sapindus, Cerbera ovata, Malva umbellata, Hibiscus mutabilis, Schinus mollis, Salvia fulgens, formosa, leucantha, involucrata; Cassia tomentosa, floribunda, chamæhcriste; une espèce de *croton* frutescent : *Ruizia fragrans*, arbre dont les feuilles sont très aromatiques; *Rawolfia glabra; Œschynomene picta;* un *Ipomœa* en arbre superbe et nouveau : *Helianthus radiatus; Sida mollis; Mimosa felicioïdes, conigera, glauca, exasperata, punctata : Bidens sambucifolia*, etc. Tous ces végétaux et beaucoup d'autres fleurissent à merveille dans ce jardin privilégié.

La *huerta* ou campagne de Valence est une immense plaine bornée au nord, à la distance de trois ou quatre lieues, par une chaîne de montagnes et au sud-est par la mer : un nombre prodigieux de beaux villages qui ont beaucoup souffert pendant le siège, une infinité de chaumières proprement tenues se fondent avec les vastes faubourgs de cette capitale et donnent la plus grande idée de la population et de la richesse du pays; on est surpris de ne pas y voir des maisons de campagne ou de plaisance. L'irrigation par des milliers de canaux se fait avec une régularité, un ordre, une justice, une sévérité admirables. Le sol de la huerta est d'une nature différente, suivant qu'on l'observe au voisinage des montagnes ou vers la plage maritime. Dans la première zone, il est formé de débris calcaires plus ou moins comminués, plus ou moins colorés par le fer; c'est là que croissent plus particulièrement avec vigueur le caroubier, l'olivier, la vigne. A mesure qu'on se rapproche de la mer, on observe une terre plus éminemment végétale, une langue de sable, fécondée par les engrais que fournit toujours le voisinage d'une grande ville et par le limon que les fortes pluies y entraînent des lieux plus élevés. Fatiguée sans relâche par le soc ou par la bêche, fréquemment pénétrée par l'air et par l'eau, cette terre est extrêmement meuble, très facile à travailler, et d'un rapport vraiment prodigieux : le mûrier y fournit deux fois par an le feuillage qui nourrit les vers à soie. La moisson du froment et de l'orge est immédiatement suivie de l'ensemencement du maïs et du chanvre; on y fait en outre une récolte abondante de haricots et de havichuelas (espèce de *dolichos*), de même que des fèves, et d'une grande quantité de légumes; le riz n'est cultivé qu'au voisinage de l'Albufera. Quel est le climat qui présente autant de conditions favorables à la santé et aux agréments de la vie que celui de Valence? Les saisons semblent se confondre dans un printemps perpétuel; son ciel offre une sérénité constante; l'air sec et pur, avivé par une végétation toujours active, n'y reçoit point les impulsions violentes du vent; une brise légère agite doucement l'atmosphère et tempère les ardeurs du soleil. Les pluies y sont fort rares, et cependant l'eau ruisselle de tous côtés dans la campagne; la terre produit tout ce qui peut convenir à l'homme pour ses besoins et pour ses plaisirs.

Quelle contrée en Europe peut le disputer à celle-ci pour la variété et l'importance de ses productions? Qu'on en juge par l'énumération suivante : celles qui font la richesse du pays et dont on exporte une grande partie, sont la soie, le riz et les caroubes; les autres, sans parler des vins d'Alicante, de Biar et de Beni Carlo, du froment, de l'orge, du seigle, du maïs, du chanvre, du miel, des haricots, pois, fèves, légumes de toute espèce, des fruits communs partout, peuvent se réduire aux suivantes, *oranges*, dont la quantité excède les besoins de la province, *citrons, cédrats, limons, grenades, figues, dattes* (à Elche, on compte 150 000 palmiers), *melons, pastèques, piments, tomates, mélongènes, chufas* ou *tubercules du souchet comestibles* (*Cyperus esculentus* L.), employés surtout pour faire de l'orgeat, *lupins*, fruits du *Lupinus sylvestris* que l'on appelle *altramures* et que l'on mange bouillis; *sparte*, graminée précieuse qui croît dans les montagnes et dont on fabrique des cordes, des corbeilles, des nattes, des chaussures; *soude d'Alicante*, etc.

Jetons un coup d'œil rapide sur le règne animal; le gibier n'offre point la variété d'espèces que nous observons en France : les chasseurs ne trouvent en Valence que perdrix rouges, cailles, lièvres et lapins, mais ces gibiers sont plus abondants et plus savoureux qu'en France. Le lac de l'Albufera fournit une prodigieuse quantité de canards sauvages, de harles, de sarcelles, de poules d'eau; on y trouve la poule sultane, le flamant et plusieurs variétés d'oiseaux rares; la volaille est bien inférieure à celle de France; les bêtes fauves, les oiseaux de proie y sont rares. La poissonnerie de Valence abonde en merlans, soles, rougets, dorades, sardines, raies, maquereaux, turbots, congres, huîtres rares de qualité inférieure aux nôtres.

Quoique la température de Valence soit très supportable à cause de la brise de mer, elle est cependant fort vive, comme le témoignent et le thermomètre et les végétaux exotiques qui ont pu s'y acclimater. Le moment le plus chaud de la journée est de huit à dix heures du matin, parce que l'air est alors calme; le vent de mer se lève après dix heures et persiste jusqu'au soir. Pendant les nuits de la canicule, on n'y est point incommodé par la chaleur; toutefois on est alors très impressionné par un vent d'ouest, le *poniente*, extrêmement chaud, qui paralyse pour ainsi dire les forces : il pénètre jusque dans les appartements où les meubles se disjoignent et se fêlent avec bruit sous l'influence de ce souffle brûlant.

Les paysans valenciens ont le teint fort rembruni, quelquefois comme cuivreux, la physionomie quelque peu farouche; ils offrent dans leurs mœurs et dans leurs habitudes des traits de la race maure, qui a si longtemps occupé ces contrées. Une chemise sans col, une longue ceinture autour du corps, un caleçon de toile sans jarretière, flottant jusqu'au-dessus du genou (*sarahuel*), des alpargatas ou chaussures de sparte emboîtant à peine le talon et la dernière phalange des orteils, et assujetties par un lacs croisé sur le cou-de-pied; un mouchoir troussé en turban et posé sur la tête, de manière à laisser à découvert les cheveux du pourtour de la tête : tel est le costume simple et léger de l'habitant de la campagne. Le mouchoir de la tête est quelquefois remplacé par un chapeau à ailes étroites ou plus rarement par le bonnet rouge des Catalans. Ils ont l'habitude de s'asseoir sur leurs talons en s'accoudant sur les genoux et soutenant leur menton sur la paume des mains. Ce costume, très favorable au développement des formes et des forces, est adapté au climat et surtout aux travaux pour la culture du riz. Il choque un peu la décence, mais lorsque l'homme est jeune, bien constitué, il y a quelque intérêt, au moins pour le physiologiste, à contempler la structure si admirable de l'articulation du genou; chez les vieillards ou chez les malingres, l'esthétique y perd beaucoup.

Les maisons qu'habitent les paysans valenciens sont tenues avec une propreté qu'ils n'observent pas sur leurs personnes : on les blanchit plusieurs fois par an.

Les *citadines* de Valence ont la taille plus avantageuse, le teint plus clair, l'embonpoint plus prononcé que les Castillanes et les Aragonaises; quoiqu'en général vêtues avec plus de luxe que ces dernières, elles ont cependant une tournure moins gracieuse, la démarche moins agile. Elles sympathisent volontiers avec les Français par leur caractère léger et complaisant, par leur penchant marqué pour tous les plaisirs bruyants et en particulier pour la danse et la table.

Le caractère du peuple valencien peut être apprécié d'après quelques traits de sa conduite vis-à-vis de l'invasion française; fanfarons lorsqu'on n'a fait que les menacer lors du massacre de nos compatriotes au lendemain du 2 mai 1808, aussi fougueux pour construire des fortifications gigantesques autour de leur capitale qu'imprévoyants dans l'approvisionnement de la place et dans l'abandon de leurs villages, résignés assez promptement à la capitulation, et soumis avec empressement au nouvel ordre de choses que la sage administration du maréchal a établi depuis dix-huit mois. Je dis sage administration : les contributions levées dans le royaume de Valence, en numéraire seulement, ont versé dans nos caisses, depuis la reddition de cette ville,

32 millions de piécettes. Le chef de notre armée a toujours su gagner les cœurs de ses soldats et des vaincus à Valence comme en Aragon. Dès le début, il avait ramené l'archevêque, rouvert les cours de l'Université, encouragé l'agriculture pour laquelle les Valenciens ont le plus grand zèle.

8 juin. — Depuis quelques jours, profitant de la belle saison, et sous l'empire du pressentiment que j'avais de l'imminence de notre départ de Valence, j'explorais une dernière fois les montagnes de San Felipe et de Moxente, lorsque la nouvelle d'un débarquement des Anglais à Tarragone et du départ immédiat du maréchal avec la moitié de l'armée m'arrête court dans mes pacifiques conquêtes, je rentre à Valence où les préparatifs de la retraite se faisaient sur toute la ligne française. Le général Harispe, qui, en l'absence du maréchal, prend le commandement supérieur de toutes les troupes du royaume de Valence, a déjà transféré son quartier général à San Felipe.

10 juin. — On apprend l'occupation du fort de Balaguer par les Anglais.

11 juin. — Les divisions Harispe et Habert abandonnent le pays au delà du Xucar et viennent prendre position, l'une à Albérique, l'autre à Alciva; l'ennemi nous remplace immédiatement dans les points abandonnés. Pendant notre retraite, 1 200 cavaliers ennemis attaquèrent l'arrière-garde entre Canals et le pont d'Albérique: le général Mesclop, qui la commandait, fit volte-face, chargea cette cavalerie avec 200 hussards et la mit en pleine déroute, faisant 30 prisonniers parmi lesquels un colonel chef d'état-major du corps d'Eliot.

13 juin. — La division Habert attaque l'ennemi au beau village de Carcajente, lui tue beaucoup de monde et fait 600 prisonniers; notre perte fut très légère.

15 juin. — Les prisonniers du combat d'hier entrent dans Valence, au grand étonnement des politiques de la cité qui sont très exaltés contre nous.

17 juin. — Le bruit se répand que l'armée du roi Joseph a évacué le centre de l'Espagne et s'est retirée en désordre jusqu'à Vittoria après avoir fait sauter le fort de Burgos.

21 juin. — On nous annonce officiellement l'heureuse nouvelle du déblocquement de Tarragone; les Anglais ont levé le siège et se sont rembarqués précipitamment en abandonnant leurs pièces et après avoir fait sauter le fort de Balaguer. Changement de physionomie parmi les habitants; les uns se rassurent, les autres s'attristent; tous admirent la bonne étoile de notre maréchal.

23 juin. — Le maréchal rentre à Valence, il est reçu par les autorités sous un arc de triomphe; on suspend les préparatifs de départ, les Espagnols sont très étonnés.

25 juin. — L'armée repasse le Xucar. L'ennemi abandonne à notre approche San Felipe et la plupart des autres points que nous occupions avant l'expédition sur Tarragone; il fait cependant une résistance assez vigoureuse au col d'Adsaneta.

26 juin. — Le maréchal transfère son quartier général à San Felipe. Je fais semer l'indigotier au Jardin des Plantes

30 juin. — La déroute de l'armée française à Vittoria est malheureusement confirmée.

1er juillet. — Malgré tous les succès de notre armée en Valence et en Aragon, la retraite est jugée indispensable.

2 juillet. — La division Musnier est envoyée à Alcanits, Ségorbe, soit pour retirer les garnisons de cette contrée, soit pour prélever les contributions arriérées.

3 juillet. — Un convoi considérable, composé des fourgons du trésor, des principaux bagages de l'armée et d'un grand nombre d'Espagnols réfugiés, part sous le commandement du général Monmarie.

4 juillet. — Nos hôpitaux étant évacués, je pars comme les autres et je vais coucher à Murviedro. Le regret vivement senti de me séparer de mes bons hôtes après dix-huit mois de séjour au milieu d'eux, leurs témoignages d'affection dévouée, l'abandon de ce ciel privilégié de Valence, le souvenir de mes fructueuses excursions, la nécessité où je suis de laisser en dépôt chez le professeur Lorente la plus grande partie de mes collections, enfin l'incertitude de notre avenir, me jetèrent pour toute la journée dans les réflexions les plus tristes.

5 juillet. — Le maréchal quitte Valence, où il laisse un gouvernement provisoire sous la protection de la garde nationale armée. Les habitants se conduisirent dignement au départ de notre armée.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 27 mai 1885.

Monsieur le Président,

Le décret du 10 août 1877 dispose que les agrégés des Facultés de médecine demeurent en exercice pendant une période de neuf années, et qu'ils sont renouvelés par tiers tous les trois ans. L'obligation de tenir compte des droits acquis n'a pas permis jusqu'ici d'établir une concordance parfaite entre ces deux dispositions. Ainsi, un concours d'agrégation devait s'ouvrir en 1886, mais les agrégés à remplacer doivent demeurer en exercice jusqu'en novembre 1887. Pour concilier les droits des personnes et l'intérêt des études, j'ai l'honneur de soumettre à votre approbation le projet de décret suivant.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de l'instruction publique,
des beaux-arts et des cultes,
René GOBLET.

DÉCRET.

Le Président de la République française, sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes;

Vu le décret du 10 août 1877;

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les agrégés des Facultés de médecine qui seront nommés à la suite du concours de 1886 n'entreront en exercice que le 1er novembre 1877; la durée de leur exercice sera de huit années.

ART. 2. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 29 mai 1885.

Jules GRÉVY.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'instruction publique,
des beaux-arts et des cultes,
René GOBLET.

ARRÊTÉ.

Le Ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

Vu le statut du 27 décembre 1880,

Vu le décret du 29 mai 1885,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Il sera ouvert à Paris, en 1885-1886, des concours pour 48 places d'agrégés, à répartir de la manière suivante, entre les Facultés de médecine ci-après désignées :

SECTION DE MÉDECINE. — PATHOLOGIE INTERNE ET MÉDECINE LÉGALE.

Paris, 4; — Bordeaux, 2; — Lille, 2; — Lyon, 2; — Montpellier, 2; — Nancy, 2. — Total, 14.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS.

1° *Pathologie externe.* — Paris, 3; — Bordeaux, 2; — Lille, 2; — Lyon, 1; — Montpellier, 2; Nancy, 1. — Total, 11.

2° *Accouchements.* — Paris, 1; — Montpellier, 1; — Nancy, 1. — Total, 3.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES.

1° *Anatomie et physiologie.* — Paris, 1; — Bordeaux, 1; Lille, 1; — Lyon, 2; Montpellier, 2; — Nancy, 2. — Total, 9.

2° *Histoire naturelle.* — Bordeaux, 1; — Lille, 1. — Total, 2.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES.

1° *Physique.* — Lyon, 1; — Montpellier, 1. — Total, 2.

2° *Chimie et toxicologie.* — Paris, 1; — Lille, 2; — Lyon, 1; — Nancy, 1. — Total, 5.

3° *Pharmacie.* — Lille, 1; — Lyon, 1. — Total, 2.

Total général des places : 48, dont Paris, 10; — Bordeaux, 6; Lille, 9; — Lyon, 8; — Montpellier, 8; — Nancy, 7.

ART. 2. — Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 1er décembre 1885, pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale);

Le 1er mars 1886, pour la section de chirurgie et accouchements;

Le 1er juin 1886, pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

ART. 3. — Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté.

Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

Fait à Paris, le 29 mai 1885.

René GOBLET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 28 mai 1885, M. le médecin-inspecteur Villemin, nouvellement promu, a été chargé de l'inspection générale du service de santé du 1er groupe, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Baudouin, appelé à la direction du service de santé au ministère de la guerre.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 mai 1885, la chaire de clinique externe de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Par décision de la commission scolaire, la date du 8 juin pour les élèves en médecine ajournés à leur examen, a été reportée au 13 juin, en faveur des candidats au cinquième examen de doctorat (ancien et nouveau régime) qui ont consigné au plus tard le mercredi 19 mai 1885. Ces candidats sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur dernier échec.

— Samedi ont eu lieu, à Saint-Roch, au milieu d'un nombreux concours de confrères et d'amis, les obsèques de notre regretté confrère, M. le docteur Josat, décédé dans sa soixante-dix-septième année.

— Tous les jeudis, M. le docteur Landouzy, professeur agrégé, chargé du cours d'hygiène, fera, avec les élèves, des visites aux établissements parisiens et suburbains ressortissant à l'hygiène publique.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17882.

39

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.è.	I.480	5.800	5.910	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ;— RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre........ 1.33
Silicate acide
Arséniate » } sesqui-oxyde de fer
Phosphate »
Sulfate »
— de chaux..
Chlorure de sodium
Matières organiques } 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

10

AFFECTIONS CARDIAQUES

« PALPITATIONS, INSUFFISANCES ET RÉTRÉCISSEMENTS, ALBUMINURIES, ŒDÈME. »

Soulagement immédiat et guérison par le **Sirop et les Pilules de LANGLEBERT** *au convallaria Maïalis (muguet de mai)*

Préconisés par les meilleurs praticiens.

Phie Langlebert, 55, r. des Petits-Champs et tles ph.

Granules et préparations de *Convallamarine.*

66

DRAGÉES MEYNET

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

103

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

133

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

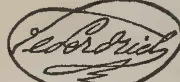
Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

79

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



106

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

PULLNA

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, Londres (Cong. méd. univ.) 1881, Trieste 1882, Vienne 1883, Amsterdam 1883.

15

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

83

ÉTABLISSEMENT THERMAL VICHY

(*Allier*) *PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT* (*Allier*)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabète, Goutte, Calculs urinaires, etc.*

Théâtre et Concert au Casino; Musique dans le Parc; Cabinet de Lecture; Salon réservé aux Dames; Salons de jeux, de conversation et de billard.

COURSES DE CHEVAUX

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : 0f50 à 3f. Envoi cont. timbres. — Ph. BERTRAND aîné, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature Bertrand aîné. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

51

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, à Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

71

PRODUITS DE L'EUCALYPTUS

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

39

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phtisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

77

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.

La boîte de 20 cachets à 0,25cgr. . . . *2 fr.*

Phien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

33

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

26

POUGUES ÉTABLISSEMENT THERMAL SAINT-LÉGER

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Établissement ouvert du 15 mars au 15 octobre.

AFFECTIONS TRAITÉES :

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, engorgements du foie et de la rate, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dysménorrhée, chlorose, anémie.

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs pour leurs expériences cliniques, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Noël Gueneau de Mussy a demandé qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe. Il ne doit recevoir d'autre éloge funèbre que les quelques mots par lesquels M. le président Bergeron a annoncé sa mort à l'Académie. Nous tous, ses anciens élèves, nous devons regretter en silence la perte de ce maître aimé, de cet observateur attentif et sagace dont les leçons nous ont tant appris.

M. le professeur Duplay a lu un mémoire, fort écouté, sur la castration chez la femme dans le cas de myo-fibromes de l'utérus provoquant des métrorrhagies excessives.

Il faut évidemment des conditions semblables pour faire accepter une opération après laquelle la femme n'est plus apte à devenir mère.

Comme l'a rappelé M. Duplay, dans les pays qui nous entourent on la pratique souvent avec une légèreté vraiment scandaleuse. Nous pourrions citer comme preuve une jeune fille, nièce d'une de nos clientes, et qui, se trouvant par la mort de ses parents maîtresse d'une assez belle fortune, se plaignait que le retour des règles la gênait souvent dans son goût pour les longues courses à cheval. Elle put trouver à Genève un chirurgien qui lui pratiqua l'extirpation des ovaires pour la délivrer de cet ennui.

Ajoutons que ce fut en vain, car jusqu'ici, par suite de l'habitude fonctionnelle acquise, les règles revinrent à leur date avec une égale abondance.

Nous ne savons pas si chez elle, comme chez beaucoup d'autres, comme chez une malade de M. Duplay, comme chez les bayadères de l'Inde, castrées pour êtres filles publiques, les désirs sexuels se sont accrus après la complète disparition des aptitudes procréatrices.

M. Duplay dit, avec raison, qu'il ne faut jamais recourir à la castration si l'on n'a pas épuisé d'abord toutes les autres ressources de la thérapeutique et si la vie de la malade n'est pas en danger. C'est là un excellent précepte, sur lequel nous nous arrêterons, réservant pour un autre jour quelques remarques que nous suggère l'une des deux observations rapportées par M. Duplay.

HOTEL-DIEU. — M. Tillaux.

Des kystes du vagin.

J'ai à vous entretenir aujourd'hui d'une affection rare intéressante, dont la pathogénie présente une certaine obscurité. Il s'agit d'une tumeur du vagin.

Voici d'abord l'histoire de la malade qui en est atteinte :

P..., âgée de quarante-deux ans, femme de ménage, couchée au n° 17 de la salle Sainte-Marthe, est entrée dans le service le 4 mars. Mariée à vingt ans, elle eut huit enfants et deux fausses couches, la dernière il y a sept ans. Quatre enfants sont morts en bas âge. Les accouchements ont toujours été laborieux.

L'affection actuelle a débuté, il y a vingt ans, à la suite de la première couche. Aussitôt après l'accouchement, — remarquez bien ce détail, — la malade constata dans le vagin et à la vulve la présence d'une tumeur volumineuse, qui, depuis cette époque, resta à peu près stationnaire. Elle consulta un certain nombre de médecins qui, tous croyant à une descente de matrice, lui conseillèrent de porter un pessaire ; mais ce fut sans résultat, ou plutôt nuisible. N'éprouvant que de la gêne et seulement dans la marche, la malade ne fit aucun traitement.

Vers la fin de l'année dernière, la tumeur devint douloureuse. Les douleurs irradiaient vers les aines et dans le ventre. Le 6 février, il se produisit une ouverture spontanée et un écoulement abondant de liquide qui a persisté depuis cette époque. C'est ce qui engagea nos confrères MM. Berthiot et Peyrot à l'adresser à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen direct, nous voyons hors la vulve une tumeur du volume d'un œuf de poule, faisant saillie entre les grandes lèvres, recouverte par la muqueuse du vagin, et se continuant avec la muqueuse de l'urèthre. Cette tumeur paraît à première vue dépendre de la cloison vésico-vaginale ; mais un examen attentif permet de constater qu'elle est située dans la paroi latérale droite du vagin. Par le toucher, on la suit sur toute la hauteur du vagin jusqu'au cul-de-sac antérieur de l'utérus. A ce niveau et en arrière on trouve le col de la matrice parfaitement indépendant et sain. Elle est de consistance mollasse, pâteuse, présente des parois très épaisses et donne naissance à un fort bruit de gargouillement, par lequel s'écoule un liquide purulent et fétide. Son extrémité libre est percée d'un orifice très étroit. Il n'y a pas de troubles du côté de la miction, et le cathétérisme ne révèle rien d'anomal dans l'urèthre ni dans la

vessie. Le rectum et la cloison recto-vaginale sont intacts.

La santé générale de cette femme est excellente.

Deux coupes verticales des organes génito-urinaires de la femme, l'une antéro-postérieure, l'autre transversale, telles que je les reproduis sur le tableau, vous permettront de mieux comprendre les détails que je viens de signaler, et qui vont nous servir à établir le diagnostic.

Quelle est en effet la nature de cette tumeur ?

Nous savons déjà qu'elle est constituée par une poche contenant un liquide purulent, mélangé de gaz. Éliminons donc d'emblée les tumeurs solides de la région.

Les signes précédents peuvent se rapporter à cinq affections différentes : 1° une cystocèle ; 2° un diverticulum de la muqueuse uréthrale ou vésicale ; 3° un abcès froid ; 4° une entérocèle vaginale ; 5° un kyste du vagin suppuré.

La cystocèle du vagin, dont je n'ai pas à vous présenter ici les caractères, est l'affection à laquelle on songe tout d'abord quand on examine la tumeur, car elle en offre toute l'apparence extérieure, et c'est en effet pour cela que la malade a été traitée depuis vingt ans. Mais dans la cystocèle, l'urèthre est dévié de sa direction normale ; au lieu d'être dirigé d'avant en arrière du méat de la vessie, il est dirigé d'arrière en avant, de telle sorte que les urines sont projetées vers le ventre de la femme. Or vous avez vu que la sonde pénètre librement dans la vessie en suivant exactement le trajet habituel. Nous basant sur ce seul signe (il en existe d'autres, mais de moindre importance) qui est pathognomonique, nous pouvons repousser absolument l'hypothèse d'une cystocèle.

Ce n'est pas non plus un diverticulum de la muqueuse vésicale ou uréthrale ; nous en sommes certains parce que le contenu des deux cavités offre des caractères différents : la tumeur fournit un liquide purulent, et la vessie une urine parfaitement liquide. Si la tumeur n'était pas ouverte, la difficulté serait plus grande, surtout si elle occupait la cloison vésico-vaginale ; mais, dans le cas particulier, le diagnostic serait encore aisé, car elle est située sur la paroi latérale du vagin, en dehors des voies urinaires. Dans le cas du diverticulum urinaire, la réductibilité serait un signe précieux ; encore faudrait-il s'assurer dans ce cas que le contenu est bien refoulé réellement dans la vessie, et que la poche n'est pas disposée en forme de bissac.

Est-ce un abcès froid ? La tumeur en offre actuellement tous les caractères ; mais pour repousser cette hypothèse, rappelons seulement que le début date de vingt ans, et que, sauf dans ces derniers mois, la malade n'a jamais souffert.

Par le toucher, nous avons dit qu'on percevait du gargouillement. Serait-ce une entérocèle ?

En raison de ce signe, nous pourrions, à la rigueur, y songer. On conçoit en effet que l'intestin s'engage dans le cul-de-sac vésico-utérin, et refoule le péritoine dans l'épaisseur et la cloison vésico-vaginale pour former hernie. Les cas en sont très rares, cependant ils existent. Mais, bien que la tumeur remonte jusqu'au col utérin, on trouve très nettement avec le doigt la limite postérieure arrondie, et la toux ne produit pas la moindre impulsion. Ce ne pourrait être qu'un ancien sac herniaire abandonné et enflammé ; or rien ne nous autorise à accepter cette hypothèse.

Nous arrivons donc par exclusion à diagnostiquer un kyste du vagin, qui, après être resté indolent pendant vingt ans, a subi une inflammation suppurative et s'est ouvert spontanément.

Un mot seulement sur la pathogénie de ces kystes. Huguier, le premier, en 1847, publia un travail d'ensemble sur cette curieuse et rare affection. Il en rapportait treize observations. Il divisa les kystes du vagin en superficiels et profonds, et en plaça l'origine dans les glandes ou follicules de la paroi vaginale. Cette théorie de l'origine glandulaire, très simple, très satisfaisante pour l'esprit, en rapport avec ce que l'on constate fréquemment dans d'autres régions du corps, fut généralement acceptée. On ne peut lui faire qu'une seule objection, mais elle est décisive, c'est qu'il n'y a pas de glandes dans le vagin. Quelque invraisemblable que cela paraisse, en raison des produits dont est si souvent baigné le canal, les recherches histologiques modernes les plus minutieuses, faites par des hommes aussi compétents que M. Sappey, par exemple, permettent d'affirmer que la muqueuse vaginale au-dessus de l'hymen est absolument dépourvue de glandes ou follicules. Il faut donc accepter que ces kystes ont une origine conjonctive ; ils appartiendraient à la catégorie des hygromas, suivant une opinion soutenue en 1878 par M. le docteur Eustache de Lille (*Archives de tocologie*), et à laquelle on peut se rattacher. Si l'on considère toutefois que la plupart des malades rapportent l'existence de leur affection à un accouchement antérieur, et cela paraît bien évident dans le cas que nous étudions, ne pourrait-on point admettre que ces kystes ont pour origine primitive à peu près constante un décollement, un thrombus du vagin assez peu développés, pour passer d'abord inaperçus ?

On a objecté à l'origine conjonctive de ces kystes l'existence à leur intérieur d'une couche épithéliale, mais on a fait remarquer avec raison que ce n'est pas de l'épithélium vrai, de l'épithélium glandulaire que l'on trouve, mais seulement une surface endothéliale, comme il y en a dans les vaisseaux, l'épithélium faux de Thiersch.

La malade souffre de sa tumeur ; elle est incommodée par un écoulement incessant de pus. Nous allons donc tenter de la guérir à l'aide d'une opération qu'elle réclame.

Le procédé choisi, et le seul qui parût applicable à ce cas particulier, fut une incision cruciale et l'excision des quatre angles de l'incision, de façon à produire une large ouverture. La poche fut ensuite lavée à grande eau et à plusieurs reprises avec une solution de chlorure de zinc à 4 p. 100.

Une insensibilité locale absolue avait été obtenue par des badigeonnages de chlorhydrate de cocaïne faits un instant avant l'opération. Aucun accident ne s'est développé à la suite, et la malade, très satisfaite, est aujourd'hui complètement guérie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

Ostéite tuberculeuse du coude.

Notre jeune malade est un garçon qui, à onze ans, fit une chute sur le coude droit. Pendant les années qui suivirent, de temps en temps, au niveau du point violemment contus, il ressentait de la douleur et il se formait une certaine tuméfaction, un certain empâtement.

Les choses allèrent ainsi pendant cinq ans, jusqu'au mois d'avril dernier. A cette époque, et sans cause connue, le coude est devenu douloureux, il s'est tuméfié, en même temps que des phénomènes fébriles survenaient. Une poussée aiguë se fit du côté de l'articulation, un abcès se forma,

s'ouvrit spontanément et donna issue à une quantité assez abondante de pus.

Huit jours plus tard, le jeune garçon entrait ici. A cette époque, M. Terrillon remplaçait M. Gosselin. Il vit l'enfant, et se fondant sur le traumatisme d'autrefois, sur l'état des parties malades, pensa tout d'abord que c'était peut-être la bourse séreuse rétro-olécrânienne qui était malade, d'autant plus que les mouvements de l'articulation étaient conservés. En conséquence, il pratique une incision sur cette bourse et, trouvant que l'olécrâne est lui-même altéré, constatant la présence de nombreuses fongosités, surtout au niveau de sa pointe, il résèque une portion de l'os et procède au grattage du reste. L'opération se termine par un pansement à l'iodoforme et l'immobilisation du membre dans une gouttière en fil de fer.

Mais la cicatrisation marche lentement; ce que voyant, il traite les quelques fongosités qui persistent par des cautérisations avec le thermocautère et fait des injections de teinture d'iode. La plaie reste fistuleuse. Le malade va passer quinze jours à l'asile de convalescence de Vincennes et rentre ensuite à l'hôpital.

Peu de jours après, je prenais le service et j'examinais la lésion. La fistule du coude persiste encore, son orifice est situé à la partie postérieure de l'olécrâne, correspondant à la portion d'os réséquée; il est bordé par un bourrelet de fongosités saillantes et donne issue à un peu de pus. Entre l'articulation huméro-radiale, la tête du cubitus et l'olécrâne, il existe une masse de fongosités isolées, qui soulèvent la peau sans lui adhérer et donnent à la palpation une sensation de mollesse faussement fluctuante, dépressible, bosselée, légèrement saillante. Ces fongosités ne simulent pas une collection purulente, comme cela arrive quelquefois. Tous les mouvements de l'articulation sont conservés, sauf celui de l'extension, qui est incomplet. Ces mouvements sont doux, polis et sans aucun craquement. Un stylet introduit dans la fistule pénètre facilement à 2 centimètres de profondeur; il longe le tissu osseux sans rencontrer de séquestre et tombe dans une cavité à surface polie, arrondie, pourvue de cartilages, et arrive au condyle de l'humérus, sur lequel il glisse facilement. Il trouve au-dessous la tête du radius lisse et polie également. En un mot, il pénètre dans toute l'articulation du coude, qui a conservé en partie son cartilage.

Enfin, pour compléter la description, nous devrons ajouter que l'on constate une atrophie musculaire prononcée du bras jusqu'à l'épaule et un peu aussi de l'avant-bras.

En résumé, il s'agit ici d'une ostéite avec fongosités de l'olécrâne; ostéite développée chez un garçon à l'œil vif, sans lésions respiratoires ni circulatoire apparente. Les poumons sont sains.

Hier il est devenu un peu souffrant, sa température s'est élevée; la langue était sale; il y avait quelques malaises. S'agirait-il de quelque complication tenant au séjour de l'hôpital, ou bien en rapport avec la lésion du coude? Ce matin, la température est encore de 38°,4. Je suis très porté à croire, après avoir bien examiné notre malade, que son état tient à la formation de quelque collection purulente par rétention du pus, à quelque poussée inflammatoire fébrile ayant son origine dans l'articulation, d'où l'indication immédiate d'une opération destinée à enrayer une arthrite en voie de se développer.

Ce malade soulève plusieurs questions. D'abord il y a eu une petite erreur de diagnostic au début, car la lésion de la bourse séreuse olécrânienne est chose assez rare à la suite d'une chute chez un enfant de onze ans. L'évolution chronique, en cinq ans, est plus rare encore. Ces phénomènes ont, au contraire, d'habitude une marche aiguë, suraiguë même. Les tumeurs chroniques de la bourse séreuse de l'olécrâne sont aussi très rares et ne se rencontrent guère chez les enfants. Du reste, M. Terrillon a bien vite reconnu qu'il faisait fausse route et que c'était l'olécrâne lui-même qui était malade et qu'il s'agissait d'une tuberculose osseuse localisée consécutive à un traumatisme. Ici nous ne sommes plus dans le domaine des exceptions, mais bien dans celui de faits que l'on rencontre maintes fois, de lésions dont la cause déterminante a été un heurt, un coup.

Cependant notre jeune malade présente quelques caractères douteux, et l'intégrité, tout au moins apparente, de l'articulation semble dire que l'olécrâne seul est atteint, tandis que la persistance du mal pendant plusieurs années dit, au contraire, qu'il s'agit d'une ostéite tuberculeuse développée primitivement dans l'olécrâne.

Comme nous l'avons constaté, dès la reprise du service, la thérapeutique employée jusqu'à présent a été insuffisante. Une ablation partielle des parties malades et le grattage du reste peut-il permettre d'espérer obtenir une bonne guérison? Je ne le crois pas. D'ailleurs, il faudrait réséquer de nouveau l'olécrâne, et peut-être dans sa totalité; il faudrait gratter toutes les fongosités, laver l'articulation et faire un pansement antiseptique, de telle sorte qu'après l'opération l'enfant se trouverait dans des conditions analogues à celles où il est actuellement, sauf qu'il aurait en plus son articulation ouverte, l'olécrâne enlevé, qu'il faudrait attendre l'inflammation des surfaces articulaires pour le détachement lent du revêtement cartilagineux et arriver enfin à quoi? à l'ankylose du membre par la soudure des surfaces, et ce, sans compter la longue durée, une foule d'incertitudes, de dangers, etc.

D'ailleurs l'expérience m'a montré depuis longtemps déjà que les résections partielles étaient plus dangereuses que les résections totales. D'où j'ai conclu à une intervention plus étendue, à une opération plus complète, ayant pour but de supprimer tous les foyers morbides : j'entends par là une résection totale du coude. Les conditions, du reste, sont favorables; cet enfant n'a que seize ans, âge auquel le développement des os non achevé permet d'espérer la reconstitution du membre, partant le recouvrement des fonctions. Ce sont sortes d'opérations qui guérissent bien, et généralement sans accidents. La résection sous-périostique ne donne lieu à aucun danger; on respecte les parties molles. En un mot, c'est la perfection au point de vue du procédé opératoire, c'est la perfection aussi au point de vue de la reconstitution des os et de la sécurité des plaies.

Après l'opération, lavage de la plaie, tubes-drains, suture partielle, pansement et gouttière plâtrée immobilisante.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Grancher.

De la sclérose cérébrale.

(Leçon recueillie par M. le docteur H. Dauchez, chef de clinique adjoint à l'hôpital des Enfants.)

Vous avez sans doute été frappés, comme je le fus moi-même, en prenant possession de ce service, du grand nombre d'enfants hémiplégiques que renferment nos salles.

Je me propose donc d'aborder devant vous l'étude d'une affection encore peu connue; je veux parler de la sclérose cérébrale, cause fréquente de ces paralysies et dont nous avons récemment observé ici même un cas type suivi d'autopsie. J'ai donc cherché dans la récente monographie de M. Richardière, aussi bien que dans les leçons de mon collègue M. Simon, le lien qui pouvait unir tous ces faits. Je dois malheureusement avouer que la plupart de ces observations sont assez peu comparables entre elles, ce qui tient sans doute à la regrettable confusion qui existe encore actuellement dans l'esprit de quelques auteurs, entre la sclérose atrophique et la sclérose hypertrophique tubéreuse. Il est bien entendu que nous ne parlerons pas de cette dernière forme, absolument distincte de la première et que (pour ne pas nous aventurer hors des traditions scientifiques) je prendrai pour type la sclérose confirmée par des autopsies.

Tout d'abord, la sclérose nous apparaît sous une première forme : « le type hémiplégique, » dont on trouve douze cas très nets parmi les quarante observations citées par M. Richardière. Ceux-ci répondent en effet à la *sclérose atrophique lobaire unilatérale*, dont était atteint le petit malade dont voici l'observation :

N... (Gaston), entré le mois dernier salle Saint-Thomas, lit n° 3, est un jeune enfant de trois ans, sur le compte duquel nous ne pûmes recueillir aucun renseignement. Le jour de son entrée, nous fûmes frappés de la singulière flexion de la jambe et des membres, qui s'exagérait dès que le malade était debout. En outre, l'enfant marchait en fauchant, traînait la jambe en dépit de la conservation parfaite de la sensibilité. L'intelligence était à l'avenant : l'enfant parlait, mais comprenait à peine; en d'autres termes, c'était un enfant très arriéré, sinon idiot, ainsi que le confirmaient les parents, pourtant si indulgents et si disposés à méconnaître la vérité.

La sensibilité, je le répète, était intacte. Les muscles n'avaient pas souffert. Ils obéissaient même à l'excitation électrique.

Quelques jours plus tard, l'enfant succombait aux suites d'une broncho-pneumonie, qui nous permit de constater les lésions suivantes : hydrocéphalie très accentuée. La faux du cerveau est implantée à gauche de la ligne médiane, de telle sorte que la place occupée par l'hémisphère gauche est moins étendue d'un cinquième que celle de l'hémisphère opposé.

En outre, les circonvolutions malades étaient dures et résistantes au doigt.

Telles furent les lésions capitales, celles qui nous frappèrent d'abord. Nous procédâmes alors à la décortication du cerveau, opération très facile qui permet de constater la sclérose atrophique déjà signalée. Enfin la substance blanche, opaque, à ton d'ivoire, était bien différente de la coloration rosée normale, à reflets bleuâtres.

L'induration se prolongeait sur les centres gris nerveux, sur les noyaux gris centraux. L'examen histologique, encore incomplet aujourd'hui, nous dira bientôt si les mêmes lésions s'observaient sur le trajet des cordons latéraux.

J'ai voulu comparer cette observation aux faits rapportés il y a quelques années par M. Gaucher. Or de ce parallèle il ressort que, malgré l'obscurité apparente de tous ces faits, trois grands symptômes dominent l'histoire de la sclérose.

Ces symptômes constants et positifs sont : l'hémiplégie, la contracture et l'idiotie.

1° L'hémiplégie affectait chez notre enfant les deux membres supérieur et inférieur. Celle-ci, comme dans les lésions en foyer, n'atteignit que tardivement la face. Elle est tantôt complète, tantôt incomplète, et varie suivant les sujets.

2° Il en est de même de la contracture. L'enfant pleurait, criait, souffrait dès qu'on voulait fléchir ses doigts ; à peine fait-on dans les autres observations mention de troubles de ce genre. La contracture y est pourtant mentionnée et paraît principalement à l'occasion d'un mouvement voulu, s'il s'agit par exemple d'étendre la jambe pour marcher.

3° L'idiotie. En comparant les faits entre eux, on doit convenir également que l'idiotie existe à des degrés divers chez nos jeunes malades. L'un reconnaît à peine sa sœur, tandis que l'autre peut à peine traduire sa pensée.

En regard de ces caractères positifs, il existe d'autres caractères que j'appellerai, par antithèse, « les caractères *négatifs constants* de la sclérose centrale » : tels sont la conservation de la sensibilité et celle de l'excitabilité musculaire électrique également notées par plusieurs observateurs.

Et puis arrive le chapitre des symptômes variables au nombre desquels il faut citer l'épilepsie symptomatique, les convulsions, les troubles psychiques, que M. Simon rattache à une irritabilité cérébrale précoce, précédant à courte échéance l'apparition de ces accidents.

Quelques-uns de ces enfants guérissent pourtant après avoir présenté pendant plusieurs semaines des signes non douteux de méningite.

D'autres survivent plus longtemps encore à des lésions fort étendues, comme le prouve l'observation de Piorry, qui cite un jeune homme atteint d'atrophie congénitale des membres, d'une intelligence « ordinaire », et qui succomba à vingt-neuf ans seulement. A l'autopsie on trouva un des hémisphères réduit à rien, le corps calleux et le corps strié sclérosés au point de crier sous le scalpel.

Tels sont les signes distinctifs de la sclérose du cerveau. J'insisterai peu sur les troubles des sens, sur la déformation du crâne, enfin sur une des modalités cliniques dite monoplégique à laquelle M. Richardière a consacré un chapitre de sa thèse, celle-ci me paraissant encore très incertaine.

Permettez-moi seulement de vous retracer l'état actuel de nos connaissances histologiques sur ce sujet, si incomplètes qu'elles puissent être. Commencée par le professeur Robin, cette étude a été reprise plus récemment par M. Marie, qui, indépendamment des grands espaces lacunaires peu vasculaires, a signalé au sein même des tissus sclérosés l'élargissement des vaisseaux, l'allongement avec hypertrophie de la gaine lymphatique autour de laquelle apparaît la sclérose. Souvent même on note l'atrophie des tubes nerveux étouffés par la prolifération du tissu conjonctif qui toujours met un laps de temps considérable à s'organiser. Quoi qu'il en soit, le processus scléreux paraît remonter à plus d'un an chez le jeune enfant dont je vous ai cité l'histoire ; s'étend-il jusques et au delà du faisceau pyramidal ? C'est ce que nous ne tarderons pas à savoir, lorsque M. Martin aura pu compléter ses recherches histologiques.

J'arrive maintenant au chapitre du diagnostic : A quels signes avons-nous pu soupçonner chez notre jeune malade la sclérose cérébrale ? Nous y sommes, vous ai-je dit, arrivés par exclusion : l'âge du sujet, son état intellectuel, l'absence de lésion cardiaque nous autorisaient à rejeter l'idée d'hémorrhagie cérébrale, de ramollissement ou de lésion en foyer. A ces premiers éléments de diagnos-

tic, d'autres signes non moins significatifs viennent parfois s'ajouter, je veux parler des convulsions, des paralysies et des attaques épileptiformes persistantes entraînant probablement à la longue la sclérose cérébrale. C'est donc avec les tumeurs cérébrales ou avec les hémorrhagies méningées que la sclérose peut être confondue. De là ces difficultés souvent insolubles que nous réserve la clinique.

On a dit que l'altération séreuse du cerveau rétrogradait parfois. Cette assertion demande à être confirmée, l'autopsie ayant manqué dans la plupart des cas cités ; or nous ne pouvons aujourd'hui (en présence des obscurités dont s'entoure la sclérose) ajouter foi à cette marche rétrograde d'une affection si protéique sans en avoir la preuve anatomique.

En résumé, la sclérose cérébrale lobaire, atrophique unilatérale, est, à mon sens, une affection *sui generis* tout à fait spéciale, absolument distincte des affections cérébrales classiques, affection qui a ses causes, son histoire et sa pathogénie. Telle fut et telle est encore ma première impression, en abordant cette étude, sans aucun parti pris ; la sclérose, je le répète encore, a sa physionomie propre, son avenir (triste, sans doute) bien différent de celui des lésions classiques du cerveau.

C'est à ce titre que nous devons, sans nous dissimuler la difficulté de l'entreprise, chercher à mieux connaître l'histoire clinique de cette affection.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juin 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie une note de M. le docteur P. Colvée, professeur à l'École de médecine de Valence, sur les expériences d'inoculation du choléra faites dernièrement en Espagne, note adressée d'abord à M. le ministre des affaires étrangères par M. le vice-consul de France à Valence.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. A. Robin et G. Pouchet qui se portent candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie;

2° Des lettres de M. le professeur Renaud (de Lyon) et de M. le docteur Alison (de Baccarat) qui sollicitent le titre de correspondant national;

3° Des lettres de remerciement de MM. les docteurs Coriveaud (de Blaye), Rousse (de Fontenay-le-Comte), Delage (d'Avignon), Roux, Straus, Huchard, Giraud (de Paris), lauréats de l'Académie.

M. le Président annonce en termes émus la mort de M. le docteur Gueneau de Mussy, qui honorait l'Académie par son caractère comme par sa science et ses travaux. (Applaudissements.)

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant national dans la section de chirurgie.

La commission présente les candidats dans l'ordre suivant :

1° M. Duménil (de Rouen); 2° M. Berne (de Lyon); 3° M. Heurtaux (de Nantes); 4° M. Cazin (de Boulogne-sur-Mer); 5° M. Bitot (de Bordeaux); 6° M. Surmay (de Ham).

Le nombre des votants étant de 64, majorité 32,

M. Duménil obtient	47 suffrages.
M. Cazin	12 —
M. Berne	2 —

En conséquence, M. Duménil est proclamé correspondant national.

COMMUNICATIONS

De l'ablation des ovaires dans le traitement des fibro-myomes utérins et des métrorrhagies incoercibles. — **M. Duplay** rappelle que l'ablation des ovaires a été proposée en 1823 par James Blundell dans les cas de dysménorrhée grave. Cette opération ne fut reprise qu'en 1872 par Hegar et par Battey. Elle devint bientôt à la mode en Amérique, en Angleterre, en Allemagne, où l'on employa la castration des femmes jusque dans des cas d'aliénation mentale, d'hystéro-épilepsie et même comme moyen curatif de la masturbation.

Après s'être élevé vivement contre ces abus scandaleux, M. Duplay appelle l'attention sur les avantages que cette opération présente en cas de ménorrhagies incoercibles symptomatiques de fibro-myomes de l'utérus. L'ablation des ovaires a régulièrement pour résultat, en cas pareil, de supprimer l'écoulement menstruel et de mettre les femmes dans les mêmes conditions qu'après la ménopause normale. Or, une fois les règles ayant cessé, les corps fibreux de l'utérus diminuent de volume.

M. Duplay donne les détails de deux observations de ce genre pratiquées par lui.

La première malade, épuisée au dernier degré par des pertes presque continuelles qui duraient depuis plusieurs années quand il l'opéra, continua encore pendant six mois à avoir chaque mois des pertes semblant coïncider avec l'époque normale du flux menstruel, mais bien moins abondantes et durables qu'auparavant. L'état général était redevenu bien meilleur, mais au bout de six mois des symptômes tout différents et très alarmants se manifestèrent, et la malade, passée dans le service de M. Siredey, y mourut deux mois plus tard avec tous les accidents de la maladie de Bright. A l'autopsie on constata que le foie, la rate et les reins avaient subi la dégénerescence amyloïde, ce qui est le résultat fréquent des hémorrhagies trop prolongées; elle avait donc été opérée trop tard. En incisant l'utérus d'avant en arrière, on trouva dans le fond un fibrome du volume d'une mandarine, faisant saillie dans sa cavité.

Chez l'autre malade, que présente M. Duplay, l'opération eut un résultat plus complètement favorable. Cette femme, âgée de trente ans, couturière, présentait aussi des hémorrhagies extrêmement abondantes, et en touchant cette malade quelques jours après une de ces métrorrhagies qui avait exigé le tamponnement, M. Siredey reconnut dans la paroi gauche de l'utérus, vers la partie supérieure, l'existence d'un petit fibrome gros comme une noix, qui avait jusqu'alors échappé à toutes les explorations faites soit à Paris, soit à Lyon, notamment dans le service de M. Tripier Des hémorrhagies nécessitant le tamponnement se répétèrent, à de courts délais, faisant craindre une issue funeste, et ce fut dans ces circonstances que l'on se décida à enlever les ovaires.

Après l'opération, il y eut encore deux fois des écoulements sanguins aux époques menstruelles, puis les règles se supprimèrent définitivement, et dans ces derniers temps on constata que le fibrome avait diminué de volume au point de ne pouvoir être diagnostiqué si on n'était pas prévenu. Cette femme va d'ailleurs très bien ; elle a repris des forces et engraissé, bien que mal nourrie et ayant beaucoup de fatigue comme infirmière.

Dans la thèse de M. Tissier, élève de M. Duplay, se trouvent rassemblés 171 cas de castration pratiqués chez des femmes atteintes de fibromes utérins. Sur ces 171 cas, on ne compte que 25 morts.

Sur les 145 cas de guérison, on note seulement sept fois le retour des hémorrhagies abondantes, après un arrêt momentané; trois fois les hémorrhagies reparurent, mais notablement atténuées.

Vingt et une fois après l'opération, il survint quelques pertes, sans importance et sans gravité, avant que la ménopause s'établit définitivement.

Dans 25 opérations, il n'est pas parlé des hémorrhagies.

M. Duplay résume son mémoire dans les quelques conclusions suivantes :

1° L'ablation des ovaires est appelée à rendre les plus grands services dans les cas de métrorrhagies incoercibles, symptomatiques de la présence de corps fibreux de l'utérus ;

2° Quoiqu'elle ne présente pas une très grande gravité, puisqu'elle ne donne pas plus de 14,6 p. 100 de mortalité, on ne doit y recourir qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique ;

3° Elle est surtout indiquée dans les cas de fibro-myomes moyens et petits, dans lesquels l'hystérotomie serait parfois impossible et toujours extrêmement grave, sinon fatalement mortelle ;

4° Dans ces conditions, la castration est suivie presque constamment de la cessation complète et définitive des hémorrhagies, et très fréquemment de la diminution du volume de la tumeur ;

5° La castration est contre-indiquée dans les très gros fibro-myomes et dans les cysto-fibromes pour lesquels l'hystérotomie est seule convenable ;

6° La castration doit toujours être double, et il est utile d'enlever en même temps que l'ovaire le pavillon de la trompe de Fallope.

LECTURE

Sur la ténotomie du muscle oblique inférieur. — M. LANDOLT, dans un court aperçu des particularités anatomiques du muscle oblique inférieur, indique le procédé dont il se sert pour la ténotomie de ce muscle : l'insertion bulbaire du muscle se dérobe à l'opération, et celle-ci doit porter nécessairement sur l'origine orbitaire qui, située très près du bord inférieur de l'orbite, est presque à fleur de peau et facile à atteindre. L'auteur indique d'ailleurs quelques points de repère qui facilitent la préhension du muscle. Le premier est fourni par l'échancrure sus-orbitaire ; une verticale abaissée de ce point détermine, par sa rencontre avec le rebord du plancher de l'orbite, l'insertion sclérotique du muscle. Cette dernière se trouve d'autre part au milieu de la ligne qui réunit la paroi externe du sac lacrymal à la partie du rebord orbitaire située au-dessus du trou sous-orbitaire.

Le manuel opératoire est des plus simples. On pratique une incision courte, mais profonde, à travers la peau, le muscle orbiculaire, jusque sur le rebord intérieur de l'orbite.

L'hémorrhagie arrêtée au moyen d'eau glacée aseptique, on écarte les lèvres de la plaie au fond de laquelle on reconnaît le muscle à sa couleur et à la direction oblique de ses fibres. On le saisit avec une pince ou avec le crochet musculaire et sa section s'opère très facilement.

Cette opération est indiquée dans la paralysie de l'oblique supérieur, et chaque fois qu'on désire un abaissement notable du globe oculaire. Dans ce cas, on la combinera avec la ténotomie du droit supérieur, voire même avec l'avancement de l'inférieur.

M. Landolt pense que la ténotomie de l'oblique inférieur serait peut-être appelée à rendre service dans la myopie progressive, attendu que ce muscle recouvre la large veine inférieure externe des *vasa corticosa* qu'il peut comprimer lorsque dans la convergence et l'abaissement du regard il s'enroule davantage sur le globe oculaire et se trouve facilement tendu. Enfin, s'il est facile de saisir le muscle petit oblique pour la ténotomie, il n'est pas beaucoup plus difficile d'en pratiquer l'avancement lorsqu'il est paralysé. Avant de le détacher, on passe dans le muscle une suture à l'aide de laquelle on avance et relève son insertion orbitaire.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

155. M. CELLES. Du rhumatisme articulaire pendant l'état puerpéral. — 156. M. VERCIER. De la goutte saturnine. — 157. M. GUÉGAN. Sur plusieurs cas d'empoisonnement survenus à la suite d'ingestion de conserves alimentaires altérées. — 158. M. DELCASSE. Étude médico-légale sur les sévices de l'enfance. — 159. M. BLAISE. De la forme hémorrhagique de l'érysipèle. — 160. M. MASTRINGHEM. Des collections purulentes et des fistules bi-latérales de la région anale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Noël Gueneau de Mussy, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris et membre de l'Académie. Ses obsèques auront lieu demain jeudi, à midi, à l'église Saint-Philippe-du-Roule.

— Par décret, en date du 1er juin 1885, M. Orgeas, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle, en date du 30 mai 1885, M. Granier, médecin-major de deuxième classe au 38e d'infanterie, est passé au 92e de même arme, par permutation avec M. Delatour.

— Par décision ministérielle, en date du 31 mai 1885, M. Servier, médecin principal de première classe, a été désigné pour les emplois de sous-directeur à l'école du Val-de-Grâce et de médecin-chef dudit hôpital.

M. le médecin-major de première classe Lenoir a été désigné pour l'hôpital de Vichy. — M. le médecin-major de première classe Linon a été désigné pour l'hôpital de Toulouse.

— Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le mercredi 1er juillet 1885, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 25 juin 1885. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures. Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-huit ans au jour d'ouverture du concours.

— Un concours pour la nomination de deux chefs de clinique médicale titulaire et de deux chefs adjoints s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 6 juillet 1885, à neuf heures du matin.

Les candidats devront se faire inscrire avant le 1er juillet 1885, au secrétariat de la Faculté. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.

Sont admis à concourir, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le professeur Castan est nommé pour cinq ans doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Benoît, relevé de ses fonctions, sur sa demande, et nommé doyen honoraire.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Jamin, professeur de physique, est autorisé à se faire suppléer par M. Bouty, docteur ès sciences.

M. Perrey, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de minéralogie, en remplacement de M. Roux, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. de La Garde, chargé de cours, est nommé professeur d'hygiène et thérapeutique.

— *École de médecine de Reims.* — M. Colleville (Henri-Georges), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Personne, bachelier ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur des travaux pratiques de première année, en remplacement de M. Damoiseau, démissionnaire.

— MM. les docteurs Glo de Besse, médecin des épidémies à Montfaucon, et Pouzols, médecin à Monistrol-sur-Loire, viennent de recevoir une médaille d'argent pour leur dévouement au cours d'une épidémie de variole qui a sévi dans l'arrondissement d'Yssingeaux en 1884.

— Dans sa séance annuelle du 31 mai 1885, la Société nationale d'encouragement au bien a décerné des médailles d'honneur à MM. les docteurs Guibout et Monin, de Paris; Casabianca, de Paggio (Corse); Lagrange, de Limoges; Noskowski, de Marseille; Thuillier, de Cercamp-les Trévent (Pas-de-Calais); Barnardo, de Londres.

— MM. Berger, ancien médecin de la marine, Hétet, ancien pharmacien en chef de la marine, et Brousmiche, médecin principal en retraite de la marine, sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Brest.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Calvo (Dominique), inspecteur des eaux minérales de la Seine, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Versailles.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation le 7 juin 1885, à l'Isle-Adam. — Rendez-vous à la station de Valmondois à l'arrivée du train partant de Paris (gare du Nord), à 7 heures 55 minutes.

Se faire inscrire, galerie des herbiers, au Muséum, de une heure à quatre heures. Les inscriptions seront reçues jusqu'au vendredi 5 juin 1885.

— M. Chatin, professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche, 7 juin, dans les bois de Saint-Germain.

Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare à onze heures et demie, pour la station du Pecq.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera une excursion géologique publique, le dimanche 7 juin 1885, à Grignon, Thiverval et Beynes.

Pour prendre part à cette excursion, il suffit de se trouver au rendez-vous, à la gare Montparnasse (cour d'en haut), où l'on prendra, à 6 heures 45 minutes, le train pour Grignon.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au laboratoire de géologie du Muséum avant samedi prochain quatre heures du soir.

— M. le docteur H. Picard commencera le lundi 8 juin, à cinq heures, amphithéâtre nº 1 de l'École pratique, rue de l'École-de-Médecine, un cours public sur les maladies de l'appareil urinaire, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie : De la grande attaque hystérique et de ses principales variétés, attaque épileptoïde démoniaque, d'extase, de léthargie, de catalepsie, de somnambulisme, etc.; — du grand hypnotisme ou hypnotisme hystérique, hyperexcitabilité neuro-musculaire, phénomènes suggestifs, hallucinations, automatisme, état léthargique, cataleptique, somnambulique; — l'hystérie dans l'histoire, chorée épidémique du moyen âge, possessions démoniaques, convulsionnaires extatiques; — l'hystérie dans l'art, Pierre Breughel, André del Sarte, Raphaël, le Dominiquin, Rubens, Jordaens, etc., par le docteur Paul Richer, chef du laboratoire de la clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière, etc. 1 fort vol. in-8º raisin. — Prix : papier teinté, 25 francs; papier japon, 50 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17901.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration. 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 10 fr. ».	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Extirpation totale de l'utérus.

Au nombre des opérations dont les conditions ont été changées du tout au tout par la pratique de l'anesthésie chirurgicale, on peut citer au premier rang l'extirpation de l'utérus.

Nous avons rappelé déjà comment, malgré les deux succès qu'avait obtenus d'abord Récamier, après un court moment de vogue, cette opération fut abandonnée définitivement à cause de l'horreur de la mise en scène, horreur dont on retrouve la peinture saisissante dans les récits, faits au jour le jour, de la *Gazette des hôpitaux*. Leur lecture seule oppresse encore comme une sorte de cauchemar. On croit voir Roux et Récamier, après que la vessie eût été ouverte dans une dissection trop rapide de ses points d'union avec la matrice, au milieu des cris déchirants et des efforts désespérés de la patiente, accrochant l'utérus avec leurs doigts, tirant de toutes leurs forces, essayer en vain, pendant longtemps, de faire basculer cet organe en l'abaissant, de manière à le faire sortir, le fond en avant, par la vulve.

Rien de pareil dans l'opération à laquelle M. Tillaux nous fit assister mardi dernier à l'Hôtel-Dieu. Le chloroforme, supprimant la douleur, les cris, les mouvements de la malade, laissait au chirurgien le sang-froid nécessaire pour des manœuvres toujours délicates, et lui permettait de les mener à bien.

Il s'agissait d'une jeune actrice de vingt et un ans, devenue mère à l'âge de quinze ans et atteinte depuis quelque temps d'un épithélioma du col de l'utérus. On ne trouvait rien dans les ganglions, le vagin paraissait indemne : mais le col était ramolli sur une grande partie de sa hauteur, et il était clair que, pour avoir quelque chance de succès durable, il fallait extirper l'organe en totalité.

La malade, une brune assez jolie, à la figure très intelligente, pleine de confiance en M. Tillaux, le suppliait de la guérir coûte que coûte, et n'exprimait aucune appréhension pour l'opération à subir. M. Tillaux s'y décida donc, bien que le bassin fût fort étroit, ce qui était une complication.

On a récemment organisé, à l'Hôtel-Dieu, des salles spéciales pour les opérations portant sur la cavité abdominale, ovariotomies, etc.

Ce sont trois pièces ménagées dans les combles, et éclairées par le haut.

La première, vide, isole les deux autres, autant que possible, du reste de l'hôpital. La deuxième est celle où l'on opère, et où se trouve le lit qui attend l'opérée. Dans la troisième, on amène la malade préalablement pour l'y préparer par des lavages et injections antiseptiques.

Les étages situés au-dessous sont occupés par des services de médecine et de chirurgie, et les résultats favorables que l'on obtient dans ce milieu fort peu isolé, montrent bien quels progrès immenses les méthodes antiseptiques ont réalisés en chirurgie.

C'est là, par exemple, que M. Tillaux a fait, avec un plein succès, le 28 mars de cette année, l'ablation d'un fibrome énorme de l'utérus, chez une malade dont il a parlé récemment à l'Académie, et qui, maintenant tout à fait guérie, se trouve encore dans son service, au n° 3 de la salle Sainte-Marthe, où elle a été redescendue le 19 avril.

Mardi dernier, comme antisepsie préventive, on avait employé des injections d'une solution faible de chlorure de zinc chez la jeune femme à qui M. Tillaux, assisté de M. Bouilly, se proposait d'extirper l'utérus. Pour éviter le refroidissement des membres inférieurs, on les avait entourés de manchons de flanelle doublée de ouate.

La malade, placée sur le dos, fut endormie, non sans peine; il y eut une période assez longue d'agitation. Puis, aussitôt l'anesthésie complète, les cuisses maintenues écartées par des aides, M. Tillaux saisit le col de l'utérus avec de longues pinces et, par des tractions progressives, tenta d'abaisser cet organe jusqu'à la vulve.

S'il n'y était pas parvenu, si l'utérus était resté trop haut pour qu'il fût possible d'amener près de l'ouverture de la vulve la ligne d'insertion du vagin sur sa face antérieure, M. Tillaux, bien résolu à ne pas agir à l'aveugle, eût renoncé dès lors à l'opération radicale qu'il méditait, et il se fût borné à réséquer le col, puis à l'évider.

Heureusement l'abaissement, sans être très notable, fut suffisant pour permettre de voir où le bistouri allait porter. La ligne d'attache du vagin sur l'utérus se dessinait bien; mais la vessie, abaissée elle-même, formait des replis qui, sur bien des points, venaient recouvrir cette ligne d'attache. Il fallait donc, à l'aide d'une sonde introduite dans sa cavité,

bien constater, à chaque instant, qu'elle ne venait pas à la rencontre de la lame, tandis que, par une dissection très minutieuse, on isolait la face antérieure. On était en train de procéder à cette dissection attentive quand, tout à coup, le col ramolli, cédant sous la traction des pinces, se déchira et fut arraché dans toute sa moitié antérieure. A ce moment, au milieu d'une plaie déchiquetée, M. Tillaux eut de la peine à retrouver le bord de la face antérieure de la matrice. Il se remit à isoler cette face avec de grandes précautions, se servant du doigt le plus possible, s'aidant à peine du bistouri, de crainte de blesser la vessie en la séparant de l'utérus.

Cette séparation est loin d'être facile, comme on le croirait d'après les dires des anatomistes. Déjà, d'ailleurs, les chirurgiens qui la tentèrent les premiers constatèrent ce fait et nous lisons à ce sujet dans la *Gazette des hôpitaux*, du 22 septembre 1829, la phrase suivante : « On sait que le temps le plus difficile de cette opération est celui qui consiste dans l'action d'isoler la matrice d'avec la vessie. » C'était si bien le temps le plus difficile que, chez la malade dont il s'agissait, Roux et Récamier avaient déclaré qu'il n'y avait pas *simple contiguïté*, et qu'ils avaient ouvert la vessie de leur patiente.

En effet, s'il est très commode de séparer la vessie de la matrice quand on procède de haut en bas, comme le font les anatomistes, divisant d'abord le péritoine, et suivant la face postérieure de la vessie à partir d'un point où elle repose sur un tissu cellulaire à larges mailles destiné à faciliter les glissements et le développement de la partie supérieure de l'organe, il n'en est plus du tout de même quand le chirurgien s'attache à suivre de bas en haut la face antérieure de l'utérus à partir de la portion sous-vaginale du col. Il rencontre alors, en premier lieu, les insertions propres du vagin, qui se font obliquement sur l'utérus, l'enveloppant dans une certaine étendue ; puis les mailles assez serrées d'un tissu cellulaire relativement dense, où se croisent encore des fibres se rattachant les unes au système des ligaments larges et d'autres aux prolongements postérieurs de la sangle formée par l'aponévrose supérieure du périnée, sangle sur laquelle repose la vessie et qui sous-tend, en la renforçant, la paroi antéro-supérieure du vagin.

Ajoutons que, sous l'influence des affections de l'utérus, il peut s'être produit dans ce tissu cellulaire un travail phlegmasique qui, l'ayant induré, rendra la dissection encore plus difficile ; que le plissement de la vessie, amené par les efforts d'abaissement de l'utérus, fera paraître des sillons faciles à confondre avec celui qui sert de guide, et l'on comprendra mieux comment des accidents sont survenus entre des mains aussi exercées que celles de Roux et de Récamier.

Toutes ces difficultés se présentent au début ; puis le reste devient relativement facile.

Une fois la face antérieure de l'utérus dégagée sur une certaine étendue, M. Tillaux, portant le bistouri en arrière, rasa la face postérieure de l'organe et divisa le péritoine, tant en bas que sur les côtés de son cul-de-sac postérieur, jusqu'aux replis, doublés de fibres élastiques, nommés les ligaments de Douglas. La matrice, acquérant ainsi plus de mobilité, put être abaissée davantage : et, achevant alors avec le doigt l'isolement de sa face antérieure, on pénétra également en avant dans le péritoine.

La matrice ne tenait plus que sur les deux côtés par les ligaments larges.

A ce moment, si l'on avait suivi de point en point la méthode de Récamier, il eût fallu s'appliquer à saisir avec la main le fond de l'utérus et à le faire sortir de la vulve par ce mouvement de bascule qui fut souvent si difficile à effectuer.

M. Tillaux agit plus simplement. Introduisant, lui aussi, sa main dans la cavité péritonéale par l'incision postérieure, il la porta sur le côté droit de l'utérus, de manière à embrasser sous son index, ramené en avant et dont l'extrémité sortait par l'incision antérieure, le ligament large de ce côté. Rien ne fut plus facile alors que de passer un fil de soie et de faire une ligature autour de ce ligament, afin d'y interrompre toute circulation. On le comprima également plus près de l'utérus entre les mors d'une longue pince à forte pression, pour empêcher le reflux du sang d'un côté à l'autre, à travers les vaisseaux utérins. Puis ce ligament fut incisé dans toute sa hauteur, entre la ligature et la pince à pression. Malheureusement la ligature céda et il fallut la remplacer par une autre pince. Cela fait, la matrice fut tirée en avant ; on n'eut aucune peine à la faire basculer et à la faire sortir par la vulve, car elle n'était plus retenue que par le seul ligament large du côté gauche. Ce ligament fut coupé à son tour, après avoir été étreint dans une double anse de fil de soie.

Après cela, M. Tillaux remplaça la pince à pression qui comprimait le ligament large du côté droit par une nouvelle ligature. Lors de l'enlèvement de la pince, il y eut un léger suintement sanguin, qui s'arrêta bientôt de lui-même. La plaie fut lavée par des injections antiseptiques. Les lambeaux du vagin furent régularisés, puis rapprochés sur la ligne médiane par un unique point de suture. Un gros tube à drainage fut introduit dans la cavité du péritoine. Ce qui restait du conduit vaginal fut bourré de gaze iodoformée. Enfin le périnée fut recouvert d'une couche de ouate phéniquée, maintenue par un bandage en T.

La malade, portée dans un lit bassiné, en se réveillant, déclara n'éprouver aucune douleur.

Nous nous sommes attaché à rendre aussi fidèle que possible la description de cette opération dans toutes ses phases, afin que nos lecteurs, en se reportant à la *Gazette des hôpitaux* de l'année 1829, pussent mieux juger du contraste.

Au fond, ce sont toujours à peu près les mêmes dissections délicates, les mêmes manœuvres à exécuter ; mais ce qui permet de les faire tranquillement, avec sûreté, c'est l'anesthésie, le silence, l'immobilité de la malade.

En résumé, l'extirpation totale de l'utérus devait être rejetée du temps de Récamier et de Roux. Elle doit être admise aujourd'hui, comme dernière ressource thérapeutique contre certaines affections malignes, dans la pratique chirurgicale usuelle.

Tumeurs fluxionnaires de l'utérus simulant des myo-fibromes.

Le mémoire lu mardi dernier par M. le professeur Duplay à l'Académie de médecine renferme particulièrement une observation remarquable. Il s'agit d'une malade anémique et nerveuse, sujette à des métrorrhagies très abondantes et qui, par suite de la castration, se trouve définitivement guérie d'un myo-fibrome de l'utérus.

Ce myo-fibrome, aujourd'hui disparu ou à peu près, avait échappé à toutes les recherches faites, soit à Paris, soit à Lyon, par des médecins distingués, jusqu'au jour où cette malade entra dans le service de M. Siredey.

Elle sortait alors du service de M. Teissier (de Lyon) qui, après maintes explorations, était resté convaincu de l'absence de tout corps fibreux. Elle y avait eu, dans les derniers jours, une métrorrhagie tellement abondante qu'il avait fallu pratiquer le tamponnement.

Quand, après cela, elle entra dans le service de M. Siredey, celui-ci trouva, sur un des côtés de l'utérus, une tumeur qu'il considéra comme un myo-fibrome et qui avait déjà le volume d'une noix. Cette tumeur s'accrut encore par la suite. Puis, postérieurement à la castration, elle disparut, comme nous l'avons dit, à peu près sans laisser de trace.

Au point de vue des métrorrhagies, le résultat fut très satisfaisant. Après quelques mois, durant lesquels les règles revinrent encore, les pertes sanguines furent remplacées par des pertes blanches d'une abondance extrême. En même temps cette femme ressentait une excitation génésique presque continuelle et des désirs vénériens intenses qu'elle n'avait pas éprouvés jusqu'alors.

Tel est, en peu de mots, le résumé de cette observation. En l'écoutant, nous nous sommes demandé s'il ne s'agissait pas de cet état morbide que nous avons décrit pour la première fois dans la *Gazette des hôpitaux*, le 17 juillet 1869, et au sujet duquel nous insistions déjà sur les erreurs de diagnostic, très fréquentes, même de la part des gynécologistes les plus habiles, qui le confondent notamment avec des corps fibreux de l'utérus.

Voici quelques très courts extraits de l'article que nous citons (1) :

« Les femmes anémiques et nerveuses sont parfois sujettes à des métrorrhagies très abondantes et de longue durée. Si on veut alors, par le toucher, se rendre compte des phénomènes qui se passent vers l'utérus, les premiers jours on constate à peine une certaine augmentation du volume de cet organe. Le col utérin est entr'ouvert : faiblement chez les nullipares ; mais à cette époque il n'existe encore aucune saillie anormale, soit sur le col, soit sur le corps de l'utérus ; la surface de cet organe paraît lisse, sa mobilité n'a pas disparu. Un peu plus tard, on peut sentir, supérieurement à l'insertion vaginale, vers le point d'union du col et du corps de l'utérus, une petite tumeur semi-globulaire, sensible à la pression, et intimement appliquée par sa base sur cet organe. D'abord grosse comme une demi-noisette ou une demi-olive, et présentant des contours bien distincts, elle s'élargit peu à peu, à mesure que l'utérus lui-même prend un plus grand volume ; dans certains cas, nous l'avons vu devenir grosse comme la moitié d'un œuf.

. . . .

Ceci avait lieu principalement alors que déjà l'hémorrhagie avait notablement diminué pour faire place à un écoulement coloré, odorant, analogue aux lochies. »

On voit d'après ces quelques mots combien il est aisé de confondre avec des myo-fibromes les tumeurs passagères dont nous avons parlé longuement dans cet article.

Depuis lors, nous avons eu souvent à revenir sur ce sujet, et nous avons été témoin de tant de méprises de ce genre, devenues évidentes par l'observation longtemps continuée des malades, ceux qui commettaient ces méprises étaient des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, des professeurs, si exercés dans l'exploration vaginale, ayant le toucher si délicat, qu'émettre un doute dans le cas présent, ce ne peut être nullement faire injure à MM. Siredey et Duplay.

D'ailleurs, pour qui n'est pas averti de la possibilité d'une méprise de ce genre, pour qui touche la malade pour la première fois quand cette tumeur momentanée a déjà acquis un certain volume, l'erreur est fatale pour ainsi dire. La sensation est tout à fait la même que celle que donnerait un corps fibreux. Ces tumeurs fluxionnaires se trouvent en effet appliquées contre l'utérus, en se confondant avec lui comme un corps fibreux interstitiel. Elles font pleinement corps avec la matrice : et c'est là ce qui nous a conduit à y voir une sorte de métrite partielle, ou plutôt de fluxion utérine limitée à une région.

Jusqu'ici peut-être importait-il peu de faire le diagnostic différentiel, sur lequel nous avons cependant insisté. En effet, on ne traitait pas autrement les myo-fibromes. Peu importait donc, au point de vue pratique, de croire à tort à leur existence : le traitement de la fluxion utérine n'en restait pas moins identique.

Mais aujourd'hui que l'on châtre les femmes en cas de myo-fibrome de moyenne grosseur, il est essentiel de fixer son attention sur ce qu'on pouvait considérer auparavant comme une simple curiosité pathologique.

Il faut bien savoir que chez les femmes relativement anémiques et nerveuses, sujettes à des fluxions de tout genre, la règle est que les métrorrhagies, quand elles sont abondantes et quand elles se prolongent, soient suivies de l'apparition de tumeurs utérines momentanées, commençant toujours à se développer sur un des bords de l'utérus, non loin de la ligne d'union du col avec le corps et pouvant atteindre un volume qui égale presque celui d'un œuf, pour disparaître entièrement plus tard, sans laisser de traces, si les hémorrhagies ont été pleinement arrêtées, notamment par l'emploi du sulfate de quinine.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Polaillon.

Opération de néphrectomie.

La nommée Louise M..., âgée de vingt-sept ans, blanchisseuse, entre, le 28 mars, à l'hôpital de la Pitié, salle Grisolle, n° 26, dans le service du professeur Cornil, alors suppléé par M. Chauffard. Son admission est motivée par une douleur et par une tuméfaction dans le flanc gauche.

Ses antécédents héréditaires n'offrent rien à noter. Réglée à quinze ans, ses menstruations ont toujours été irrégulières et ont cessé depuis deux ans. Aucune grossesse. En somme, santé assez bonne. Cependant, dès sa jeunesse, Louise M... a ressenti des douleurs dans le côté gauche de l'abdomen, douleurs souvent assez prononcées pour l'empêcher de courir et de jouer avec les enfants de son âge. De dix-sept à vingt et un ans, ces douleurs s'apaisèrent notablement ; mais depuis deux ans elles sont revenues, sans affecter les caractères de la grande attaque de la colique néphrétique. Elle n'a jamais constaté la présence de calculs ni de graviers dans ses urines.

Au commencement de février 1885 survient une poussée douloureuse aiguë dans le flanc gauche. Pour la première fois, le séjour au lit devient nécessaire. Les douleurs sont très vives et irradient, en bas, jusqu'au sommet de la cuisse, en haut, jusqu'à la base du thorax. Elles sont exaspérées par le décubitus latéral droit. En même temps la malade a des frissons répétés et de la fièvre pendant une dizaine de jours.

La tuméfaction du flanc gauche existait-elle déjà au moment de cette poussée inflammatoire? Il est difficile de le savoir. La ma-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 321.

lade affirme seulement que, depuis un mois et demi, elle ne peut plus mettre son corset.

A l'hôpital, M. Chauffard reconnaît que le flanc gauche est tuméfié, et constate dans sa profondeur une tumeur rénitente, qui semble dépendre du rein. En effet, deux ponctions aspiratrices, pratiquées à quatre jours de distance, évacuent chacune 200 à 250 grammes d'un liquide trouble, à odeur urineuse, et chargé de pus, qui se sépare par le repos. L'urine rendue par la miction laisse aussi déposer une couche de pus au fond du vase.

Pour compléter le diagnostic, M. Chauffard administra à la malade 2 grammes de salicylate de soude. Le lendemain il retrouva ce médicament dans le liquide extrait par une ponction du rein. Il injecta ensuite dans la poche purulente 1 gramme d'une solution de fuchsine; une heure après, l'urine était colorée en rouge. Par conséquent, la tumeur du flanc gauche était constituée par une poche kystique contenant de l'urine et du pus, communiquant avec le rein d'une part, et de l'autre avec la vessie, par l'intermédiaire de l'uretère. M. Chauffard en conclut qu'il avait affaire à une pyélo-néphrite, et admit l'existence probable d'un calcul oblitérant partiellement l'uretère. Il eut l'obligeance de m'appeler à visiter cette intéressante malade. Je partageai entièrement son diagnostic.

Comme la poche rénale se remplissait rapidement après les ponctions et que les ponctions n'apportaient qu'un soulagement éphémère aux souffrances très vives de la malade; comme, d'ailleurs, tous les organes étaient sains, et en particulier le rein droit, nous songeâmes, M. Chauffard et moi, à intervenir par une opération, la néphrotomie ou la néphrectomie.

Le 6 avril, Louise M... est transportée dans mon service, salle Gerdy, nº 21.

L'état général de la malade est assez satisfaisant. De temps en temps une poussée fébrile survient, et la température monte à 38°, 38°,8, 39° et même 39°,8. Chaque fois que la température s'élève, les douleurs du flanc gauche sont plus vives et les urines contiennent une plus grande quantité de pus.

La quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures oscille entre 900 et 1100 grammes. Ce liquide ne contient ni albumine, ni sucre, ni petits calculs.

La tumeur est fluctuante, très douloureuse à la pression. Elle s'étend verticalement depuis la onzième côte jusqu'à la fosse iliaque; transversalement, depuis une distance de trois travers de doigts en dehors de l'ombilic jusqu'aux muscles lombaires au-dessous desquels elle se perd.

Le toucher vaginal n'apprend rien. Les culs-de-sac sont libres et l'utérus normal.

Depuis longtemps, la patiente mange peu. Elle digère assez bien les aliments et ne vomit pas. Bien que son amaigrissement soit considérable, ses forces sont encore assez bien conservées. Mais il importe de ne pas retarder plus longtemps l'opération. Nous décidons qu'elle aura lieu le 30 avril.

L'opération fut pratiquée avec l'assistance de M. Chauffard.

La malade, endormie par le chloroforme, est maintenue couchée sur le côté droit. Précautions antiseptiques. Spray phéniqué.

Immédiatement en dehors des muscles de la masse lombaire, je pratique, avec le bistouri, une incision verticale qui s'étend du bord inférieur de la douzième côte à la crête iliaque. Arrivé sur les plans musculaires, je laisse le bistouri pour le thermo-cautère, et je pénètre, presque sans écoulement sanguin, jusqu'à un organe rouge foncé, qui est le rein. Nous sommes frappés de voir que cet organe est animé de mouvements très étendus de haut en bas et de bas en haut, mouvements qui correspondent aux contractions du diaphragme pendant la respiration.

Je décolle facilement avec le doigt toute la face postérieure du rein, ce qui me permet de constater qu'il a un volume considérable. Il s'étend depuis la voûte du diaphragme jusqu'au détroit supérieur du bassin; et en glissant plusieurs doigts sur sa face antérieure, je n'atteins pas son bord interne. Il est évident que l'incision n'est pas suffisante pour circonscrire le hile et y placer une ligature.

De l'extrémité inférieure de l'incision verticale, je fais partir une incision horizontale qui se dirige en avant, en suivant la crête iliaque, dans l'étendue de 6 à 7 centimètres. J'obtiens ainsi un lambeau triangulaire, qui va me donner assez de jour pour compléter l'isolement du rein et pour lier les vaisseaux de son hile.

Deux tentatives pour embrasser avec un fil le hile du rein échouent complètement. En cherchant la cause de cet échec, je sens profondément un gros calcul, qui est probablement contenu dans le bassinet, et qui m'empêche de pédiculiser la tumeur. Quelques pressions pour déplacer ce calcul provoquent la déchirure du tissu rénal. Immédiatement un flot de pus mélangé d'urine et de sang s'échappe par la plaie.

A partir de ce moment, l'opération devient facile. Une pince introduite dans le kyste rénal retire deux gros calculs, dont l'un se brise et est extrait en deux fragments. Comme la déchirure du rein saignait abondamment, je me hâte de faire attirer cet organe en dehors pendant que je place autour de son hile une ligature fortement serrée avec un fil de catgut double et de moyenne grosseur. Une seconde ligature avec un fil de catgut est serrée un peu au-dessus de la première. Puis le rein est détaché, avec des ciseaux, à 1 centimètre au-dessous de la ligature la plus inférieure. Par surcroît de précautions, j'applique encore, directement à la surface du pédicule, une ligature en catgut sur de gros vaisseaux béants.

Une artère de la paroi abdominale est liée avec un fil de soie. Le tronc du nerf abdomino-génital a été coupé par l'incision verticale. La cavité péritonéale n'a pas été ouverte. L'extrémité supérieure de l'uretère est comprise dans la ligature du pédicule.

A la place du rein enlevé, on voit une vaste cavité que je lave soigneusement avec de l'eau phéniquée au 20e. Enfin, l'hémostase étant complète, je rapproche les lèvres des incisions par quatre points de suture et j'établis un gros drain dans la plaie. Pansement de Lister.

L'opérée se réveille lentement; son pouls est très faible. On lui fait une injection sous-cutanée de 1 gramme d'éther. Portée dans son lit, elle reste dans un assoupissement profond jusqu'au milieu de la journée. Étant tout à fait réveillée, elle se plaint d'une grande douleur dans la région rénale gauche et de l'impossibilité de se remuer.

Vers cinq heures, émission de 250 grammes environ d'urine rougeâtre, qui n'a pas été conservée. Pendant la nuit, nouvelle émission d'une quantité égale d'une urine un peu noircie par l'absorption de l'acide phénique, mais ne contenant ni albumine ni sucre. Pendant les premières vingt-quatre heures, la malade n'a rendu qu'un demi-litre d'urine environ.

Température : soir, 38 degrés. Pouls très rapide.

A dix heures du soir, un vomissement bilieux.

Douleurs vives que l'on calme par une injection hypodermique d'un demi-centigramme de morphine.

1er mai. — Douleurs très vives dans le ventre, la jambe et la cuisse du côté opéré. — Température : 38°,4, le matin; 38°,8, le soir. Pouls à 120. Point de vomissement; point de phénomène alarmant. L'impossibilité de se soulever convenablement empêche de recueillir toutes les urines. On en recueille 150 grammes environ. Elles sont claires et ne contiennent plus de pus, pas d'albumine ni de sucre.

2 mai. — Premier pansement. Lavage de la plaie avec de l'eau phéniquée au 20e. Le drain est raccourci. Le flanc est déprimé. Point de ballonnement du ventre. Émission normale des gaz intestinaux. Les douleurs sont très amoindries.

Température : matin, 39°,3. Pouls, 120; soir, 39°,3. Pouls, 140.

Les urines contiennent 25 grammes d'urée par litre.

3 mai. — Les douleurs disparaissent de plus en plus.

Température : matin, 37°,5. Pouls, 132; soir, 38°,6. Pouls, 112.

4 mai. — Bien-être remarquable. Apparition des règles.

Température : 38 degrés le matin; 38°,8 le soir. Pouls, 120.

5 mai. — Second pansement. Lavage de la plaie avec une solution d'acide borique, parce que l'urine a une teinte un peu noi-

râtre. État très satisfaisant qui fait entrevoir une guérison prochaine.

Température : 38 degrés. Pouls, 112.

Émission d'un litre environ d'une urine claire, qui laisse précipiter des urates par le refroidissement.

Comme toutes les opérations aventureuses, la néphrectomie a été pratiquée beaucoup plus souvent à l'étranger que dans notre pays, où les chirurgiens respectent trop la vie de leurs semblables pour se laisser aller à des tentatives opératoires brillantes mais dangereuses, et dont l'utilité n'est pas démontrée.

Cependant, en consultant les faits publiés, on commence à entrevoir quelles sont les contre-indications et les indications de cette redoutable opération.

D'après la statistique de Rosenbach (Berl., Klin. Woch, 30 janvier 1882), 17 néphrectomies pour cancer, tubercule, tumeurs diverses, ont donné 12 décès ou 71 décès p. 100 ; tandis que 45 néphrectomies pour calcul pyélo-néphrite, hydronéphrose, rein mobile et fistule de l'uretère, n'ont donné que 16 décès, ou 36 décès p. 100. D'où il résulte que l'ablation du rein a des chances sérieuses de réussir toutes les fois que cet organe n'a pas subi une dégénérescence organique. Dans le cas contraire, les chances de survie à l'opération ne sont pas de 1 sur 3.

Le diagnostic d'une tumeur rénale est-il, d'ailleurs, assez précis, pour qu'on puisse en déduire l'indication de l'enlever ? Nous ne le pensons pas ; et nous n'en voulons pour preuve que la lecture des observations dont la plupart montrent le rein extirpé par hasard, soit qu'on l'ait pris pour un kyste de l'ovaire, soit qu'on l'ait trouvé adhérent à une tumeur abdominale. L'incertitude du diagnostic et le danger de l'opération nous portent donc à repousser, jusqu'à nouvel ordre, la néphrectomie pour les tumeurs malignes du rein.

Mais si l'on a affaire à une pyélo-néphrite calculeuse, à une fistule uretérale, à un rein flottant névralgique, le diagnostic peut s'établir avec certitude, la récidive cancéreuse n'est plus à craindre, la mortalité opératoire n'est pas en disproportion avec le bénéfice de l'opération. Dans tous ces cas, la néphrectomie doit être adoptée, comme le seul moyen de conserver la vie des malades ou de les délivrer d'une infirmité intolérable.

Deux accidents principaux rendent l'extirpation du rein particulièrement dangereuse ; ce sont l'hémorrhagie et la péritonite. Le procédé de choix est donc celui qui assure le mieux l'hémostase des gros vaisseaux du hile et qui ménage le plus complètement le péritoine. L'incision abdominale ouvre nécessairement la cavité péritonéale. Sa mortalité est de 55 p. 100. L'incision lombaire permet d'agir en dehors du péritoine, et donne une mortalité moindre de 33 p. 100 (d'après la statistique de Rosenbach). C'est évidemment ce dernier procédé qu'il faut préférer toutes les fois qu'il est possible.

Chez ma malade, la voie lombaire était tout indiquée. Pour faciliter la ligature des gros vaisseaux du rein, je me suis rapproché le plus possible de son hile en pratiquant l'incision tout à fait en arrière sur le bord externe des muscles de la masse lombaire. Mais l'espace qui existe entre la douzième côte et la crête iliaque n'est pas assez grand pour extraire un rein plus volumineux qu'à l'état normal. Aussi je conseille de prolonger l'incision en avant à 1 centimètre au-dessus de la crête iliaque. Cette incision en L donne assez de jour pour décortiquer, sans intéresser le péritoine, un rein qui descend jusque dans la fosse iliaque, et pour passer des ligatures autour de ses vaisseaux.

Il me paraît bien difficile de lier isolément la veine et l'artère, comme l'ont fait quelques opérateurs. Je me suis borné à lier en masse tout le pédicule, veine, artère et uretère. Mais je crois prudent de placer deux ligatures superposées, afin d'avoir plus de sécurité contre l'hémorrhagie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juin 1885. — Présidence de M. HORTELOUP.

COMMUNICATIONS

Obstruction intestinale ; laparotomie. — M. GILLETTE, à l'occasion de la communication faite par M. Cruveilhier, dans la dernière séance (voy. *Gazette des hôpitaux*, p. 494), relativement à un cas d'obstruction intestinale déterminée par un calcul biliaire, cite plusieurs faits analogues. Il se rappelle lui-même, étant élève de Michon, avoir observé une femme de soixante ans, atteinte d'une hernie crurale droite, réductible, et présentant cependant tous les symptômes d'un étranglement interne. M. Michon attendit trois jours sans intervenir et cette femme rendit par l'intestin une véritable grêle de calculs biliaires. M. Gillette regrette que, dans le cas de M. Cruveilhier, on n'ait pas pratiqué la laparotomie qui aurait pu sauver la malade.

M. CRUVEILHIER rappelle qu'il s'agissait d'une erreur de diagnostic qui a été commise par trois chirurgiens des hôpitaux et qu'il était à peu près impossible de ne pas commettre.

Enchondrome. — M. VERNEUIL présente un nouveau cas d'enchondrome du maxillaire supérieur qui présente ceci de particulier qu'on y a trouvé un petit séquestre central.

Nature et étiologie de la fièvre urineuse. — M. POLAILLON fait un rapport sur un travail de M. Ferey (de Meaux) ayant trait à la nature et à l'étiologie, dans certains cas, de la fièvre dite urineuse. Pour M. Ferey, cette fièvre urineuse n'est autre chose, dans ces cas, qu'un retour de la fièvre palustre après des opérations pratiquées sur les voies urinaires. Il cite plusieurs exemples dans lesquels il s'agit de malades ayant eu autrefois des fièvres palustres et qui, après certaines opérations telles que la circoncision, l'uréthrotomie interne, etc., furent repris d'accidents fébriles qu'on n'aurait pas manqué de caractériser de fièvre urineuse et qui n'étaient autre chose qu'un retour de la fièvre palustre. Dans ces cas, d'ailleurs, le sulfate de quinine a eu facilement raison de ces accidents, ce qui est une preuve de plus de leur nature paludéenne. M. Polaillon approuve complètement cette manière de voir.

Suppléance du nerf médian par le nerf cubital. — M. POLAILLON fait également un rapport sur une autre communication de M. Ferey, dans laquelle il s'agit d'une plaie par arrachement du coude ayant déterminé la destruction d'une partie du nerf médian. Or, dans ce cas, le nerf cubital suppléa complètement le nerf médian.

M. MARC SÉE, relativement à la première communication de M. Ferey, fait observer que ces cas de fièvre palustre récidivant après des opérations sur les voies urinaires sont des cas rares et qu'il y en a bien dans lesquels il s'agit véritablement de fièvre urineuse, sans aucun antécédent palustre.

M. POLAILLON rappelle que M. Ferey a bien spécifié que ces faits s'observaient dans certains cas et non pas dans tous les cas.

M. VERNEUIL a lui-même plusieurs fois appelé l'attention sur les difficultés de distinguer, dans certains cas, un rappel de fièvres intermittentes de la véritable fièvre rénale. L'exploration des urines, la douleur au niveau de la région rénale, dans les cas de néphrite, permettent cependant, le plus souvent, de faire ce diagnostic.

Thyroïdectomie. — M. LAGRANGE (de Bordeaux) lit une observation de thyroïdectomie qu'il a pratiquée selon le procédé de Julliard et qui a été suivie d'un plein succès. (Comm. : MM. Bouilly, Périer et Berger.)

Néphrectomie. — M. BERTAUT présente, de la part de M. Le Dentu, le malade auquel celui-ci a pratiqué, il y a deux mois, la néphrectomie pour un calcul volumineux et dont il a rapporté l'observation à l'Académie. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, p. 262.) La cicatrice est aujourd'hui complète; il n'y a pas trace de fistule. Ce malade a eu un peu de suppuration pendant deux mois, à cause des fils.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris, publiée sous les auspices de l'administration de l'Assistance publique (1).

Par Léon BRIÈLE, archiviste de l'Administration.

VII

Nous en avons déjà assez dit pour que le lecteur puisse se faire une idée, tant de l'administration temporelle que spirituelle de l'Hôtel-Dieu et de la façon dont les malades y étaient traités. Il est inutile de rap peler toutes les épreuves qu'avait eu à subir notre vieil hôpital, épreuves financières surtout et au milieu desquelles la maison des pauvres avait failli plus d'une fois sombrer. La charité publique avait tout sauvé.

Après les grandes épidémies de peste et de scorbut qui avaient ravagé et ravageaient encore les salles de l'hôpital, il s'était fait dans le public un courant d'opinions peu favorables au maintien de l'Hôtel-Dieu sur son emplacement. Nous sommes en 1768, à la fin du règne de Louis XV; il y avait déjà dans la population un certain vent de liberté qui donnait à chacun la hardiesse d'exprimer son opinion sur la chose publique, une certaine indépendance de langage et d'idées qui, s'accentuant chaque jour davantage, aboutissait, vingt ans plus tard, à la Révolution.

Les médecins commençaient à s'occuper de l'hygiène hospitalière dont, jusqu'à présent, il n'avait été tenu nul souci; tous ceux qui s'occupaient de philanthropie reconnaissaient tout ce qu'avait de détestables les conditions où se trouvait placé l'Hôtel-Dieu et s'en préoccupaient. Une ligue se formait contre ce vieil établissement et bientôt une guerre acharnée allait lui être déclarée. Bien entendu, la vieille administration formait le camp des opposants et l'on verra combien forte était sa puissance.

Dans ces conditions, il fallait peu de chose pour faire naître le conflit; l'incendie de l'Hôtel-Dieu, en 1772, en fut le motif.

Avant d'aller plus loin, nous devons, pour la compréhension de certains faits en apparence contradictoires, faire une légère incursion dans le domaine de la politique générale. C'est ainsi que nous rappellerons qu'en 1771 le chancelier Maupeou, voulant briser la résistance des parlements, les avait supprimés et remplacés par des (conseils). Le parlement de Paris partagea naturellement le sort des autres parlements de France. Le bureau de l'Hôtel-Dieu, qui était composé, comme on le sait, des hauts dignitaires de l'État et en particulier du premier président des trois cours souveraines, de l'archevêque de Paris, du prévôt des marchands, du lieutenant général de police, etc., le bureau, disons-nous, donna sa démission pour protester contre la politique du chancelier et la motiva ainsi qu'il suit dans une délibération en date du 4 août 1771 :

« Ce jour, la compagnie extraordinairement assemblée, sur la réquisition du plus grand nombre des membres qui la composent, et par billet, en la manière accoutumée, délibérant, en exécution de l'arrêté de vendredi dernier, sur les pièces renfermées au paquet y mentionné, et notamment sur la lettre du 28 juillet dernier, qui en fait partie, lecture faite de nouveau de la délibération du contenu de laquelle il résulte que l'on veut mettre incessamment la compagnie dans la nécessité de s'expliquer sur des objets sur lesquels son attachement aux lois et son respect pour le roi lui auraient fait désirer de garder, s'il eût été possible, le silence le plus absolu. . . . .

Tous messieurs soussignés ont unanimement déclaré qu'ils se démettent purement et simplement de l'administration de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital des Incurables, etc. »

Le 19 août suivant, 10 administrateurs nouveaux remplacèrent ceux qui avaient signé la délibération précédente et conservèrent leurs fonctions jusqu'en 1775, époque à laquelle les anciens administrateurs reprirent leurs fonctions.

Ce fut précisément pendant l'administration de ce bureau intérimaire qu'eut lieu l'incendie de l'Hôtel-Dieu en 1772. Il sera dès lors facile de s'expliquer les contradictions qui existent entre les délibérations de ce bureau composé en majorité de réformateurs et celles de l'ancienne compagnie qui, systématiquement attachée aux vieilles traditions, voulait à tout prix maintenir l'hôpital dans son emplacement séculaire.

Il était d'autant plus nécessaire d'établir ce fait que l'ancienne administration *se montra constamment opposée au déplacement de l'Hôtel-Dieu*, et, M. Brièle l'a indiscutablement établi dans sa préface, que, dans son *Étude sur les hôpitaux*, M. A. Husson, visant une délibération du 11 janvier 1773 terminée ainsi : « Le bureau a arrêté que les chefs de l'administration et deux députés du bureau se retireront près le ministre du département de Paris, à l'effet de supplier Sa Majesté de vouloir bien leur accorder une audience et leur permettre de lui représenter la *nécessité de rétablir l'hôpital dans un endroit plus salubre et plus commode...* » M. Husson, disons-nous, trompé par les termes formels de cette délibération, écrivait à la page 502 de son ouvrage sur les hôpitaux : « Les ruines de l'Hôtel-Dieu étaient encore fumantes que le bureau mettait en délibération l'opportunité de son déplacement et sa reconstruction sur un point plus salubre de la capitale, donnant ainsi lui-même le signal des réclamations et des écrits qui allaient bientôt surgir de toutes parts contre les développements excessifs qu'une charité plus ardente que réfléchie avait si imprudemment donnés à cette maison. »

Il ne faut donc pas croire que le bureau de l'Hôtel-Dieu était partisan de déplacer l'hôpital; loin de là, car dans toutes les délibérations que nous allons citer par la suite, nous le trouverons toujours opposé à ce déplacement. La délibération du 11 janvier 1773 ne doit être tenue que comme l'expression des idées d'administrateurs *de passage* et non pas comme celle de ce qu'on est convenu d'appeler le bureau de l'Hôtel-Dieu, tel qu'il était constitué depuis plusieurs siècles et tel qu'il le fut jusqu'à la Révolution.

L'Hôtel-Dieu avait donc failli être entièrement détruit par le sinistre de 1772; qu'allait-on faire de ce monceau de ruines? C'était la grande préoccupation du moment et les deux partis opposés se trouvèrent directement aux prises. Dès l'année 1773, nous trouvons des lettres patentes ordonnant la suppression de l'Hôtel-Dieu dont les *débris auraient été vendus* et donnaient aux deux hôpitaux de Saint-Louis et de Sainte-Anne l'extension nécessaire pour le remplacer.

A ces lettres patentes, les vieux administrateurs répondaient qu'une mesure aussi radicale aurait de funestes conséquences, qu'il fallait prendre des ménagements; aussi disaient-ils : *on améliorera, on perfectionnera*, mais *on ne détruira pas*. C'était la lutte des chefs de l'administration contre l'autorité supérieure, contre celle du roi lui-même, qui s'occupa activement de toutes ces questions, mais qui, mal secondé par son conseil et ses ministres, finit par reculer, et l'Hôtel-Dieu ne fut pas démoli. Le ministre disait : l'Hôtel-Dieu est d'une insalubrité reconnue; non, répondent les administrateurs, l'Hôtel-Dieu n'est pas insalubre, ceux qui tiennent de semblables propos ignorent les faits et l'Hôtel-Dieu ne peut être placé dans un lieu plus convenable à tous égards. Enfin parurent les lettres patentes du 22 avril 1781, disant que le projet de déplacement de l'Hôtel-Dieu était abandonné et qu'on se bornera à faire disposer cet hôpital de manière à pouvoir contenir au moins 3000 malades couchés seuls dans un lit et placés dans des salles séparées, selon les principales maladies dont ils seront atteints.

(1) Voir le numéro du 9 septembre 1884.

L'administration triomphait donc d'une façon éclatante et réduisait à néant tous les projets qui avaient été mis en avant et parmi lesquels nous devons mentionner celui proposé en 1776 par le ministre Maurepas, de transporter l'Hôtel-Dieu à l'hôtel royal des Invalides.

Tout n'était pas dit cependant, et un retour offensif était tenté par l'autorité supérieure en 1787. La question du déplacement de l'hôpital revient de nouveau à l'ordre du jour ; et, cette fois, c'est l'Académie des sciences qui, ayant été saisie de l'affaire, nomme des commissaires et dépose un rapport favorable au déplacement de l'Hôtel-Dieu. Mais, malgré l'autorité de cette savante compagnie, les lettres patentes de 1781 furent maintenues et les suites de ce nouveau projet encore une fois arrêtées. Désormais il ne sera plus question de ce fameux projet; gain de cause restait à l'administration; le vieil hôpital, tout insalubre qu'il était, resta sur le bord de la Seine; des améliorations furent apportées dans son fonctionnement, l'hygiène des malades fut perfectionnée et chaque malade put avoir un lit pour lui seul.

C'est pendant cette période de lutte dont nous venons de parler qu'eut lieu la fondation de l'hôpital Necker en 1780 par Mme Necker dont le mari était alors contrôleur général des finances. Cette femme d'esprit et de bien prit une part active à toutes les discussions relatives au déplacement de l'Hôtel-Dieu. Des conférences eurent lieu chez elle et, plus tard, chez le docteur Colombier, conférences auxquelles assistèrent les administrateurs de l'Hôtel-Dieu et où furent élaborées les principales réformes qui furent appliquées quelques années plus tard.

En 1787, le 29 mars, un code général renfermant les règlements sur les différents objets du service dans l'Hôtel-Dieu fut rédigé par une commission et définitivement approuvé par le bureau le 16 juillet suivant.

C'est à partir de cette époque que nous voyons les médecins obligés de faire deux visites par jour aux malades de leur service : la première à sept ou huit heures et la seconde à quatre heures.

Ces visites étaient annoncées par le son d'une cloche *suivant l'usage*, afin que tous les malades regagnent leur lit. Le médecin, dans ses visites, devait être accompagné de la sœur cheftaine de la salle, d'un infirmier ou infirmière, d'un garçon apothicaire et d'un chirurgien externe appelé *Topique*. Cahiers de visite pour inscrire les remèdes et qui devaient être signés par le médecin chaque jour. Nourriture des malades réglée par le médecin qui indiquera, selon les cas, des quarts, des demies ou des rations entières. Aucun malade ne devra être déplacé sans l'avis formel du médecin. Les religieuses chargées de la distribution du vin. Les potions devront être étiquetées du nom de la salle, du numéro du lit et du nom des malades par le garçon apothicaire; etc.

Tous ces règlements, comme on le voit, ont été conservés et sont encore en usage actuellement dans nos établissements hospitaliers ; quelques noms ont été modifiés avantageusement et nos externes ne portent plus le surnom de *Topiques*.

Avec la Révolution finissent les procès-verbaux des délibérations de l'Hôtel-Dieu.

Notre excellent confrère M. le docteur Després, en reprenant son service de la Charité, a été l'objet d'une manifestation des plus touchantes. La salle Sainte-Rose avait été tapissée, par les malades, de guirlandes, de drapeaux et de fleurs. Très ému de cette marque de sympathie, notre éminent confrère a vivement remercié ses malades.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17912.

8

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

11

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorragies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses : *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

99

Rapport favorable de l'Académie de médecine.

VINAIGRE PENNÈS

ANTISEPTIQUE, HYGIÉNIQUE.

Guérit les affections de la peau. Préserve des maladies épidémiques et contagieuses. Purifie l'air chargé de miasmes. Précieux pour les soins intimes et hygiéniques du corps.

Eviter contrefaçons en exigeant Timbre de l'Etat.

Détail : rue des Écoles, 49, et toutes pharmacies.
Gros : 2, rue de Latran, Paris.

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau ; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy ; 10, r. Port-Mahon.

78

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

133

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

35

GOUTTES DE HOLLANDE.

CAPSULES FROMENT

A *l'huile pyrogénée du Juniperus oxycedrus et au benzoate de lithine.*

Contre la gravelle, les coliques néphrétiques et hépatiques, la lithiase biliaire, le catarrhe vésical chronique, les affections goutteuses, rhumatismales, spasmodiques, etc.

Très recommandées pour leurs remarquables propriétés dialytiques.

Chaque capsule contient 4 gouttes.

Dose ordinaire, de 2 à 4 capsules par jour.

3 francs la boîte de 30 capsules.

Gros : phie normale à Marseille, 52, rue de Rome.
Détail : dans toutes les phies. — REMISES D'USAGE.

91

TAMAR INDIEN GRILLON

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation* et affect. qui l'accompagnent : *Hémorrhoïdes, bile, migraine, manque d'appétit, embarras gastrique*, etc., sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc. **Ph. GRILLON**, 28, r. Grammont, Paris. Bte, 2 f. 50.

25

DIATHÈSE URIQUE

Goutte, gravelle, rhumatisme, coliques néphrétiques, coliques hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine.
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

7

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

57

IODE LIBRE, CAPSULES BOUÉ

Elles en contiennent chacune un centigramme.

En détruisant les MICROBES, l'iode libre *prévient et combat* les épidémies et les maladies contagieuses, c'est le meilleur spécifique contre les affections des bronches et de la poitrine.

4 à 8 par jour aux repas. — **3** fr. le flacon.

Paris, 34, rue Grenier-Saint-Lazare.

58

RHUMATISMES, GOUTTE, GRAVELLE

PRISES DOSÉES A 50 CENTIGRAMMES

SALICYLATE DE SOUDE CRISTALLISÉ

SCHLUMBERGER ET CERCKEL

26, rue Bergère, Paris.

Seuls concessionnaires du brevet KOLBE *pour l'acide salicylique et ses dérivés.*

La prise est la seule forme qui permet de constater la pureté et la qualité du salicylate, qui se présente sous l'aspect de paillettes ou cristaux nacrés.

La division en paquets de 50 centigrammes facilite l'administration du médicament que l'on peut varier suivant le goût du malade qui le prendra dans de l'eau gazeuse, de l'eau rougie ou légèrement alcoolisée, limonade, thé, tisane, etc., à volonté. (Boîte, **3** francs.)

Le SALICYLATE DE LITHINE en pilules dosées à 10 centigr., particulièrement efficace contre la goutte et la gravelle (fl. de 60 pilules, **5** francs), 4 ou 5 par jour.

Exiger la marque et cachet SCHLUMBERGER et CERCKEL comme garantie de pureté. — Dépôt, A. CHEVRIER, pharmacien de 1re classe, 21, rue du Faubourg-Montmartre, Paris et toutes phies.

2

CHATEL-GUYON GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concerts Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

1

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

65

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique et les fièvres intermittentes, on prescrit ds les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café **Elixir de Boldo-Verne**. — VERNE, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies de France et de l'étranger.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

39

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 5 francs par semaine. GAZ, 0f,10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boite, 130 francs.

Phie LIMOUSIN ✻, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

49

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex no* 603).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, Phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

92

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse*.

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.
2 fr. 50

EN BAINS : un flacon pour un bain *incolore et sans odeur*.
1 fr.

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 66. — MARDI 9 JUIN 1885. 58e ANNÉE. MARDI 9 JUIN 1885. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.** »	— 6 mois · **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Després.

I. Mammite chronique; hystérie réveillée par la lésion du sein. Guérison de la contracture hystérique parallèlement à la lésion éloignée. — II. Épithélioma, ablation; huit ans sans récidive. — III. Drainage du kyste du corps thyroïde.

(Leçon recueillie par M. de Tornery, interne du service.)

I. La première partie de cette observation a été publiée (*Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 1137). Le lecteur a vu que la malade avait voulu sortir de l'hôpital avant guérison complète. Peu de temps après la sortie qui eut lieu le 13 octobre 1884, la malade consulta un médecin qui fit enlever le tube à drainage.

Aussitôt, nouvelle inflammation de la mamelle, récidive de la mammite, et la malade se décida à rentrer à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Rose, n° 17, le 7 février 1885.

La mamelle était le siège d'une induration étendue, et il sortait, par les orifices par lesquels passait jadis le drain, du pus bien lié; la contracture du pied gauche était encore plus accusée que l'année dernière.

Trois drains furent placés successivement dans la mamelle; le traitement général de l'hystérie (les pilules de Méglin et les bains alcalins hebdomadaires) fut institué. Nous ne nous sommes pas occupé de la contracture.

Le 31 mars, le sein qui était en meilleur état, grâce au drainage, ne donnait presque plus de pus, et les règles qui étaient supprimées depuis trois mois reparurent. Le 2 avril, la malade eut une légère attaque de nerfs, et, le 4 avril, la contracture du pied avait disparu.

La malade n'est pas guérie de son hystérie; elle a toujours de la rétention d'urine et se sonde elle-même; elle a des douleurs passagères dans les régions ovariques, mais elle est du moins guérie de la contracture du pied.

Ce fait, outre l'intérêt déjà signalé (*Gazette des hôpitaux*, 1884), la coïncidence de l'hystérie avec la lésion du sein, présente aujourd'hui de l'intérêt à un autre point de vue. La guérison de la mammite entraîne la disparition de la contracture. C'est la confirmation nouvelle du rapport entre l'hystérie et la maladie du sein. Quant à l'amélioration générale de la santé de la malade, à la suite de la réapparition des règles et d'un accès d'hystérie, ce sont là des choses bien connues depuis les anciens travaux de Briquet et de Beau.

II. A côté de ce premier fait intéressant, je veux vous en signaler un autre :

Épithélioma tubulé de la lèvre. Huit ans de guérison durable à la suite de l'ablation. — La récidive à la suite des ablations des cancroïdes des lèvres est généralement rapide; les survies de quatre ans sont exceptionnelles. Nous vous présentons aujourd'hui un fait encore plus exceptionnel, sans vouloir prouver autre chose que ce vieil adage : L'exception prouve la règle.

Il est mort, dans notre service, d'une pneumonie double, un vieillard de soixante-douze ans, qui venait à Paris dans le but de se faire opérer d'un cancroïde de la lèvre inférieure; nous n'avons pas eu le temps de l'opérer, mais son histoire offre un grand intérêt.

En 1872, A... (Jean), bûcheron et sabotier, à la suite d'une écorchure de la lèvre supérieure, alla consulter à l'hôpital de Chinon, son pays. Là, le chirurgien diagnostiqua un épithélioma du bord muqueux de la lèvre et en pratiqua l'ablation. Moins de deux mois après, la récidive survint, et le malade vint à Paris et entra à l'hôpital Cochin, dans le service que j'occupais alors, le 28 juillet 1873. Il existait un épithélioma ulcéré de la commissure droite, de l'étendue d'une pièce de dix centimes, mais il n'y avait pas de ganglions sous-maxillaires.

Le 4 août 1873 j'enlevai la tumeur largement, et pour réunir la plaie je dus tailler un lambeau sur la joue et le faire glisser pour le réunir à la lèvre supérieure. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé. Le malade eut un érysipèle de la face le seizième jour, ainsi que cela est assez fréquent dans les autoplasties de la face qui ont exigé des déplacements du tégument et des tiraillements des lambeaux. Le malade sortit guéri le 15 septembre 1873.

C'est ici qu'apparaît l'intérêt majeur de cette observation. A... retourna dans son pays, et pendant huit années il reste complètement guéri. S'il était mort à la fin de cette époque, on n'aurait pas manqué de dire, comme certains chirurgiens, que le malade avait été guéri de son cancer par l'opération. Mais le malade a vécu, et alors en 1881 il vit apparaître sur la lèvre inférieure près de la commissure, sur le bord muqueux de la lèvre, une petite tumeur de la grosseur d'un pois. Le mal crut lentement, et en même temps il se produisit sur la joue gauche une autre tumeur, et sur divers points de la face, des petits amas épidermiques que l'on appelle *noli me tangere.* Le malade entra à la Charité le 11 mars 1885; fidèle à son ancien chirurgien, il venait se sou-

mettre à une nouvelle opération. L'épithélioma de la lèvre avait environ l'étendue d'une pièce de 2 francs.

Ce malade toussait depuis quelque temps et mangeait peu ; cela empêcha toute intervention chirurgicale, et, malgré les soins nécessaires, la bronchite se généralisa et emporta le malade.

C'est là, on le voit, un exemple de cancroïde à marche lente, terminé après une évolution de treize années, avec huit ans de guérison complète, par une maladie accidentelle. L'autopsie a du reste montré qu'il n'y avait aucune métastase dans les viscères.

III. Voici enfin un troisième fait qui n'est pas moins instructif que les précédents :

Kyste du corps thyroïde; drainage. Guérison rapide. — Le nommé T... (Joseph) est entré dans nos salles le 19 janvier 1885.

Ce malade, d'une belle santé d'ailleurs, est originaire de la Savoie (canton d'Albertville) et habite Paris depuis six ans. Il y a deux ans environ que le cou a grossi, et une tumeur a paru sur la ligne médiane. Elle gênait le malade, et celui-ci se sentait essoufflé quand il se livrait à un travail plus fort que d'habitude.

A son entrée à l'hôpital, j'ai diagnostiqué un kyste du corps thyroïde, ce que Maunoir appelait l'hydrocèle du cou. Voici les signes sur lesquels j'ai fondé mon diagnostic : La tumeur, parfaitement arrondie, du volume d'une orange de moyenne grosseur, située exactement sur la ligne médiane sans changement de couleur à la peau, était parfaitement fluctuante, insensible à la pression, et de plus elle montait et descendait à chaque mouvement de déglutition ; de plus, le malade était d'un pays où les affections du corps thyroïde sont très fréquentes.

Enfin la tumeur était manifestement située au-dessous du cartilage thyroïde et sur la ligne médiane, là où l'on rencontre le plus souvent ce genre de kyste. Vous le voyez, il était impossible de songer à une hydropisie de la bourse séreuse située au-devant de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde, ou à un kyste ganglionnaire.

Par le temps qui court et où l'on multiplie les opérations plus ou moins utiles pour les tumeurs du corps thyroïde, beaucoup seraient peut-être tentés de faire l'ablation du kyste. Je m'en tiendrai à une ancienne opération dont le résultat est sûr, et que le drainage de Chassaignac a rendu plus pratique, je veux parler de la destruction du kyste par la méthode suppurative. Avec ce procédé, je suis sûr de ne point ouvrir les diverses loges de l'aponévrose cervicale et d'éviter les fusées purulentes.

Voici comment il faut procéder sur la partie saillante de la tumeur à droite ou à gauche : On ponctionne avec un trocart calibre 16, en se rapprochant le plus possible du bord interne du muscle sterno-mastoïdien d'un côté, et on fait ressortir le trocart du côté opposé, toujours en rasant le bord interne de l'autre sterno-mastoïdien (il ne faut pas en effet comprendre les muscles dans l'anse de caoutchouc qui sert de drain).

Si, dès le lendemain, il survient de l'inflammation, il n'y a qu'à attendre ; sinon, s'il n'y a point d'inflammation, on pratique une injection de teinture d'iode pure, et on en laisse une partie dans le kyste. Il se développe alors une vive inflammation, et dans un espace de trois mois d'ordinaire, la suppuration est tarie ; on retire le drain, et le mal guéri ne récidive jamais. On panse tout le temps avec le cataplasme de farine de graine de lin ; c'est le pansement qui soulage le plus le malade et qui tient le mieux.

Nota. — L'opération a été pratiquée le 21 janvier ; la température n'ayant pas monté dans les quatre jours qui suivirent, il était évident qu'il n'y avait point d'inflammation.

Le 26 janvier, M. Després pratique une injection iodée. Le soir, la fièvre et l'inflammation cherchées parurent. Le malade eut 39 et 40 degrés pendant six jours ; puis la température descendit à 38 degrés, et l'appétit et le mieux parurent le 5 février. A partir de ce jour, une suppuration franche s'établit. Le 10 février toute trace de fièvre avait disparu, quoique la suppuration fût abondante.

La suppuration est tarie le 26 février ; les orifices par lesquels passe le drain bourgeonnent néanmoins, malgré le bon état. M. Després laisse le drain jusqu'au 20 mars. Aussitôt le drain enlevé, les ouvertures ne donnent plus trace de liquide. M. Després cautérise encore deux fois les ouvertures avec le crayon de nitrate d'argent. Le malade sort entièrement guéri le 25 mars et avec une rapidité qui ne peut être expliquée que par l'intensité de l'inflammation et la belle santé du malade.

HOTEL-DIEU DE SAINT-MALO. — M. Martel.

Deux cas de monoplégie brachiale.

1° *Contusion du plexus brachial.* — Un homme dans la force de l'âge reçut sur l'épaule droite (avril 1882) un sac de plâtre très lourd. Au début, la contusion violente produisit une douleur locale assez intense pour masquer les troubles fonctionnels, mais lorsqu'elle fut dissipée, il devint facile de voir que le membre supérieur droit était paralysé. L'état du début resta stationnaire ; la perte de mouvement occupait toutes les parties du bras, depuis le deltoïde inclusivement. Elle n'était pas absolue toutefois, car il y avait quelques contractions volontaires dans des points disséminés, vers l'avant-bras, la région postérieure surtout, avec de légers mouvements des doigts.

La sensibilité n'était pas éteinte, mais diminuée, au point de permettre la tolérance de courants faradiques énergiques.

Ceux-ci constituèrent presque tout le traitement, avec l'adjonction de bains sulfureux, de vésicatoires, etc. Je ne pus employer les courants galvaniques. Il n'y eut aucune amélioration, et les mouvements conservés ne purent arriver au point d'une utilisation pratique quelconque. Après cinq mois passés de séjour dans mon service, cet homme qui n'appartenait pas à la commune, fit régler sa situation comme impotence définitive par la Compagnie d'assurances. Je ne sais ce qu'il est devenu depuis cette époque.

2° *Monoplégie attribuée à la section des nerfs du bras, mais en réalité d'origine cérébrale.* — L'été dernier je reçus dans nos salles un paysan âgé de cinquante-deux ans, qui, huit jours auparavant, dans un accès de désespoir (il venait d'être ruiné par la grêle) s'était coupé les testicules et tranché la gorge avec un rasoir ; puis il a eu, croit-il, un accès de fièvre chaude, ne se rappelle pas ce qui s'est passé, et le lendemain matin, sortant de ce délire ou de ce sommeil, il s'est aperçu qu'il avait le bras gauche paralysé. Il avait perdu beaucoup de sang, et est encore pâle et faible. Le médecin, qui l'a vu d'abord, lui a dit qu'il s'était coupé « le nerf » du bras.

Les plaies suppurent et sont en voie lente de cicatrisation, tant à cause de l'état semi-cachectique du sujet que de sa saleté extrême. La plaie génitale n'offre rien de particulier ; les bourses sont rasées, mais la verge est intacte.

Au niveau de la partie moyenne du cartilage thyroïde existe une plaie transversale avec décollement de la peau. Mais le stylet ne pénètre qu'à une petite distance, et étant donnée la nature de l'instrument vulnérant, il est absolument impossible que non seulement la totalité du plexus brachial, mais même aucune de ses branches ait été atteinte.

Il n'y a aucune trace de traumatisme à la tête. Le malade ne pourrait être tombé que de son lit.

Le bras gauche est absolument privé de mouvement dans toutes ses parties, sans exception, et les muscles scapulaires, le grand dorsal, le grand pectoral, sont à peu près également atteints. La sensibilité est peut-être un peu engourdie, mais n'est pas éteinte. Aucun trouble de la sensibilité ni du mouvement, ni dans la face, ni dans le membre inférieur du même côté.

Outre l'affaiblissement hémorrhagique, il y a de la céphalée médiocre mais par instant, un état de stupeur intellectuel, san délire, sans troubles de la parole, qui fait de ce malade un vrai

cérébral. Aussi mon diagnostic est-il tout différent de celui de l'entrée.

L'application du courant faradique démontra aussi l'intégrité de la contraction musculaire, et je considérai la paralysie comme d'origine centrale due à quelque hémorrhagie limitée, qui se sera produite pendant cet accès cérébral qui a été caractérisé par des actes délirants (mutilation et tentative de suicide), et enfin par la perte de connaissance.

Après avoir relevé les forces par un régime doucement tonique, combattu la céphalée par des purgatifs doux, et amené la cicatrisation aussi bien par l'emploi des moyens antiseptiques que par le relèvement des forces, j'ai constaté au bout d'un mois l'état stationnaire de la paralysie, avec quelque tendance à la rétraction dans le sens de la flexion, de l'avant-bras et des doigts.

L'électrisation faradique seule n'a pas produit de résultats appréciables.

J'ai pratiqué alors des injections sous-cutanées de strychnine, à doses croissantes, jusqu'à produire quelques phénomènes d'excitation cérébro-spinale. Dès la première injection, il y a eu retour appréciable de la contractilité volontaire dans les muscles voisins de la piqûre (partie supérieure du membre) et graduellement le retour s'est étendu aux mouvements de l'avant-bras et de la main. Mais il a fallu lutter contre la tendance à la rétraction par des mouvements communiqués et par le travail volontaire.

Après six semaines environ de ce traitement et quatre mois de maladie, le malade est retourné dans son pays, avec un membre utilisable bien que plus faible qu'avant l'accident.

J'ajouterai, quoique ce détail soit en dehors du sujet, que, dans le mois qui a suivi, le malade, assez indifférent à l'état de veille et peu affecté de cette frigidité (il a passé la cinquantaine et a quatre enfants), le malade, dis-je, a éprouvé à plusieurs reprises des érections pendant le sommeil, avec rêves voluptueux, et deux fois a eu des pollutions dont le produit n'a pu être examiné. Déjà j'ai remarqué ce fait sur des malades castrés, d'un seul côté il est vrai, et guéris avec suppuration médiocre. Les pollutions voluptueuses nocturnes se produisaient pendant la période de suppuration et disparaissaient un peu plus tard. Je ne sais si le fait a été signalé, mais il doit être fréquent sinon habituel.

Nous avons donc eu ici tous les signes d'une lésion centrale, aussi bien dès le début que dans l'évolution ultérieure de la maladie. Je n'ai pas noté, mais je crois me rappeler que les artères étaient athéromateuses, bien que le sujet n'avouât pas être alcoolique. La dégénérescence artérielle me paraît fréquente et précoce chez nos paysans, par le fait sans doute de l'alcoolisme *moyen*, dont ils n'ont pas même conscience, mais aussi certainement de la misère physiologique causée par des travaux excessifs et une alimentation généralement insuffisante.

La lésion a-t-elle attaqué les parties corticales du cerveau ou les parties médullaires? Je penche vers la première opinion, à cause de la prompte restitution des mouvements à la suite d'un traitement excito-moteur. La destruction d'un grand nombre de fibres conductrices nécessaire pour expliquer la gravité du trouble fonctionnel ne serait pas susceptible d'une aussi prompte réparation ou d'une suppléance aussi complète. Mais je n'insiste pas, ne me sentant pas la compétence nécessaire pour trancher cette question.

L'origine centrale de la paralysie dans ma deuxième observation n'est pas discutable, pas plus que le fait inverse pour la première, où le traumatisme a été la cause certaine de la paralysie, par compression violente du plexus brachial entre la clavicule et la première côte. Malgré la violence du choc (le sac de plâtre doit peser au moins 100 kilogrammes), un certain nombre de fibres nerveuses, du nerf radial surtout, a été préservé de l'écrasement général par les conditions anatomiques, différence de courbure des os et interposition de quelques parties molles, ce qui explique la conservation de quelques mouvements partiels, soit volontaires, soit provoqués, d'une portion notable de la sensibilité, et l'absence de troubles vaso-moteurs. L'atrophie musculaire était du reste évidente et incontestable.

Tandis que, dans le second cas, la flaccidité excessive du début a fait place à la contracture, puis à la restitution du mouvement, dans la première nous voyons au contraire les symptômes masqués par la lésion locale se prononcer de plus en plus vers l'abolition pure et simple des fonctions nerveuses, sans aucune tendance à la contracture.

DU TARASSIS

Par M. le docteur Lanoaille de Lachèze

Les lecteurs de ce journal n'ont peut-être pas perdu complètement le souvenir de mon article sur le tarassis, inséré en 1884 dans les n°s 130, 133 et 134 de la *Gazette des hôpitaux*. S'ils y trouvèrent de l'intérêt, ils accueilleront avec faveur, j'aime à le croire, le récit d'un nouveau fait à l'appui de la thèse que je développais alors. Inutile de recommencer à ce propos l'exposé général de la question. Qu'il me suffise de reproduire les lignes suivantes :

« Le tarassis est fréquent dans le sexe masculin. Bien des médecins militaires ont occasion de le constater sur leurs recrues de chaque année. Au préjugé seul on doit de ne le découvrir presque jamais, ni dans les cas indécis, ni dans ses manifestations les plus évidentes. »

Le dernier contingent m'a fourni mon lot de tarassiques. Ils ne se présentent pas tous avec un égal degré d'évidence, cela va sans dire. Chacun d'eux a son cachet particulier, mais pas un ne laisserait place au moindre doute s'ils relevaient directement du sexe féminin. Toutefois, dans un sujet comme celui-ci, où de nombreuses convictions flottent encore incertaines, l'essentiel est de produire des faits indiscutables pour entraîner la persuasion. A ce point de vue, l'un de mes malades présente un intérêt particulier. C'est son histoire que je vais conter, en la résumant aussi compendieusement qu'il me sera possible de le faire sans être obscur ou incomplet.

Observation. — C... naquit le 1er avril 1863 dans un petit bourg de l'Aube. Il exerçait naguère la profession de bonnetier.

Le seul antécédent de famille important à noter se retrouve chez le père, qui fut alcoolique et grand fumeur. Cet homme a succombé à une angine de poitrine.

Quant aux antécédents personnels, C... a une conduite régulière : il est sobre. Aux premiers temps de son enfance, il eut des convulsions. Des défaillances subites se sont produites à diverses reprises pendant l'adolescence. Il commença à souffrir dans le dos dès l'âge de dix ans, lorsqu'il se courbait pour écrire. La lecture lui donnait aussi des céphalées frontales. Depuis cinq années, il a été traité pour un mal de Pott à l'aide de vésicatoires et de cautérisations ignées dont on retrouve les empreintes au long de la colonne vertébrale. En 1884, il eut à souffrir d'un zona, qui a laissé sa trace sur le côté gauche de l'abdomen.

État actuel ; côté physique. — Taille, 1m,60 ; périmètre thoracique, 0m,81 ; bonne musculature ; teint pâle.

A la moindre pression, les premières apophyses épineuses dorsales, dont aucune ne forme de proéminence appréciable sur ses

voisines, accusent une sensibilité excessive avec retentissement modéré vers l'épigastre. Sous l'influence de la douleur ainsi provoquée, la colonne vertébrale ondule et fléchit en arrière avec tout autant de souplesse qu'elle en montre dans la névralgie spinale. Le mal de Pott, même au début, est loin de permettre une aussi grande mobilité et un tel luxe de mouvements. Nulle douleur en ceinture ne fut remarquée par le malade à aucune époque.

La moitié gauche des téguments est insensible à la douleur. Conformément à une règle presque absolue, le sujet ne soupçonnait pas ce fait avant l'examen médical. A la face, à la langue, au cou, au thorax, à l'abdomen, au membre supérieur, au membre inférieur, une épingle profondément enfoncée dans la peau ou dans la muqueuse, détermine une sensation de contact sans produire de souffrance. Cependant elle se fait vivement sentir au niveau de la région sacro-lombaire, particularité que j'ai notée à divers degrés d'évidence dans nombre d'observations similaires.

Partout persiste le tact; mais il se montre émoussé partout. A gauche, le sentiment musculaire est engourdi, et la main laisse parfois échapper les objets, quand l'attention se porte ailleurs. Les différences de température sont moins exactement appréciées du côté gauche que du côté droit. Des constatations analogues se retrouvent dans le chatouillement et dans le passage des courants électriques faibles. Si les courants augmentent d'intensité, au contraire, la douleur profonde qu'ils déterminent vers les masses musculaires se supporte encore à droite alors qu'elle devient intolérable à gauche. Il y a là une hyperesthésie sous-cutanée que la compression digitale réveille, elle aussi, en divers points du corps, principalement à l'épigastre, au niveau des fausses côtes, dans le flanc et sur le testicule gauches.

Le membre inférieur gauche, un peu traînant à la marche, trahit la coexistence d'une légère parésie.

Le pouls, régulier, ne descend guère au-dessous de 90 pulsations à la minute. Faible voussure précordiale. Point de bruit anormal dans l'organe central de la circulation.

Transpirations axillaires abondantes.

Des envies de vomir, rarement suivies d'effet ou n'aboutissant qu'à une petite gorgée de liquide, se montrent par périodes, qui alternent avec des époques d'épreintes fécales insuffisamment justifiées.

Des insomnies plus ou moins prolongées tourmentent le malade, qui les attribue à ses douleurs de dos. Elles cèdent à la suggestion. C'est d'ailleurs un résultat que l'on obtient avec facilité chez la plupart des tarassiques, après une courte éducation préliminaire. Point n'est besoin pour cela d'assister à leur petit coucher. Il suffit de leur donner les instructions nécessaires pendant un sommeil de quelques instants, provoqué à une heure quelconque de la journée.

Au repos hypnotique, le bras gauche s'agite de secousses électroïdes perceptibles à peine.

Le côté droit est sain dans toute son étendue, avec un léger retard, peut-être, pour les divers modes de sensations.

A gauche comme à droite, on ne constate aucun trouble ni du goût, ni de l'odorat, ni de l'ouïe, tandis qu'il existe une amblyopie binoculaire très accentuée. J'ai présenté le sujet à M. Charcot. Après m'avoir fait l'honneur de confirmer pleinement mon diagnostic, le professeur de la Salpêtrière a prié M. Parinaud de procéder à l'examen du champ visuel, que cet habile praticien a trouvé réduit dans une proportion considérable, avec la particularité, déjà signalée par lui comme caractère presque spécial à l'affection, que le cercle du bleu se trouve beaucoup plus diminué que le cercle du rouge.

Ainsi qu'il arrive souvent dans la phase d'état, l'appétit génital est des plus modérés. Mes recherches sur ce point de physiologie pathologique ont toujours provoqué des réponses nettement affirmatives dans le sens d'une anaphrodisie plus ou moins accusée. Il n'y a pas à suspecter ici la bonne foi du tarassique, parce que l'amour-propre de l'homme jeune ne le dispose jamais à tirer vanité de son impuissance.

Pour terminer, je note une nouvelle et toute récente poussée de zona au pavillon de l'oreille gauche.

État actuel; côté mental.— La matière commande une grande réserve. On ne saurait trop s'y tenir en garde contre soi-même et se défier de sa propre sagacité. Cependant les auteurs qui procèdent à l'étude attentive du tarassis féminin relèvent tous des bizarreries dans l'attitude morale de leurs clientes. En est-il de même chez l'homme? Oui, sans doute; et les conditions spéciales dans lesquelles j'observe, ont, antérieurement déjà, mis à ma disposition un petit nombre de constatations du même ordre. Mais, sous ce rapport, l'exemple actuel reste à peu près infécond. Tout au plus y découvre-t-on deux ou trois indications vagues, auxquelles il serait puéril de vouloir accorder une signification exagérée.

Le lecteur jugera.

Et d'abord, C... montre toute indifférence pour la gravité du mal dont il se croit atteint. Il dépeint le noir tableau de sa carie vertébrale et de son affaiblissement prochain avec une étonnante sérénité. Le contraste qui existe entre le sujet de son discours et la façon dont il le traite a quelque chose de plaisant.

En second lieu... Mais c'est ici surtout qu'il faut craindre d'attacher une importance trop grande à la valeur de la remarque.

Voici le fait :

Comme je demandais un jour à mon tarassique si d'aventure il se sentait impérieusement dominé par le besoin d'une excitation génitale solitaire excessive : « Je suis marié, » répliqua-t-il incontinent.

Ainsi, malgré la modération de son appétit viril, C... se trouva capable de séduire à son heure; puis, afin de régulariser par avance la position à venir d'un enfant aujourd'hui plein de vie, il se maria en 1883, avant d'avoir satisfait au service militaire. Et c'est sous les dehors de la plus entière insouciance qu'il subit une situation de famille faite pour lui causer des préoccupations sérieuses. Loin de la mettre en relief, avec le dessein de m'apitoyer sur son sort, il ne me l'a révélée qu'incidemment et par hasard.

Tout cela est-il ordinaire?

Troisièmement enfin, la tendance au mensonge sans motif apparent, si fréquemment consignée dans la littérature médicale, s'est fait jour au moins une fois pour le cas présent.

Alors, en effet, que je me livrais à la recherche des antécédents héréditaires, le malade ne mit aucune hésitation à m'affirmer que son père avait toujours vécu comme un modèle de sobriété. Or, le médecin de la famille m'a montré depuis ce qu'il fallait penser d'une telle assertion. Contraint ainsi de confesser la petite imposture dont il s'était rendu coupable envers moi, C... n'y est arrivé que par des phrases entortillées sous toutes sortes de circonlocutions. Il n'a point le culte de la vérité. Certes, je devais m'en douter, pour avoir lu dans quelque endroit jadis :

Et je sais même sur ce fait
Bon nombre d'hommes qui sont femmes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 mai 1885. — Présidence de M. d'Arsonval.

COMMUNICATIONS

Origine et nature des lésions oculaires. — M. PONCET communique l'observation d'un officier qui a présenté une lésion du trijumeau. Il s'agit d'un homme robuste, nerveux, ayant eu des antécédents rhumatismaux ou peut-être même syphilitiques. Vers la fin de 1884, il fut pris d'une névralgie extrêmement intense sur le trajet du facial gauche; puis, un peu plus tard, il eut de la surdité à droite; il vit les images doubles et présenta les signes de la paralysie du moteur oculaire commun. Les phénomènes d'hyperesthésie avaient donc fait place à une paralysie limitée. Il y avait de l'anesthésie du côté gauche. L'œil présentait de la rougeur au niveau de la conjonctive. La cornée était dépolie; il y

avait une tache blanche au centre. On constatait, en outre, l'anesthésie du côté gauche de la face, la paralysie de la sixième paire, et l'anesthésie du maxillaire supérieur.

Ce malade fut soumis à un traitement antirhumatismal, puis à un traitement antisyphilitique; on n'obtint aucun résultat; il y eut même de l'aggravation. M. Poncet se décida à faire la ponction de la cornée. La cicatrice est parfaite. Il s'agissait d'une kératite avec hypopyon. Jamais ce malade n'accusa de douleurs profondes; il n'eut ni cyclite, ni choroïdite. Il est maintenant complètement guéri.

Persistance de l'activité fonctionnelle après la décapitation. — M. LABORDE rappelle que M. Brown-Séquard a démontré, il y a trente ans, que la persistance de l'activité fonctionnelle du cerveau durait jusque vers la vingt-deuxième minute après la décapitation. Les expériences auxquelles vient de se livrer M. Laborde sur la tête du dernier supplicié confirment absolument cette opinion. Les expériences sur les animaux d'abord ont amené M. Laborde à conclure que l'excitabilité cérébrale persiste, comme chez l'homme, jusqu'à vingt-cinq à trente minutes. Chez certains animaux, dans certaines conditions, comme chez le chat nouveau-né, par exemple, cette persistance peut aller jusqu'à deux heures et demie. Donc chez les animaux, comme chez l'homme, la limite de la persistance de l'excitabilité cérébrale après la mort paraît être de vingt-cinq à trente minutes.

Quel est le rôle de l'hémorrhagie? On sait qu'il reste après la décapitation, dans les vaisseaux capillaires de la tête, une certaine quantité de sang oxygéné. D'ailleurs, alors même que le cœur est violemment arraché de la poitrine d'un animal, de façon à déterminer une hémorrhagie immédiate, absolue, la limite de la persistance de l'excitabilité cérébrale est encore de vingt-cinq à trente minutes.

En résumé, l'excitabilité du cerveau persiste après la mort pendant un temps aujourd'hui parfaitement déterminé, chez l'homme comme chez les animaux, en dehors de la circulation.

Transplantation d'un œil de lapin chez l'homme. — M. JAVAL lit une note de M. Chibret (de Clermont-Ferrand), relatant l'observation qui a été présentée à l'Académie de médecine (voy. *Gazette des hôpitaux*, nº du 21 mai 1885). On sait qu'il s'agit de la transplantation d'un œil de lapin chez une jeune fille. Les fils de la suture furent enlevés le cinquième jour; après le dixième jour, la cornée présentait une sensibilité très manifeste. Mais cela ne persista point, et cet œil finit par se nécroser. M. Javal insiste sur l'importance de ce fait, la sensibilité de la cornée constatée pendant plusieurs jours.

ÉLECTION

M. Œschner de Coninck est élu membre titulaire.

La séance est levée.

Séance du 6 juin 1885. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Physiologie du micrococcus de la pyocyanine. — M. CHARRIN fait une communication sur la physiologie du micrococcus pyocyaneus. Si l'on injecte 1/2 centimètre cube de culture de pyocyanine dans les veines de l'oreille d'un lapin, on voit survenir rapidement l'albumine. Les urines et les matières fécales font apparaître la pyocyanine dans les bouillons stérilisés. L'animal injecté maigrit, devient cachectique et meurt; on peut, dans les tissus, retrouver le micrococcus. Quand on injecte 1 à 3 gouttes, souvent le lapin guérit. La virulence de ces cultures, comparée à celle de beaucoup d'autres, n'est donc que modérée. Ces résultats montrent que le microbe s'élimine par les reins et l'intestin et peut demeurer un certain temps dans l'organisme sans perdre ses propriétés. La couleur, les réactions chimiques définies des cultures permettent d'éviter toute erreur; on a là un moyen sûr et facile de suivre le passage d'un microbe à travers un organisme vivant.

Pathogénie de l'emphysème pulmonaire. — M. BROWN-SÉQUARD fait une communication sur ce sujet. Il rappelle que deux théories sont en présence pour expliquer la production de l'emphysème pulmonaire: l'une admettant que la rupture des vésicules pulmonaires se fait pendant l'expiration, la glotte étant fermée par une cause quelconque; l'autre admettant que cette rupture se produit pendant l'inspiration. M. Brown-Séquard admet ces deux théories; il appelle en outre l'attention sur une cause jusqu'ici passée inaperçue et qui réside dans une action venant du nerf vague. En effet, la galvanisation du nerf vague après la mort détermine toujours de l'emphysème pulmonaire. Il en est de même du bulbe. Chez l'homme, une hémorrhagie ou toute autre lésion du bulbe rachidien détermine de l'emphysème. Serres admettait que l'emphysème pulmonaire était un signe de l'hémorrhagie du pont de Varole. Cependant, expérimentalement, la cautérisation ou toute autre irritation du pont de Varole ne détermine pas toujours de l'emphysème. Il n'en est pas de même pour le bulbe rachidien dont la galvanisation produit toujours un emphysème.

Enfin M. Brown-Séquard a démontré par de nouvelles expériences l'action excitante de l'acide carbonique sur les fibres musculaires du poumon.

M. LABORDE, à l'appui de l'opinion que vient d'émettre M. Brown-Séquard relativement à l'influence des lésions du bulbe sur la production de l'emphysème, rappelle qu'à la suite de la décapitation, on trouve toujours un énorme emphysème pulmonaire.

Articulation de l'épaule. — M. ASSAKI appelle l'attention sur certaines particularités de l'articulation de l'épaule chez l'homme. Il insiste plus spécialement sur les faits suivants: la portion inférieure de la cavité glénoïde est excavée, tandis que sa partie supérieure est presque plane. Il appelle également l'attention sur un tubercule saillant séparant la partie supérieure ou cotyloïdienne de la partie inférieure ou axillaire. C'est au niveau de ce tubercule saillant que passe le point de la pression maxima. Enfin M. Assaki décrit en détail un petit orifice par lequel passent les vaisseaux qui se rendent à la tête humérale.

De la présence de la pyridine dans les méthylamines. — M. ŒSCHNER DE CONINCK a rencontré de la pyridine dans les méthylamines commerciales. Dans les pétroles bruts, on trouve un composé azoté analogue aux carbylamines.

Digitaline française et digitaline allemande. — M. LABORDE rappelle les communications qu'il a faites sur les grandes différences que présentent entre elles la digitaline fabriquée en France et la digitaline provenant d'Allemagne, au point de vue de leur action physiologique, le meilleur de tous les réactifs selon lui.

M. Lafont vient de trouver un réactif chimique très remarquable, un composé de chloroforme et d'acide sulfurique qui, mélangé à de très faibles quantités de digitaline, donne une coloration vert bleu caractéristique. Or tandis que la digitaline française, sous l'influence de ce réactif, donne toujours lieu de la façon la plus nette à cette réaction, la digitaline de provenance allemande reste sur elle absolument sans action.

Ces expériences chimiques confirment donc absolument les expériences physiologiques de M. Laborde et montrent une fois de plus que la digitaline provenant d'Allemagne est un très mauvais produit. Cela est d'autant plus regrettable que c'est précisément cette digitaline qui est donnée dans les hôpitaux.

M. PAUL BERT fait observer que, d'après la communication de M. Laborde, il semblerait qu'il y eût deux digitalines, l'une allemande, l'autre française. Il n'en est rien; ce que les Allemands donnent pour de la digitaline n'est pas de la digitaline.

Des courants électriques des tissus vivants. — M. ONIMUS fait une communication sur ce sujet.

A propos des électrodes impolarisables qu'il a présentées à la Société de biologie, M. d'Arsonval est revenu sur la question des

courants électriques qui existent dans les muscles et dans les nerfs, et il dit que ses expériences confirment la théorie de M. du Bois-Reymond. Il oppose à celles-ci celle de M. Herrmann, qui a attribué ces courants à la formation accidentelle de courants électriques produits par les réactions chimiques qui ont lieu au contact de l'air dans la substance musculaire ou dans le tissu nerveux.

Mais, si ingénieuse que soit la théorie de M. Herrmann et si incontestables que soient la plupart des faits sur lesquels elle est fondée, ce ne sont pas là les seules objections que l'on puisse faire aux théories de M. du Bois-Reymond. Celles-ci, en effet, admettent qu'il existe un état particulier des nerfs et des muscles; que ces éléments renferment des molécules électro-motrices, dont l'orientation différente fait la fonction, etc. Or Becquerel et Matteucci ont démontré d'une façon incontestable que ces mêmes états électriques existent pour tous les tissus et qu'ils se modifient selon les modifications chimiques.

Les os, les tendons, le sang, le tissu cutané, etc., aussi bien que les nerfs et les muscles, présentent ces phénomènes, et nous-même nous avons démontré que toute substance albuminoïde qui sépare des liquides différents donne naissance à des courants électriques, avec décomposition des sels et oxydations.

Donc tous les tissus, tous les éléments de l'organisme donnent lieu normalement à des courants électriques, et ce n'est point là un phénomène qui appartient exclusivement aux muscles et aux nerfs.

Cette différence est capitale, car elle est loin d'être la confirmation des théories de M. du Bois-Reymond. Au lieu d'admettre des courants musculaires et des états électrotoniques des nerfs, nous devons donc admettre que tous les tissus forment des petits couples autonomes, et que nous sommes formés par un assemblage infini de petits appareils électriques. Il n'y a pas de vie sans action chimique et, d'un autre côté, il n'y a pas d'action chimique ni de structure de matière organisée sans production de courants électriques.

Notre manière de voir, qui est fondée sur des faits faciles à vérifier, rattache à une loi générale tous les phénomènes observés, aussi bien ceux de M. du Bois-Reymond et de son école que ceux de M. Herrmann, et, comme nous essayerons de le démontrer dans de prochaines communications, elle explique bien mieux l'influence de l'électricité sur la nutrition (ce qui est la base de l'électrothérapie) que toutes les théories sur les états électrotoniques. Nous présenterons dans une des prochaines séances une série d'expériences qui démontrent l'action des courants électriques extérieurs sur ces petits courants des tissus, et nous indiquerons les conditions dans lesquelles ils arrivent à en exagérer ou à en diminuer l'énergie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 juin 1885, ont été nommés dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine : de Montgolfier, Matignon, Taleb-ben-Mustapha-Ould-Morsly, Année, Largeau, Aussenac, Breillot, Pellerin, Oudaille, Mengarduque, Voituriez, Levassor, Pedrono, Guyot, Loumeau, Lejeune, Rouch, Deschamps, Herveou, Poizat, Mavel, Tardieu, Queriaud, Chauvet et Schuhl.

— Par décret, en date du 3 juin 1885, ont été nommés dans le cadre des pharmaciens de l'armée territoriale :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe : Bordenave, Abadie, Warin, Gilbert, Neuville, Desobry, Broca, Breil, Bertrand, Dufraisse, Kniest, Chanel, Martin, Cros, Foulon, Billard, Mazet, Boncenve, Weil, Granon, Ertzbischoff, Mistouflet, Marcailhou et Croses.

— Par décret, en date du 4 juin, M. Sainte-Rose Suquet, médecin de deuxième classe démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 juin 1885, M. Maguin, sous-bibliothécaire délégué à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, a obtenu le certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire dans les bibliothèques universitaires.

— Le ministre de la guerre a décidé, le 29 mai 1885, par modification aux dispositions du programme arrêté le 11 février 1885, que les étudiants en pharmacie ne seront pas admis, cette année, à concourir pour l'emploi d'élève du service de santé militaire.

— Le jury du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux civils de Paris se compose de MM. Benjamin Anger, Porak, De Saint-Germain, Guéniot, Lucas-Championnière, Mesnet et Marc Sée.

Le nombre des candidats, dont nous avons donné la liste dans un de nos précédents numéros, se trouve réduit à sept, M. le docteur Schweich s'étant retiré du concours.

— *Hôpitaux de Paris.* — M. Baudry, directeur de Laennec, passe en la même qualité à l'Hôtel-Dieu. — M. Gillet, directeur de Cochin, passe en la même qualité à Laennec. — M. Grandry, économe de Laennec, est nommé directeur de Cochin. — M. Lhuillier, commis-rédacteur, est nommé économe de Laennec.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un concours pour la nomination d'un chef de clinique titulaire des maladies du système nerveux et d'un chef de clinique adjoint s'ouvrira le lundi 6 juillet 1885, à neuf heures du matin.

Sont admis à concourir, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans le jour de l'ouverture dudit concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet 1885, tous les jours, de midi à trois heures.

— *École de médecine d'Angers.* — MM. Gripan, suppléant d'anatomie, et Motais, chef des travaux anatomiques, sont prorogés dans leurs fonctions jusqu'au 1er août 1886.

— *École de médecine de Rouen.* — M. le docteur Hue (François-Alphonse) est institué suppléant de pathologie externe, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

— M. le docteur Sébire a été élu, hier dimanche, au second tour de scrutin, sénateur du département de la Manche.

— M. le docteur René Serrand, qui a exercé pendant dix ans à Cauterets, nous informe qu'il vient de fixer sa résidence à Luchon.

— La Société d'acclimatation de France a tenu sa séance publique annuelle avant-hier sous la présidence de M. Bouley, président de l'Académie des sciences.

Parmi les lauréats nous citerons les noms de MM. les docteurs A. Jousset et E. Sauvage, ancien aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris.

— La Société française de tempérance a décidé : 1° que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours; 2° que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société.

La Société ne met au concours aucune question spéciale pour l'année 1886, mais elle appelle particulièrement l'attention des concurrents sur la question suivante :

Étudier, sur un point déterminé du territoire français (commune, canton ou département), l'influence de la loi du 17 juillet 1880, d'un côté sur le nombre des débits de boissons, et de l'autre sur le chiffre des condamnations pour ivresse publique, des morts

accidentelles déterminées par les excès de boisson, des folies et des suicides de cause alcoolique.

Une somme de 1000 francs sera répartie entre les auteurs des mémoires couronnés. Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier 1886.

Pour l'année 1887, la Société met au concours la question suivante :

Le *Livre des mères*, manuel à l'usage des femmes désireuses de préserver leur famille de l'alcoolisme et de l'ivrognerie.

Montant du prix : 1000 francs. Le concours pour ce prix spécial ne sera clos que le 31 décembre 1886.

Conformément aux dispositions de l'article 2, § 5, de ses statuts, la Société décernera en outre, dans sa séance solennelle de mars 1886, des récompenses aux instituteurs, chefs d'atelier, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs ou autres personnes qui lui seront signalés pour leur active propagande en faveur de la tempérance.

— M. Saint-Loup soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le mardi 16 juin, à deux heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences, une thèse intitulée : « Recherches sur l'organisation des hirudinées. »

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, par J. Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Tome II. 1 fort vol. in-8° avec 264 figures intercalées dans le texte. — Prix : 15 francs; prix des tomes I et II, 30 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Traité de matière médicale ou pharmacographie; physiologie et technique des agents médicamenteux, par le professeur J.-B. Fonssagrives. 1 fort vol. in-8° avec 241 figures intercalées dans le texte. — Prix : 21 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17931.

N° 67. — JEUDI 11 JUIN 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 11 JUIN 1885. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Féréol vient d'être chargé de rédiger une biographie de M. Noël Gueneau de Mussy. C'est là une excellente idée, que la rareté des éloges funèbres prononcés par M. Béclard doit faire approuver d'autant plus.

La discussion sur l'érysipèle va aboutir à des propositions relatives à la création de salles d'isolement pour les érysipélateux dans les hôpitaux de Paris. C'était là, en effet, la seule conclusion vraiment pratique que l'on pût en tirer. D'après les données actuelles de la science, il n'est plus permis d'exposer les opérés et les malades à des contagions souvent mortelles en recevant dans les salles communes ceux qui portent en eux les germes de ces contagions. La nécessité d'établir des chambres d'isolement s'impose pour l'érysipèle, comme pour la variole, pour la diphthérie, pour la scarlatine, etc. On ne saurait trop le redire à toute occasion, jusqu'au moment où l'administration des hospices se sera conformée sur ce point aux vœux unanimes du corps médical.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

Tumeur sébacée de la paupière inférieure.

Nous allons opérer dans quelques instants un jeune homme de vingt-trois ans chez lequel, il y a cinq ans et demi — au mois de juillet 1879, — a commencé à apparaître une petite tumeur sur la paupière inférieure ou mieux sur son bord ciliaire. Pendant longtemps, il n'y fit guère attention; mais, au bout de deux ans, la tumeur s'était assez accrue pour devenir quelque peu gênante. C'est alors qu'il alla consulter le pharmacien le plus proche de sa demeure, lequel ne craignit pas d'intervenir chirurgicalement et de faire une incision sur sa tuméfaction qu'il considérait probablement comme un abcès. Mais cette petite opération ne donna issue à quoi que ce fut et la plaie se referma bientôt.

L'année d'après, en 1882, ce jeune homme vient à l'Hôtel-Dieu, entre dans le service de M. Le Fort, qui pratique l'ablation totale de la tumeur. Six jours plus tard, la plaie était cicatrisée et le malade rentrait chez lui guéri.

Mais à peine une année s'était-elle écoulée que la tumeur reparaissait; peu à peu elle augmentait jusqu'au volume qu'elle présente actuellement. C'est dans ces conditions qu'il est revenu à l'Hôtel-Dieu solliciter une nouvelle intervention.

M. Le Fort n'étant plus à cet hôpital, cet homme est venu dans mon service.

Voici l'état dans lequel il s'est présenté : tumeur grosse comme l'amande d'une noisette de grosseur ordinaire, très gênante, difforme, très peu douloureuse, occupant toute la hauteur de la paupière et arrivant jusqu'au bord ciliaire, mamelonnée, lobulée, et présentant par transparence comme une teinte blanchâtre pictée de place en place, offrant enfin l'apparence d'un kyste multiloculaire qui contiendrait une matière blanchâtre.

Mais quelle est celle-ci ? Du pus ? Non, le contenu de la tumeur paraît être de nature solide. Cette tumeur est-elle dure et élastique comme si elle était cartilagineuse ? Pas davantage. Sa consistance, en réalité, est celle d'une tumeur renfermant de la matière sébacée.

D'autre part, lorsque l'on abaisse la paupière, on constate que le cartilage tarse n'est pas traversé par la tumeur, qui d'ailleurs ne présente aucune bosselure du côté de la conjonctive. Celle-ci est seulement rouge. Mais je ne suis pas sûr qu'elle n'ait pas contracté quelques adhérences avec le cartilage, que, peut-être, serons-nous alors forcé d'enlever.

La tumeur s'étend plus dans le sens transversal que dans le sens vertical, de telle sorte que la plaie que nous sommes dans la nécessité de faire sera surtout longitudinale. Elle entraînera une assez grande perte de substance, elle déterminera dans sa cicatrisation un renversement considérable de la paupière et un véritable ectropion cicatriciel. C'est là une complication opératoire qui va nécessiter immédiatement une opération secondaire d'autoplastie.

Mais de quelle nature est la tumeur qui nous occupe? Lorsque M. Le Fort a opéré cet homme pour la première fois, il a tout enlevé; et cependant, au bout d'un an, nous la voyons récidiver. Serait-ce donc quelque affection de mauvaise nature ? Il m'est impossible de me prononcer exactement à cet égard. Ce que je crois, c'est que nous avons affaire à une tumeur sébacée, ce qui néanmoins ne veut pas dire qu'elle ne soit pas sujette à récidiver.

J'ai eu l'occasion de constater, dans ma pratique chirurgicale déjà longue, plusieurs cas de récidive. Chez l'un d'eux,

la tumeur fut examinée par M. Robin, qui y trouva quelques éléments sarcomateux. Leur nature nous explique pourquoi il y avait eu récidive.

Je vous citerai certain malade que je soignai alors que j'étais à la Pitié. Il s'agissait d'un homme qui présentait une tumeur sébacée énorme du nez. J'enlevai toute la tumeur. J'avais bien constaté, dès avant d'intervenir, l'existence d'un petit ganglion sous-maxillaire; mais je l'avais attribué à l'irritation de la peau qui recouvrait la tumeur. Au point de vue opératoire, le résultat de mon intervention fut excellent. Mais, peu de temps après, le ganglion sous-maxillaire augmentait de volume. A un moment donné, comme il paraissait s'abcéder, je donnai dans l'intérieur un coup de bistouri, pensant faciliter ainsi l'issue du pus, et je ne trouvai que de la matière sébacée analogue à celle de la tumeur nasale.

Bientôt les phénomènes d'envahissement du mal se multiplièrent, gagnèrent le côté opposé du cou. Puis l'affection récidiva au niveau du point primitivement opéré; et peu de temps après, le malade succombait à la généralisation du néoplasme. A l'autopsie, nous trouvions partout de la matière sébacée, matière dans laquelle M. Robin découvrit aussi des éléments sarcomateux.

C'était encore là pour moi un fait isolé, lorsque, quelques années plus tard, dans cet hôpital même, je reçus à la consultation une jeune femme porteur d'un kyste sébacé au niveau de la région sous-occipitale. J'ouvris la tumeur, me bornant à la presser et à la cautériser sans en faire l'ablation, engageant la malade, qui ne voulait pas alors entrer dans nos salles, à revenir un peu plus tard pour se faire opérer. Au bout de quelque temps, en effet, elle revenait; mais avec une tumeur plus volumineuse que la première fois. Je me décidai à en pratiquer l'ablation et je trouvai dans les parois du kyste de la matière sarcomateuse. Quelques mois plus tard, le mal récidivait encore.

En sera-t-il de même chez notre jeune malade de vingt-deux ans que nous allons opérer aujourd'hui? Je ne saurais le dire. En tous cas, la nature de sa tumeur reste quelque peu suspecte à mes yeux. Cette incertitude même, la possibilité d'avoir affaire à une tumeur de mauvaise nature, sont des motifs de plus pour nous de vouloir faire chez lui une autoplastie immédiate. On sait, en effet, que cette opération secondaire peut être une garantie contre toute récidive. Du moins certains auteurs soutiennent cette thèse et notamment M. Martinet (de la Creuse), dans un travail intéressant.

Voici donc l'opération que je vais pratiquer. Je vais faire deux incisions verticales en V, ouvert du côté du bord ciliaire; je disséquerai là deux petits lambeaux, j'enlèverai la tumeur. En somme, je manœuvrerai comme lorsqu'il s'agit d'un ectropion superficiel.

J'ai fait mettre de la cocaïne dans l'œil de notre malade, de façon à paralyser la sensibilité de la conjonctive; ce qui ne m'empêchera pas de recourir à la chloroformisation.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De l'expertise médico-légale relative à la transmission de la syphilis d'un nourrisson à la nourrice.

I

La question que je vais traiter dans quelques-unes de ces premières leçons est un sujet pratique par excellence, et si je l'ai choisie aujourd'hui, c'est d'abord parce que les cas d'expertise médico-légale sont assez fréquents, ensuite parce que l'éducation des étudiants parvenus à la fin de leur scolarité est souvent incomplète sur cette matière, qui d'ailleurs est assez difficile.

Mais, tout d'abord, je vous ferai remarquer que le sujet est double : 1° comment faut-il diriger une expertise de ce genre; 2° comment doit-on rédiger le rapport et surtout les conclusions de cette expertise.

Voici d'ailleurs comment les choses se présentent d'habitude : un beau matin vous recevez du parquet une commission rogatoire vous chargeant d'examiner une nourrice qui vient d'allaiter un nourrisson qu'elle accuse de l'avoir contaminée. Or, si vous m'en croyez, vous vous exécuterez immédiatement et de bonne grâce : immédiatement, car les accidents qui existent encore aujourd'hui peuvent avoir disparu en quelques jours. Vous convoquerez chez vous, le plus promptement possible, à jour fixe, la nourrice, lui enjoignant d'apporter tous ses papiers et d'amener avec elle son ou ses enfants et son mari, s'il y a enfants et mari.

Elle se présente à la date indiquée; écoutez tout d'abord sa déposition; et son récit, presque toujours invariable, sera le suivant : Lorsqu'elle est entrée comme nourrice dans la famille, elle était parfaitement saine de corps, bien portante ; au bout de quelque temps son nourrisson a eu des boutons sur le corps, boutons à la bouche, un rhume de cerveau persistant, du mal dans la gorge, etc. ; bientôt elle-même, à son tour, a eu un ou plusieurs boutons sur le sein, des maux de gorge, des ulcérations aux lèvres, des taches sur le corps, etc. Elle a raconté tout cela à une *payse* qui lui a dit de se méfier, car bien certainement elle avait pris quelque mauvais mal d'un enfant *pourri*. Elle est allée consulter aussitôt un médecin qui lui a dit qu'elle avait la syphilis, et sur-le-champ elle a quitté la maison où elle était placée, en demandant une indemnité. Celle-ci lui ayant été refusée, elle est allée chez le commissaire de police, a déposé une plainte. De là la commission rogatoire qui vous a été envoyée pour expertiser cette femme, ainsi que je vous le disais tout à l'heure.

Mais comment faut-il faire cette expertise? Suivant un plan déterminé à l'avance et conforme à celui qui suit :

La première partie de l'enquête comportera l'examen de la nourrice pour lequel cinq points sont à déterminer. Nous allons les passer successivement en revue.

1er *point*. — La nourrice est-elle on non affectée de syphilis? Ceci est une simple affaire de diagnostic, pour lequel un examen rapide de la femme vous suffira ; mais c'est la première chose à faire. Il est bien certain, en effet, que si la femme n'a pas la vérole, quoiqu'elle le prétende, il est inutile d'aller plus loin. C'est ainsi qu'on a vu des nourrices se prétendre contaminées de syphilis, alors qu'elles n'avaient qu'une simple crevasse du sein, un abcès du mamelon, un eczéma des seins, une lésion scrofuleuse, etc.

2e *point*. — La syphilis de la nourrice dérive-t-elle d'une contagion mammaire, c'est-à-dire d'un chancre du sein? — Rien de plus simple encore à constater. Il suffit d'examiner la région mammaire et l'aisselle. Ces trois cas peuvent se présenter : 1° le chancre est épanoui; 2° le chancre est éteint, mais il a laissé des traces (macules, induration vraie, etc.); 3° le chancre est éteint, mais il n'a rien laissé.

Dans le premier cas, vous devrez vous attacher à bien préciser le chancre, son siège, son étendue, sa physionomie

générale, ses caractères érosifs ou papulo-érosifs, sa coloration, son induration nodulaire ou parcheminée qui est un signe capital. Dans le second cas, le médecin-expert devra rechercher avec soin les reliquats dudit chancre sous la forme d'une cicatrice jeune, rosée, ou de macule bronzée, ou d'induration persistante; il devra explorer l'aisselle au point de vue de l'adénopathie symptomatique, qui ne manque jamais, qui suit le chancre comme l'ombre suit le corps. Enfin, si vous ne trouvez aucun vestige de chancre, sous quelque forme que ce soit, — c'est là le troisième cas, — dites-le tout simplement.

3e *point.* — La syphilis de la nourrice dérive-t-elle *exclusivement* d'un chancre du sein? Ceci est la contre-épreuve du second point, car la syphilis, vous le savez, ne procède pas par des chancres multiples. Elle est absolument indispensable, et si vous la négligez, l'avocat de la partie adverse ne manquera pas de faire ressortir cette lacune dans votre enquête. Il faut donc examiner tour à tour les diverses régions du corps qui peuvent être le siège d'un chancre ainsi que tous les départements ganglionnaires qui leur correspondent. Si donc vous n'avez rien trouvé en dehors de la région mammaire, il faut avoir grand soin de l'inscrire dans votre rapport et prouver ainsi qu'il s'agit bien d'un chancre mammaire exclusif.

J'ouvre ici une parenthèse pour vous faire deux recommandations expresses : 1° *toujours* examiner les organes génitaux de la nourrice, sous peine de vous attirer des reproches, sous peine de laisser émettre les soupçons les plus préjudiciables à la nourrice, que l'on accusera de n'avoir pas voulu se laisser examiner, et pour cause. Cet examen est absolument obligatoire. 2° Si dans cette expertise vous trouvez des lésions secondaires, des plaques muqueuses, il faut le dire avec grand soin, les décrire très exactement avec tous leurs caractères, bien montrer qu'elles sont secondaires, qu'elles n'ont rien de commun avec le chancre récent du mamelon. J'y insiste vivement, car la pire chose qui puisse arriver à une nourrice, c'est la présence de ces plaques muqueuses, parce qu'elles jetteront la plus grande défaveur sur sa cause, auprès des magistrats et des gens du monde qui ne savent pas la valeur de ces lésions secondaires et spontanées pouvant se produire n'importe où, quel qu'ait été le siège initial de la contagion.

4e *point.* — La syphilis de la nourrice est-elle en rapport chronologique, comme date d'invasion, avec l'époque où la nourrice a nourri l'enfant qu'elle accuse? Pour mieux nous comprendre, choisissons des dates quelconques. Ainsi, par exemple, une nourrice arrive le 24 avril dans le cabinet du médecin expert avec des accidents syphilitiques, chancre du sein, roséole, plaques muqueuses buccales, etc. Elle allaite depuis un mois son nourrisson. Est-il possible que ces accidents se soient développés depuis le 24 mars? Non, assurément, car l'incubation de la vérole exige un espace de temps variant entre 15 et 40 jours. Après quoi l'explosion des accidents secondaires demande 40 à 45 jours après le début du chancre, ce qui, en prenant le terme le plus court, nous donnerait encore un minimum de 15 + 40, soit 55 jours pour l'apparition des accidents secondaires depuis l'instant de la contamination. La nourrice qui présente de pareils accidents et n'allaite son nourrisson que depuis un mois, ne saurait donc avoir été infectée par celui-ci. Tandis que si sa nourriture avait commencé au mois de janvier ou de février, ledit enfant pourrait être suspecté avec raison.

Le devoir de l'expert est donc de bien établir l'âge de la syphilis de la nourrice : 1° par les témoignages médicaux, c'est-à-dire par l'examen qu'un médecin aura pu faire au début, par les ordonnances qu'il aura formulées et la date de celles-ci; 2° par les indications cliniques fournies par les symptômes. Ainsi le chancre existe-t-il encore? Nul doute, de même que si la cicatrice est jeune et rose, que le mal est récent; tandis que la maladie est déjà d'origine ancienne si nous avons affaire à des accidents tertiaires (gommes, ulcérations profondes, etc.). Je vous citerai, à ce propos, l'observation suivante : Un jour je suis appelé dans une famille pour un jeune enfant qu'on suppose atteint de syphilis. Le père a eu la vérole étant garçon; il s'est marié trop tôt, il a contaminé sa femme. Son premier enfant est mort syphilitique. Le second présente des symptômes suspects. Je l'examine et le trouve syphilitique. La nourrice demande à être examinée et je découvre dans son dos deux superbes syphilides tuberculeuses. Le lendemain j'apprends que cette femme, aussitôt après mon départ, a fait une scène des plus violentes dans la famille, injuriant les parents, leur demandant 10,000 francs de dommages-intérêts et, les menaçant de poursuites judiciaires, a donné son compte et s'en est allée. Je rassure la famille en lui déclarant que la syphilis de la nourrice est ancienne, et l'enquête vient nous montrer que six mois avant la naissance de l'enfant, cette femme avait été traitée à l'Hôtel-Dieu pour des accidents syphilitiques relevant eux-mêmes d'une contamination ancienne.

5e *point.* — La nourrice était-elle sûrement indemne de la syphilis à l'époque où elle a commencé à donner le sein à cet enfant? Quels éléments pouvons-nous avoir pour résoudre cette question : 1° Les certificats médicaux. En effet, cette femme aura pu être examinée avant son départ par le médecin de son pays. En tout cas, elle l'aura été par le médecin du bureau des nourrices à Paris; elle l'aura été aussi par le médecin de la famille avant que celle-ci ne la prenne. Elle a donc été sûrement vue et examinée par un ou plusieurs médecins. Vous recueillerez donc avec soin tous ces témoignages, et avec non moins de soin vous les ferez figurer dans votre rapport. 2° L'examen de l'enfant ou des enfants de la nourrice, ainsi que de son mari, si elle en a, et qui seront un criterium vivant, la pierre de touche de la santé de cette femme. En effet, si l'enfant est sain, c'est qu'il est né d'une mère saine; s'il est syphilitique, c'est que, selon toutes probabilités, sa mère était infectée de syphilis dès avant sa naissance.

Tels sont les cinq points qui constituent la première partie de l'expertise médico-légale en question. Et si votre examen a été fait en suivant scrupuleusement la méthode que je viens de vous indiquer, votre conviction d'expert sera faite. Vous aurez constaté que la nourrice était saine avant de commencer l'allaitement, vous aurez appris qu'elle a contracté la vérole par le sein pendant l'allaitement. D'où vous vous direz que cette femme a très probablement contracté la syphilis d'un nourrisson syphilitique. Cependant vous ne serez pas encore en droit de conclure, car l'examen d'un seul individu ne peut fournir que des présomptions, lesquelles ne se changeront en certitudes que lorsque vous aurez examiné le nourrisson. Mais vous en savez assez pour réclamer du tribunal l'examen de ce nourrisson.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juin 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Hanriot, professeur agrégé à la Faculté, pour la section de physique et de chimie;

2° Une lettre de remerciement de M. Duménil (de Rouen), récemment élu membre correspondant national;

3° Des lettres de remerciement de MM. Quesneville, Gilberton, Dubreuil, lauréats de l'Académie;

4° Une lettre de M. le président de la Société contre l'abus du tabac, qui informe l'Académie que M. le docteur Dupierris, membre de cette Société, offre un prix de 600 francs pour l'étudiant en médecine qui aura écrit le meilleur mémoire sur la question suivante : « La cachexie nicotique. »

5° Une lettre de M. le docteur Lacoste, contenant deux observations relatives à l'action antithermique de l'antipyrine associée à la quinine.

BIOGRAPHIE DE M. NOËL GUENEAU DE MUSSY

M. le Président rend compte des obsèques de M. Gueneau de Mussy. L'assistance était très nombreuse. L'Académie de médecine s'y trouvait presque au grand complet. Pour se conformer à la volonté de M. Gueneau de Mussy, on n'a prononcé aucun discours. Mais il ne faut pas que la mémoire de ce savant si regretté ne soit pas conservée.

Le conseil a donc décidé qu'une notice biographique serait publiée et qu'un des élèves les plus aimés de M. Gueneau de Mussy, M. Féréol, serait chargé de retracer la vie de cet homme éminent pour servir de modèle aux générations à venir. (Applaudissements unanimes.)

M. Féréol remercie l'Académie et promet de rédiger cette notice pour mardi prochain.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un correspondant national dans la première division.

La commission présente les candidats dans l'ordre suivant :

1° M. Feltz (de Nancy); 2° M. Manouvriez (de Valenciennes); 3° M. de Ranse (de Néris).

Le nombre des votants étant de 60, majorité 31,

M. Feltz obtient.	45 suffrages
M. de Ranse	9 —
M. Manouvriez	5 —
Bulletin blanc.	1 —

En conséquence, M. Feltz, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant pour la première division.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉRYSIPÈLE

M. Verneuil. Il entre dans les coutumes académiques, lorsqu'une discussion est épuisée, de donner une dernière fois la parole à son promoteur. Or la liste des orateurs inscrits se trouve épuisée, et tous ont admis la diminution considérable de l'érysipèle dans les services de chirurgie, sans en constater la persistance dans une certaine proportion. Quelques-uns même se sont montrés bien optimistes, entre autres MM. Alphonse Guérin, Trélat, Le Fort. D'autres, comme MM. Gosselin et Polaillon, ont amené des résultats moins favorables, répondant à peu près à ceux de M. Verneuil. Comment expliquer cette différence? Peut-être par ce fait que les cas extérieurs ne seraient pas comptés dans les statistiques de MM. Trélat, Guérin et Le Fort, ou ne seraient pas reçus dans leurs services.

M. Trélat. Je les repousse.

M. Verneuil. Alors les relevés, sans cas extérieurs, ne seraient nullement comparables à ceux qui en tiennent compte. M. Le Fort a pu récemment se convaincre de l'importance des cas extérieurs puisqu'il vient d'observer dans ses salles une série de dix cas, dont trois mortels, et dont trois venaient précisément du dehors.

Si l'on est d'accord sur la diminution, on l'est moins sur les causes de cette diminution. Chacun l'attribue à sa nouvelle manière de panser les plaies : M. Guérin, au pansement ouaté; M. Gosselin, à l'alcool et à l'acide phénique employés à doses suffisantes, etc. Les praticiens doivent être un peu perplexes devant ces dissidences, et se demander quelles sont véritablement les meilleures mesures à prendre pour prévenir l'érysipèle. Chacun préconise un mode spécial de pansement. M. Verneuil, quant à lui, persiste dans l'usage de l'acide phénique, qui lui paraît un antiseptique excellent.

Quoi qu'il en soit, l'érysipèle, bien que très diminué, persiste dans les services hospitaliers. Il s'y rencontre toujours de temps en temps, et c'est là un danger sérieux dont il faut se préoccuper, car un seul érysipélateux peut devenir le point de départ d'une épidémie meurtrière, et cela quelles que soient les précautions prises. En effet, ces précautions ne pourront jamais s'appliquer à tous les malades. M. Alphonse Guérin ne pourra pas placer son pansement ouaté en cas d'ablation du maxillaire supérieur et d'uréthrotomie externe, le pansement complet de Lister ne conviendrait pas mieux en cas d'ablation du rectum. Les soins de propreté préconisés par M. Le Fort n'ont pas empêché l'épidémie érysipélateuse, développée dans son service par un malade du dehors, de passer de la salle des femmes à celle des hommes.

Efficacité et insuffisance des antiseptiques, tels sont donc en somme les termes de la question, et ces termes ne sont nullement contradictoires. L'antisepsie a une sphère d'activité à l'hôpital dans un milieu limité, mais elle est désarmée contre les foyers du dehors, contre l'importation incessante de la ville.

Il eût fallu porter la discussion sur ce point, M. Verneuil aurait voulu formuler des propositions qu'avec la grande autorité de l'Académie on aurait pu porter devant l'administration de l'Assistance publique et devant nos édiles, qui se disent si soucieux des intérêts matériels de la grande cité.

M. Verneuil raconte que deux épidémies d'érysipèles causées par l'admission de cas extérieurs se sont produites dans son service : l'une a compris six cas, l'autre quatre, en tout dix.

L'isolement a donc tout autant d'importance que l'antisepsie, pour en finir avec l'érysipèle dans les services chirurgicaux.

La théorie de l'érysipèle est actuellement tout à fait certaine. M. Cornil est venu montrer les petits êtres microscopiques qui sont la seule cause, le seul agent producteur de cette maladie. S'il n'était pas venu, M. Verneuil les aurait apportés lui-même, car le microbe de l'érysipèle est actuellement en culture : il a servi dernièrement dans un pays voisin à des expériences que réprouve la conscience humaine, et rien n'est plus facile que de s'en procurer. Ce microbe, différent du microbe pyogène de la septicémie et du micrococcus de l'ostéomyélite, peut se joindre à eux, constituant ainsi des affections complexes redoutables. Telles sont les conclusions qu'il convient de tirer de la très intéressante communication de M. Cornil.

M. Alphonse Guérin. Les résultats du pansement ouaté sont beaucoup plus avantageux que ceux de tout autre pansement antiseptique. Et cela devait être d'après la théorie, car la ouate retient tous les corps solides. Or les microbes sont des corps solides. Si donc le pansement ouaté ne réussissait pas contre l'érysipèle, cette maladie ne serait pas due à des microbes, et toute la théorie exposée par M. Verneuil devrait s'écrouler. Heureusement il n'en est point ainsi. Le pansement ouaté est tellement efficace que M. Polaillon, qui l'applique concurremment avec d'autres méthodes antiseptiques et qui a eu un certain nombre d'érysipèles chez des opérés pansés par ces autres méthodes, n'en a jamais observé un seul après un pansement ouaté.

L'admission de cas d'érysipèle venus du dehors a fourni souvent à M. Guérin l'occasion de prouver l'excellence de ce moyen de

protection des plaies. En effet, jamais dans son service cette admission n'a été suivie de l'éclosion d'autres érysipèles.

M. VERNEUIL. Chez un malade atteint d'une fracture du membre supérieur avec plaie, un pansement ouaté avait été placé autour de ce membre. Mais comme il y avait alors une endémie d'érysipèles dans le service, cet homme, qui n'eut pas d'érysipèle au bras, fut pris d'érysipèle de la face.

M. ALPHONSE GUÉRIN. Voilà bien une preuve de l'excellence du pansement ouaté ?

M. VERNEUIL. Oui, quand il peut être appliqué; mais il n'empêche pas la contagion d'être possible dans les salles d'hôpital.

M. TRÉLAT ne s'en tient plus au pansement de Lister : il emploie beaucoup l'iodoforme, et il s'en trouve bien. Au fond, comme l'a très bien prouvé la communication faite par M. Cornil, comme l'a déjà remarqué M. Trélat, les mêmes moyens combattent également l'érysipèle, la pyohémie, etc. Les microbes de ces maladies, s'associant entre eux, constituent des affections mixtes, d'autant plus redoutables. Celui de l'érysipèle serait par lui-même un des moins dangereux; il est d'ailleurs très peu vivace; mais c'est celui de tous qui s'insinue le plus facilement par une écorchure, par une éraillure de la peau et celui contre lequel on se précautionne le moins.

M. Trélat a soin de faire passer dans les salles de médecine tous les cas d'érysipèle qu'on lui envoie du dehors, parce que le danger de la contagion est infiniment plus grand pour les opérés, pour tous ceux qui portent des plaies, que pour les malades atteints d'affections internes.

M. BOULEY s'étonne que les cas extérieurs soient encore admis dans les salles d'opérés quand on est d'accord pour reconnaître qu'ils peuvent y devenir une cause de maladie et même de mort pour ceux qui s'y trouvent.

Il insiste vivement pour que M. Verneuil formule des propositions relatives à l'érysipèle.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Verneuil à rédiger ces propositions pour la séance prochaine.

RAPPORTS

M. LUNIER lit une série de rapports sur des remèdes secrets.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

XLVII

En traversant ces villes, ces villages que naguère nous avions conquis et où nous nous étions installés comme dans la mère patrie, en revoyant ces places fortes dont la science de nos officiers et la bravoure de nos soldats nous avaient rendus maîtres, en saluant, le cœur gros, Valence, Sagonte, Peniscola, Tortose, Balaguer, Mequinenza, Tarragone, je leur disais : Vous n'êtes plus pour la vaillante armée d'Aragon qu'un vain trophée, une fumée de gloire, une page dans l'histoire, un multiple mausolée! Moi qui n'ai pas été partie active dans ces conquêtes et qui les ai souvent blâmées dans les épanchements de l'amitié avec de sympathiques guerriers, moi, témoin de succès et de revers si rapprochés, je m'enorgueillis d'appartenir à cette illustre armée, je déplore de tout mon cœur la nécessité de fuir par les fautes des autres chefs de l'armée impériale... Récriminations inutiles, il faut reculer et se taire.

10 juillet 1813. — A Tortose, je suis logé chez le docteur Perez qui me fait très bon accueil; on était incertain si la marche se continuerait vers Tarragone ou vers Lérida. Dans l'après-midi, nous nous décidions pour cette dernière ville, nous allâmes bivouaquer dans les oliviers de la *venta de las Armas*.

12 juillet. — Journée torride; plusieurs charriots et fourgons du convoi furent avariés à la montée de la longue côte de las Armas. Nous allons, par la traverse, coucher à Gandesa.

13 juillet. — Ordre de contre-marche vers Tortose; cependant les fourgons du trésor poursuivirent la route vers Lérida, escortés par la division italienne. La division Musnier, sur le compte de laquelle on avait des inquiétudes, donne de ses nouvelles; elle se dirige, par Mora et Falset, vers Tarragone. On apprend que le général Paris, après avoir été forcé d'abandonner Saragosse, a effectué sa retraite sur la France; notre marche vers Lérida paraissait avoir pour but d'aller à sa rencontre et de le rallier à notre armée. Nous passons la nuit à Xerta, au grand étonnement des habitants qui se croyaient délivrés pour toujours de notre présence.

14 juillet. — Retour à Tortose. L'incertitude de notre marche, les accidents de la route, déterminent plusieurs réfugiés espagnols à cesser de nous suivre; les uns partent pour rejoindre leurs foyers, les autres restent à Tortose pour attendre l'issue des événements. Nous sommes obligés d'emporter des subsistances pour six jours; aussi, forcé de sacrifier éventuellement la nourriture de l'esprit à celle du corps, je laisse à mon hôte, le docteur Pérez, médecin attaché au service de nos hôpitaux, le peu de livres que j'emportais encore avec moi.

15 juillet. — Après avoir suivi pendant une heure l'étroite huerta qui accompagne la rive gauche de l'Èbre, la route s'éloigne du fleuve et traverse pendant cinq heures un désert rocailleux peuplé de tous les arbrisseaux des terrains secs, puis nous allâmes bivouaquer au col de Balaguer.

16 juillet. — A l'Hospitalet, en vue de la mer, nous essuyâmes le feu d'une frégate anglaise et de chaloupes cannonières qui heureusement firent plus de bruit que de mal; nous déviâmes sur la gauche sur un terrain fort pénible pour la marche des chevaux, jusqu'au beau village de Cambrils, entouré d'une campagne riche en vignobles excellents et nous arrivâmes à Reus le soir même.

18 juillet. — Le maréchal, avec la deuxième et la troisième division, part pour Lérida, soit pour diriger le trésor avec une escorte suffisante sur Barcelone, soit afin d'organiser la défense des places de Lérida, Mequinenza et Mouzon. Les bagages et le convoi ont l'ordre de se concentrer vers Tarragone.

19 juillet. — Au lieu d'aller à Tarragone où l'encombrement sera considérable, nous nous établîmes, avec nos chevaux, au village de Canonge.

22 juillet. — Nous allons bivouaquer sous les arches de l'aqueduc de Tarragone.

23 juillet. — On travaille à miner les fortifications et à détruire la nombreuse artillerie qui s'y trouve parquée. L'arrivée du maréchal suspend ces travaux destructeurs; on se décide à conserver encore Tarragone avec 800 hommes commandés par le général Bertoletti et 45 pièces d'artillerie seulement.

24 juillet. — Le maréchal, avec son état-major, part de nuit par la route maritime de Torre den Barra; quant à nous, nous suivons le convoi qui, pour éviter la canonnade anglaise, passe par le chemin de la montagne. A peine étions-nous sur les hauteurs de l'Olivo, que nous aperçûmes une trentaine de voiles qui s'avançaient vers Tarragone. Les Anglais, instruits de l'intention manifestée d'évacuer cette place, venaient pour s'en emparer; mais ils furent bientôt désabusés. L'escorte du convoi ne se dispense pas du pillage de deux villages abandonnés par leurs habitants; notre bivouac a lieu sous un figuier, à Bafin; tout le pays que nous venons de traverser est riche en vignobles.

25 juillet. — Après avoir passé le col de Bafin, nous faisons halte au grand village d'Arbos, complètement abandonné; nous arrivons le soir à Villafranca del Panadès où le quartier général se fixe. Quoique les gerbes de blé couvrent la campagne, la disette du pain commence à se faire sentir dans l'armée.

27 juillet. — On annonce que le général Habert, qui a pris possession de Villanova, a trouvé dans ce port des magasins de farine,

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 juin 1885.

de blé et de haricots qui assurent nos subsistances pour quelques jours. Le maréchal part pour Barcelone avec une partie de son état-major, mais le quartier général demeure à Villafranca, ville de 4000 habitants, avantageusement située dans l'une des riches vallées de la Catalogne. La culture y est très variée et les ressources en blé, en vin et en fourrage suffiraient grandement pour l'entretien de l'armée pendant plusieurs mois, si on pouvait mettre un frein à la rage de dévastation des soldats. Le Montferrat se présente, de Villafranca, sous un aspect original. Cette montagne, l'une des plus élevées de la Catalogne, est fameuse dans toute la péninsule par sa Vierge miraculeuse, par son riche couvent que nous avons ruiné il y a deux ans et par sa forme bizarre. Sa crête est partagée en un grand nombre d'aiguilles qui la font paraître de loin, dentée comme une scie, ce qui lui a valu son nom; elle est à six lieues de Villafranca.

7 août. — Ce matin, à la pointe du jour, un bataillon italien posté près de San-Saturni, à trois lieues de Villafranca, a été surpris et vigoureusement attaqué par Manso, chef du parti catalan. Après s'être défendu vaillamment contre des forces très supérieures, ce bataillon a été, en grande partie, fait prisonnier.

14 août. — Notre armée, réunie à une partie de celle de Catalogne, fait un mouvement pour aller débloquer la garnison de Tarragone et la ramener après avoir fait sauter les fortifications. Le quartier général va coucher à Vendrell, distant de quatre lieues, dont les habitants ont eu le bon esprit de ne pas abandonner leurs foyers à notre approche; la campagne est peuplée de vignobles.

15 août. — Avant le lever du soleil, branle-bas de départ; déjà la division Habert avait pris, pendant la nuit, la route maritime; les autres colonnes devaient se concentrer vers le col de Sainte-Christine où l'on savait que l'ennemi avait pris des dispositions pour défendre le passage. Après trois lieues d'une marche lente et pénible par des chemins raboteux, on fait halte dans un profond ravin et on y attend, pendant quatre heures, la jonction des différentes colonnes. Le maréchal, avec son état-major, escalade une montagne escarpée au sommet de laquelle se dresse une vieille tour. Plusieurs généraux s'y réunissent en conférence; on distingue de ce point deux redoutes que l'ennemi avait établies au col de Sainte-Christine et qu'il avait désarmées et abandonnées. On se remet en mouvement; la division de Catalogne se dirige vers le col et nous nous enfonçons, avec l'artillerie et la cavalerie, vers ceux de Bafin et de Rocadelleure. Nous cheminons enveloppés dans des nuages suffocants de poussière; après avoir dépassé les défilés, on fait encore une fort longue halte près d'une *venta*, où deux cavaliers ennemis démontés se laissèrent prendre. Une fusillade se fait entendre pendant quelques minutes; l'ennemi tentait de défendre le passage de la Gaia, petit ruisseau presque à sec tout près du village de Bafin; mais le général Harispe, sans riposter aux coups de feu, fit avancer nos troupes et passa. Le général Mesclop, commandant l'avant-garde, rencontra les Anglais au delà du village de Nulles. Emporté par son ardeur, il les chargea à la tête d'une vingtaine de hussards; tombé dans une embuscade, il fut enveloppé; une compagnie de mineurs se porta promptement à son secours et le délivra. Nous perdîmes 7 hussards dans cette rencontre. La journée se passa ainsi; nos mouvements furent fort lents et l'ennemi ne tint nulle part.

Nous arrivâmes après minuit au village de Vilabela dont tous les habitants s'étaient enfuis; on enfonça les portes pour se loger et les pillards passèrent le reste de la nuit en visites domiciliaires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 juin 1885, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Rochefort et Reynaud.

— La troisième épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central est terminée. Seuls ont été admis à subir les épreuves définitives, les candidats suivants, classés par ordre alphabétique : MM. les docteurs Barié, Brocq, Chantemesse, Dreyfous, Hirtz (Hippolyte), Jean, Juhel-Renoy, Ledoux-Lebard, Lorey et Renault.

Le sujet de la composition écrite de la première épreuve définitive est : « Tumeurs du rein. »

— La première épreuve du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices civils de Paris a eu lieu hier. Le sujet de la composition écrite était : « De la vessie chez la femme, anatomie et physiologie. »

— Un deuxième concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central doit s'ouvrir vendredi prochain 12 juin 1885. Le jury se composera de MM. Potain, Mauriac, Cornil, Raymond, Gingeot, Lannelongue et Moissenet.

La liste des candidats comprend les 49 noms suivants :

MM. Barié, Barthélemy, Béclère, Béringier, Bourcy, Brocq, Bruchet, Capitan, Chantemesse, Chouppe, Comby, Decaisne, De Gennes, Delpeuch, Dreyfous, Duplaix, Faucher, Galliard, Gauchas, Gaucher, Giraudeau, Havage, Hirtz (Edgard), Hirtz (Hippolyte), Jean, Josias, Juhel-Renoy, Ledoux-Lebard, Leduc, Legendre, Leroux (Charles), Leroux (Marie-Henri), Liandier, Lorey, Lucas-Championnière, Marie, Martin, Martinet, Mathieu, Netter, Petit, Renault, Richardière, Robert, Robin, Siredey, Stackler, Thibierge et Variot.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. De la Personne, chef de clinique ophthalmologique, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 1er novembre 1886.

— M. Michelin, conseiller municipal, est nommé membre du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris, en remplacement de M. le docteur Georges Martin qui a cessé de faire partie du Conseil municipal.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Wilbien, externe à l'hôpital des Enfants-Malades, décédé le 8 juin, à la suite d'une diphthérie contractée dans son service.

— Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Redard qui a succombé, au cours d'une excursion sur la crête du Jura, près du fort de l'Écluse.

— La session du baccalauréat ès sciences complet et restreint s'ouvrira le lundi 6 juillet 1885. Le registre des inscriptions sera ouvert du lundi 15 juin au samedi 27 du même mois inclusivement, de dix heures à midi. Les candidats au baccalauréat ès sciences *complet*, pourvus du diplôme de bachelier ès lettres, feront l'épreuve écrite les jeudi 19 et lundi 20 juillet; ceux du baccalauréat ès sciences restreint la feront les samedi 18 et mardi 21 juillet.

— Le rapport officiel du ministre de l'intérieur du royaume d'Italie nous fournit les renseignements intéressants qui suivent sur l'épidémie cholérique en 1884 : Pendant le cours de l'année dernière, 863 communes, représentant une population de 5 771 000 habitants, ont été atteintes. Il y a eu dans ces communes 25 587 cas, soit 4,43 cas pour 1 000 habitants, et 14 198 décès ou 55,88 décès sur 100 cas. De toutes les provinces du royaume, la province de Naples tient le premier rang avec 15 927 cas et 7 968 décès pour une population de 945 000 habitants, tandis que la province de Rome n'a eu que 13 cas et 6 décès.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité, commencera un nouveau cours de technique microscopique, le jeudi 18 juin, à quatre heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques que comporte journellement la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur dispo-

sition. — On s'inscrit chez M. le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de une heure à deux.

— M. Chatin, professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique, du 13 au 15 juin, dans les Ardennes et la Meuse.

Le rendez-vous est à la gare de l'Est, samedi 13 juin, à 11 heures 30 minutes, pour le train partant de Paris à midi pour Charleville.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine excursion géologique, le dimanche 14 juin 1885, à Goussainville et Louvres.

Le rendez-vous est à la gare du Nord, où l'on prendra, à huit heures du matin, le train pour Goussainville. Rentrée à Paris à 4 heures 15 minutes. Pour profiter de la réduction de 50 p. 100, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au laboratoire de géologie avant samedi soir quatre heures.

— *Avis*. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité clinique du diagnostic des maladies de l'encéphale basé sur l'étude des localisations, par le professeur H. Nothnagel; traduit et annoté, avec l'autorisation de l'auteur, par le docteur Keraval; ouvrage précédé d'une préface par M. le professeur Charcot. 1 vol. in-8° avec un atlas de 68 figures. — Prix : 14 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. Follin et Simon Duplay. Tome VII, fascicule II : *Maladies des organes génitaux de l'homme*. 1 vol. in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson.

Nécessité de l'accouchement antiseptique dans les centres populeux, par le docteur de Backer. Broch. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17943.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Angine perforante.

Le diagnostic différentiel des angines ulcéreuses présente des difficultés parfois très grandes. Cela ressort avec évidence de la lecture des discussions qui ont eu lieu sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux (1), de la thèse de M. Homolle (Paris, 1875), de la thèse d'agrégation de M. Looten (Paris, 1878), des leçons de M. Bucquoy (*Gazette des hôpitaux*, année 1878, p. 458 et suivantes, 465 et suivantes), des thèses, presque parallèles, de MM. Barth et Chassagnettes (Paris, 1880), etc.

C'est en vain qu'on s'est efforcé de découvrir dans l'aspect, la forme ou le siège des ulcérations, des signes caractéristiques assez constants et assez précis pour permettre de rattacher, dans tous les cas, sans autre indice, l'affection de la gorge à telle ou telle diathèse, à telle ou telle cause générale constitutionnelle, telle que la syphilis, la scrofule, la tuberculose.

On a bien décrit certains types, facilement reconnaissables quand ils se rencontrent avec leurs traits nettement accusés; mais il existe, en outre, des faits particuliers qui ne rentrent encore dans aucune des descriptions devenues classiques.

Nous avons déjà insisté sur ce point à plusieurs reprises (2), particulièrement à propos d'une malade traitée en 1879 dans le service de la Charité que dirigeait alors M. Bourdon. Cette malade paraissait indemne de toute syphilis, mais manifestement scrofuleuse; et cependant elle présentait, non seulement sur le voile du palais, mais sur la langue, des ulcérations tout à fait semblables à celles que, dans sa thèse d'agrégation, M. Looten avait données comme typiques dans la syphilis. Or la suite de l'observation a péremptoirement démontré qu'il s'agissait bien de scrofule et non de vérole.

En ce moment on peut se poser les mêmes questions à propos d'une autre malade qui se trouve également dans ce même service de la Charité, devenu celui de M. Féréol.

Cette femme est entrée, le 8 de ce mois, salle Sainte-Julie, n° 13. Elle y continue à allaiter un petit garçon qu'elle a mis au monde il y a trois mois et qui paraît plein de santé et de force.

Pas plus que cet enfant, la mère ne porte aucun indice d'affection vénérienne. Agée de vingt-six ans, elle raconte que, sauf un peu de gourme dans la première enfance, sauf une ophthalmie qui a succédé à cette gourme et a duré jusqu'à l'âge de quatorze ans, c'est-à-dire jusqu'au moment où les règles ont paru pour la première fois, sauf une fièvre typhoïde très bénigne, d'une quinzaine de jours, quand elle avait environ quinze ans, elle s'est toujours parfaitement portée. Elle n'a jamais eu ni maux de tête, ni maux d'estomac, ni névralgie d'aucune espèce, ni éruption autre que la gourme de la première enfance, ni maux de gorge, ni toux, ni affection nerveuse, ni aucun trouble dans la menstruation en dehors de ses trois grossesses. Elle n'a jamais éprouvé de misère, s'est toujours nourrie d'une façon suffisante et saine. Fille unique, elle avait pour père un employé de la gare d'Orléans dont le traitement leur suffisait pour vivre. Quand il fut mort, elle travailla d'abord comme fleuriste; puis, il y a six ans, elle se mit en ménage avec un graveur qui gagne assez pour les deux et avec lequel elle vit maritalement depuis cette époque.

Elle en eut trois enfants : 1° une petite fille, âgée actuellement de cinq ans et qu'elle a nourrie pendant vingt mois de son lait d'une façon tout à fait exclusive; c'est une vigoureuse enfant, qui n'a jamais eu un seul instant de maladie; 2° un petit garçon, qu'elle a nourri quinze mois, et qui, lui aussi, se porte bien, sauf un peu de gourme à la tête; 3° l'autre petit garçon, qu'elle nourrit actuellement et qui, comme nous l'avons dit, est exceptionnellement robuste.

Rien ne pouvait donc faire présumer, chez cette femme, aux enfants superbes, une diathèse syphilitique, lorsqu'elle ressentit, pour la première fois, il y a deux mois, un mal de gorge. Elle n'était pas du tout sujette, jusqu'alors, soit aux rhumes, soit aux angines. Elle ne se rappelle pas avoir jamais toussé. Aussi ne prenait-elle aucune précaution contre les refroidissements possibles. Elle ne portait habituellement rien autour du cou. Comme la douleur que lui

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1872, p. 104, 356, 365, 406; année 1876, p. 365, 661, etc.

(2) Voir notamment *Gazette des hôpitaux*, année 1872, p. 643, 714; année 1875, p. 658; année 1879, p. 605, 681, 736; année 1880, p. 537, etc.

causait ce mal de gorge était assez vive, surtout durant la déglutition, elle vint à la consultation de la Charité, où on lui prescrivit l'iodure de potassium. Elle alla rapidement mieux. Au bout de trois semaines, elle se considérait comme entièrement guérie, n'éprouvant plus, en avalant, aucune sensation pénible.

Un mois seulement plus tard, dans la journée du dimanche 8 juin, elle recommença à souffrir un peu; le lendemain, la douleur était devenue plus vive, surtout quand la malade voulait boire ou manger. Elle s'exaspéra encore le mardi, et ce fut alors qu'on aperçut sur le voile du palais, tout près de son union avec la voûte palatine, deux taches blanches ressemblant à des aphthes, et chacune à peu près du volume d'un pois. Puis un premier trou se produisit à la place de celle de ces taches qui était la plus proche de la ligne médiane. Dès le mercredi, un second trou existait auprès du premier; ils intéressaient, l'un et l'autre, toute l'épaisseur du voile du palais, et ils paraissaient faits comme à l'emporte-pièce.

Chose curieuse, le mal de gorge, loin de s'accroître, s'apaisait à mesure que se formaient et que s'agrandissaient ces pertes de substance.

Les deux trous, dictincts d'abord, se réunirent bientôt et n'en formèrent plus qu'un, grand à peu près comme une pièce d'argent de vingt centimes. Cependant, malgré cette réunion, on voit bien encore que ce trou, maintenant unique, résulte de l'élargissement de deux ulcérations à contours circulaires : l'une située très haut, tout à fait contre la ligne d'attache du voile du palais, du côté gauche, près de la ligne médiane; l'autre un peu plus bas et plus en dehors. Quand nous l'avons examinée, cette ulcération inférieure et extérieure était limitée à gauche par un bord moins régulièrement taillé à pic, sur lequel on remarquait, par places, un revêtement blanc, pultacé. Une sorte de liséré d'un rose presque rouge entourait la double ulcération dans son ensemble. Partout ailleurs le voile du palais, l'arrière-gorge, les amygdales présentaient un aspect normal ou à peu près. Les aliments, surtout les liquides, tendaient à refluer par le trou du voile du palais, et cela gênait un peu la malade pour manger, de même que le nasonnement produit par le reflux de l'air la gênait pour articuler les paroles. Mais elle ne souffrait plus à proprement parler, elle n'avait pas la moindre fièvre, son appétit était excellent, et son lait devait être bon si on en jugeait par la manière dont son enfant prenait le sein et tétait.

Voilà donc des perforations assez étendues du voile du palais, qui se sont produites en quelques jours, nous dirions même en quelques heures s'il fallait se fier complètement à ce que raconte la malade.

Cette extrême rapidité dans le travail ulcératif n'est nullement le fait des angines scrofuleuses sous leurs deux formes les mieux connues : celle qui a fait l'objet des recherches d'Isambert, et celle, bien plus grave, que M. Constantin Paul a décrite sous le nom de *lupus du pharynx*.

Ce n'est pas non plus le fait ordinaire des angines tuberculeuses observées par MM. Bucquoy, Barth, Chassagnettes, etc.

Les ulcérations vénériennes, résultant de la fonte de gommes syphilitiques se forment, il est vrai, plus vite que les précédentes. Mais, quoiqu'il y ait eu deux cas, observés par M. Trélat, où ces gommes ont précédé toute autre manifestation extérieure de la syphilis, ce n'est pas ainsi que les choses se passent d'ordinaire.

D'ailleurs la beauté du dernier enfant, son apparence magnifique, ne cadre guère bien avec l'hypothèse d'une syphilis déjà ancienne, capable de produire des gommes à évolution si rapide. C'est en vain, du reste, qu'en interrogeant cette femme, nous avons tenté de découvrir soit dans son histoire personnelle, soit dans celle de ses parents, soit dans celle de l'homme avec lequel elle vit, quelque indice qui pût nous mettre sur la trace d'une syphilis, soit acquise, soit héréditaire. Sa mère, dit-elle, jouissait d'une excellente santé jusqu'au moment où elle est morte d'une attaque d'apoplexie. Son père était, il est vrai, asthmatique, et il a souffert de cette maladie durant douze ans; mais il n'a jamais eu d'éruption, ne s'est jamais plaint de douleurs de tête, ni de douleurs dans les membres, ni de rien en dehors de l'asthme. Le père de ses enfants est un homme rangé, qui, lui aussi, n'a jamais présenté rien de suspect. La seule maladie qu'il ait eue, est un rhumatisme articulaire, qui a légèrement touché le cœur.

Évidemment ce ne sont là que des renseignements négatifs dont il ne faut pas s'exagérer la valeur.

Elle-même, elle n'offre nulle part de gonflement ganglionnaire, et d'après la gourme, suivie d'ophthalmie, qu'elle a présentée dans l'enfance, on tendrait plutôt à songer à une scrofulose.

Mais s'agit-il en réalité d'une syphilis, cette observation n'en serait pas moins remarquable par l'absence de tout ganglion, par la bonne santé générale, et par le contraste résultant de l'extrême acuité des accidents locaux.

Nous donnerons la suite de cette observation.

L'antisepsie dans les hôpitaux de Paris.

Comme le disait mardi dernier M. Verneuil, les praticiens, d'après les discours prononcés à l'Académie de médecine dans la discussion sur l'érysipèle, doivent être assez embarrassés pour le choix d'un antiseptique.

En effet, le procédé de Lister, dans toute sa complication, n'a plus beaucoup de partisans aussi fidèles que M. Verneuil. On l'a délaissé ou modifié en le combinant avec l'emploi d'autres moyens dans la plupart des services chirurgicaux.

L'iodoforme et le bichlorure de mercure sont actuellement surtout à la mode.

Nous avons vu de tout temps employer l'iodoforme contre des ulcères vénériens, contre certaines plaies de mauvais aspect. Quelques chirurgiens tendaient même à en généraliser l'usage, il y a déjà plus de vingt ans. Mais ce qu'on attendait alors de lui, c'était une action modificatrice sur les surfaces suppurantes, et non une protection contre l'action funeste de germes venus du dehors. On n'avait pas d'ailleurs songé à en faire entrer les paillettes entre les mailles de feuilles de gaze, et l'iodoforme étalé en nature était d'un emploi bien moins commode que la gaze iodoformée.

C'est sous ce dernier état qu'on l'emploie aujourd'hui, quand dans le pansement des plaies on lui attribue le premier rôle, en lui associant d'ordinaire, comme mode extérieur de protection, soit la ouate hydrophile, soit la ouate phéniquée. Bien entendu, il faut, en outre, se servir de quelque antiseptique liquide, tel qu'une solution d'acide phénique ou de chlorure de zinc, pour tous les soins de propreté, les lavages et les injections.

Somme toute, cela demande bien moins de minutie que le pansement complet de Lister.

Mais cette année, nous voyons employer en qualité d'antiseptique, dans le service de M. le professeur Richet, à l'Hôtel-Dieu, d'une façon exclusive, la solution de bichlorure de mercure, dite Liqueur de Van Swiéten, soit pure, soit étendue d'eau ; et vraiment c'est bien là, de tous, le genre de pansement qui paraît joindre la plus grande simplicité à la plus grande efficacité.

Rien de plus simple en effet. Un seul liquide, qui se trouve préparé dans toutes les pharmacies, sert à la fois pour tous les lavages, pour les injections à pratiquer dans les cavités suppurantes, en un mot, pour l'antisepsie avant, pendant, après l'opération.

C'est dans ce liquide que le chirurgien et ses aides lavent leurs mains, qu'il plonge ses instruments, ses éponges, etc. C'est dans ce liquide qu'il imbibe le morceau de gaze ou de tarlatane dont il recouvre la partie qu'il vient d'opérer.

Or jamais le pansement de Lister, dans toute sa complication, même alors que l'on apportait à son application la plus grande minutie, n'a pu produire des résultats plus pleinement satisfaisants.

Depuis que M. Richet emploie le sublimé, les suites des opérations sont devenues tout autres dans ses salles. On y obtient à peu près constamment la réunion par première intention. Nous citerons, à titre d'exemple, les amputations du sein faites cette année, et qui, toutes, ont été suivies d'une réunion immédiate de la plaie.

Deux de ces opérées se trouvent encore actuellement dans le service, salle Notre-Dame. L'une, au n° 8, est une femme de cinquante-quatre ans, entrée le 16 mai, et à laquelle on a enlevé, le 24 mai, une tumeur squirrheuse du sein grosse comme une orange. L'autre, au n° 6, à peu près du même âge, entrée le 28 mai, a été opérée le 6 juin, d'une de ces tumeurs malignes du sein, décrites par M. Richet, ayant eu leur point de départ dans le mamelon, s'étant étendues dans la direction des lymphatiques, et formant entre le mamelon et l'aisselle comme une corde rétractée. Chez l'une et chez l'autre la réunion s'est faite par première intention.

Nous avons pris au hasard ces exemples, car nous pourrions en citer bien d'autres tout aussi probants. Mais nous aurons à revenir sur tout ceci, particulièrement à propos d'une opérée dont l'histoire clinique demande quelques développements.

Extirpation totale de l'utérus.

La jeune femme à laquelle M. Tillaux a pratiqué, le mardi 2 juin, l'hystérectomie par la voie vaginale, est dans le meilleur état possible. Elle se trouve si bien ce matin que, se considérant comme entièrement guérie, elle réclamait avec insistance son retour dans les salles communes, car elle s'ennuie dans son isolement.

Le ventre est plat, souple partout, nullement sensible à la pression. Il n'est pas survenu, du reste, de ce côté, la plus légère douleur à la suite de l'opération.

Le quatrième jour, M. Tillaux a retiré le gros tube qu'il avait introduit dans le cul-de-sac péritonéal, et par lequel ne s'écoulait aucune espèce de liquide.

Le septième jour, il a également retiré les premiers tampons de gaze iodoformée dont il s'était servi pour bourrer le vagin, et il ne les a remplacés que par deux petits morceaux de cette gaze antiseptique.

La malade, que l'on sondait jusqu'alors tous les jours six fois, ce qui avait provoqué un peu d'uréthro-cystite, a pu dès lors uriner seule, et les besoins constants qu'elle accusait se sont calmés.

Nous avons sous les yeux le cahier sur lequel on a noté avec grand soin, au fur et à mesure, les moindres particularités qui se sont présentées depuis le premier jour.

Il y a eu d'abord un état nauséeux, de temps en temps un peu de hoquet, des vomituritions et même des vomissements, imputables au chloroforme.

La température dans l'aisselle était de 38°,8 le soir du mardi 2 juin, jour de l'opération, et de 38°,6 le lendemain matin. Vers trois heures de l'après-midi, le mercredi, après un sommeil de quelques heures provoqué par une injection hypodermique de morphine, il y eut un vomissement de bile verte. C'était un des jours les plus chauds de la saison, et la malade est jusqu'ici restée dans une chambre sous les combles. Elle se trouvait très fatiguée de la chaleur, mais elle ne souffrait nullement du ventre. La température axillaire ne fut plus, le soir, que de 38 degrés; le jeudi matin, de 37°,8; le jeudi soir, de 37°,4; elle se maintint à 37°,4 pendant la journée du vendredi.

Le samedi, il y eut un vomissement le matin et du malaise dans la journée; la malade essaye, mais en vain, d'uriner seule. L'urine retirée par la sonde est trouble, chargée de muco-pus. Sous l'influence de cette uréthro-cystite, la température axillaire s'élève jusqu'à 38°,8 dans la soirée du dimanche. Puis, le tamponnement du vagin ayant été retiré, la cystite se calme et la température, en présentant encore certaines oscillations, plus élevée le soir que le matin, se rapproche progressivement de la normale.

Il n'y avait pas eu de garde-robe jusqu'au neuvième jour. Un purgatif à l'huile de ricin, administré alors, provoqua quatre selles semi-solides, fort abondantes.

On peut maintenant, croyons-nous, considérer cette malade comme en pleine voie de guérison. S'il survenait quelque complication inattendue, nous en avertirions nos lecteurs.

Les conférences de l'hôpital Saint-Louis.

I. Il ne suffit pas d'avoir, sur les lésions syphilitiques de la peau, une idée générale et d'ensemble, de savoir qu'elles sont de couleur cuivrée, exemptes de douleur, intermittentes dans leurs manifestations; variables, protéiques dans leurs espèces; variables, nomades dans leurs sièges, disséminées sans ordre et généralisées sur toute la surface du corps, quand elles sont *précoces*, et que la syphilis est de date récente; limitées à un petit nombre de régions et groupées avec diverses configurations quand elles sont *tardives* et que la syphilis est ancienne; ulcéreuses quand elles dénotent la *période tertiaire* de l'évolution syphilitique; il faut encore étudier en particulier chacune de ces lésions afin de se faire une idée bien exacte de leur caractère individuel.

Cette étude individuelle est nécessaire; car souvent la syphilis se présente avec un caractère mal défini et difficile à déterminer; souvent elle ne se révèle que par un très petit nombre de lésions, par une seule lésion quelquefois, et il faut que nous soyons à même de trouver dans cette seule lésion le cachet de la diathèse. Il y a deux écueils également graves à éviter : méconnaître la syphilis, ne pas la voir quand elle existe, et s'imaginer avoir affaire à elle quand elle n'existe pas. Combien d'erreurs de diagnostic sont journellement commises sous ce double rapport !

Le chancre vénérien, infectant, est une ulcération arrondie faite comme à l'emporte-pièce, à bords tranchants, entou-

rés d'un cercle dur, comme cartilagineux; son fond est grisâtre. Il y a toujours un engorgement ganglionnaire indolore, et quand le chancre a disparu, après une durée de quatre à six semaines, il se survit à lui-même par une cicatrice indélébile et qui conservera indéfiniment le cachet syphilitique : empreinte ineffaçable mais pathognomonique qui, dans certains cas, devra vous suffire pour établir le diagnostic *syphilis*.

La *roséole syphilitique* se présente sous la forme de macules d'un rouge brun, cuivreux; elles sont irrégulières dans leurs contours et leur teinte sombre disparaît sous la pression du doigt pour reparaître aussitôt.

Les *papules syphilitiques* sont tantôt petites, pointues, réunies en groupes, c'est le *lichen syphilitique*, autrement dit, c'est la *syphilide lichénoïde;* tantôt elles sont isolées, arrondies, ayant la forme et la couleur d'une lentille, c'est la *syphilide papuleuse lenticulaire*.

Les *tubercules syphilitiques* forment des reliefs plus saillants, mais leur couleur cuivrée et leur forme arrondie sont les mêmes.

Les *squames syphilitiques* sont minces, lamelleuses, blanches, non adhérentes; elles se détachent d'elles-mêmes du centre des papules et des tubercules qu'elles laissent à nu, dépouillé d'épiderme, tandis que la base de ces papules et de ces tubercules est entourée d'un cercle épidermique décrit par Biett sous le nom de *collerette* et que l'on appelle, pour cette raison, *collerette de Biett*.

Les *tubercules syphilitiques* sont dits *tubercules muqueux*, lorsque, siégeant dans des régions où la peau est fine, en opposition avec elle-même, arrosée par des sécrétions abondantes, ils prennent une couleur rosée, une consistance molle, qui leur donnent l'apparence d'une *prolifération muqueuse;* ils sont saillants, arrondis, leur surface est déprimée en cupule; abandonnés à eux-mêmes, ils deviennent végétants, confluents et forment la *plaque muqueuse*.

Syphilide vésiculaire ou *eczéma syphilitique*, comprenant 2 variétés : la *syphilide varicelleuse* et la *syphilide herpétiforme*.

A une période ancienne de l'évolution de la syphilis, les papules et les tubercules prennent diverses configurations. Tantôt autour d'une papule centrale rayonnent des papules plus petites (*syphilide corymbiforme*); tantôt les papules ou tubercules syphilitiques se développent, en partant comme d'un centre, pour gagner de proche en proche les parties plus éloignées : à mesure que les premières lésions se cicatrisent, il s'en forme de nouvelles à la périphérie (*syphilide serpigineuse*).

Les ulcérations syphilitiques sont rondes, régulières, nettement limitées; leurs bords, coupés à pic, sont tranchants, jamais décollés; leur fond est d'un rouge cuivré, grisâtre. Ces ulcérations sont consécutives ou bien à un traumatisme quelconque, ou bien à l'ouverture d'une tumeur fluctuante, appelée *gomme*, à cause de la consistance gommeuse du liquide qu'elle contenait. Ces ulcérations résultent encore d'une pustule d'ecthyma (*ecthyma syphilitique*) ou d'une bulle de rupia (*rupia syphilitique*) ou d'une pustule syphilitique (*syphilide pustulo-crustacée*). Les croûtes qui recouvrent ces ulcérations sont caractéristiques de la syphilis par leur épaisseur, par leur couleur d'un vert brun, bronze florentin, par leur épaisseur et leur ténacité à persister dans le siège qu'elles occupent.

II. Après avoir, dans sa deuxième et dans sa troisième conférence, établi tous les principes du diagnostic des lésions cutanées de la syphilis, M. Guibout a consacré la quatrième à la question si importante du traitement de la syphilis et de ses lésions symptomatiques sur la peau.

Pour exposer d'une manière complète et avec méthode cette question de thérapeutique si vaste et si complexe, M. Guibout envisage d'abord la syphilis chez l'adulte, et il divise tout ce qui a rapport au traitement en trois parties : 1° *traitement de la diathèse;* 2° *traitement des lésions cutanées symptomatiques de la diathèse;* 3° *traitement du malade relativement à sa santé générale, à sa constitution, à son hygiène.* Il développe successivement chacune de ces trois divisions :

1° *Traitement de la diathèse.* — Il a pour base deux spécifiques, le mercure et l'iodure de potassium. Le mercure est le spécifique des deux premières périodes de l'évolution syphilitique, c'est-à-dire de sa période *primitive*, représentée par le chancre induré, et de sa période secondaire, *précoce et tardive*, représentée par les syphilides rubéoliques, papuleuses et tuberculeuses, squameuses et non squameuses, par les tubercules muqueux et par les syphilides en groupes, circinées, serpigineuses. L'iodure de potassium est le spécifique de la période tertiaire, représentée par les syphilides ulcéreuses (*gomme, ecthyma, rupia syphilitique, syphilides pustulo-crustacées*).

Le mercure est un médicament héroïque : indispensable et jamais dangereux, quand on sait l'administrer; loin de détériorer la constitution, il la dépure, la tonifie, et jamais un malade ne présente mieux tous les attributs de la santé qu'après avoir subi un traitement mercuriel, mais à la condition que ce traitement ait été dirigé avec intelligence. Le mercure est administré de différentes manières : en Damenark, en Suède, en Russie, M. Guibout l'a vu introduire dans l'économie en injections et par la méthode endermique. Il juge préférable de le faire prendre par l'estomac, et il emploie habituellement le protoïodure comme étant le sel le plus soluble et le plus facilement assimilable. Il le prescrit en pilules; chaque pilule est composée de :

Protoïodure de mercure .	3	centigrammes.
Extrait d'opium.	1	—
Extrait de gentiane . . .	10	—

Le malade n'en prend qu'une seule par jour. Le mercure, étant un *médicament altérant*, n'agit d'une manière curative qu'à la condition d'être digéré, assimilé, et de ne produire aucun trouble dans les fonctions physiologiques : or, à plus fortes doses, il devient un médicament *perturbateur*, il n'est plus assimilé; il est par conséquent dangereux. Son administration doit être continuée pendant un temps variable suivant l'âge du malade, suivant sa constitution et suivant la forme plus ou moins grave de la syphilis. La durée du traitement varie de six mois à une année. La disparition de toutes les lésions cutanées, des pléiades ganglionnaires cervicales et inguinales, ainsi que l'état florissant de la santé, sont un critérium relativement à la guérison. Mais comme cette guérison peut n'être encore qu'*apparente*, il faudra revoir le malade au moins deux fois par an, à chaque renouvellement de la saison; lui prescrire, à l'automne et au printemps, et cela pendant plusieurs années, un traitement mercuriel d'un mois environ, même en l'absence de tout accident appréciable.

L'iodure de potassium est le spécifique des accidents tertiaires. Il sera bon, à la période des syphilides intermédiaires, tardives, érosives, de prescrire un traitement mixte,

et de donner en même temps le mercure et l'iodure de potassium, soit réunis sous la forme de sirop de Gibert, à la dose de deux grandes cuillerées par jour (chaque cuillerée contenant : biiodure de mercure, 1 centigramme, et iodure de potassium, 50 centigrammes); soit isolés, une pilule hydrargyrique le matin, et l'après-midi, de 2 à 3 ou 4 grammes d'iodure de potassium, en solution. Dans les accidents franchement tertiaires, l'iodure de potassium sera prescrit *seul*, et nous ne le donnons pas au delà de 4 à 5 grammes par jour, en solution dans l'eau ou dans le sirop d'écorces d'oranges amères. Comme pour le mercure, l'usage de l'iodure de potassium devra être longtemps continué, six mois, une année et plus encore, et après la disparition de tout accident, il devra être repris, deux fois par an, pendant un mois, et cela trois ou quatre années de suite.

2° *Traitement des lésions.* — Le chancre primitif, induré, ne doit pas être cautérisé, comme le font beaucoup de médecins. Les cautérisations, impuissantes à détruire le virus syphilitique déjà absorbé, ne font qu'irriter, qu'enflammer le chancre ; elles le rendent douloureux, elles pourraient y déterminer le phagédénisme. Le chancre doit être traité par des topiques modificateurs, mais non irritants ; ainsi par une pommade composée de :

Vaseline..........	30	grammes.
Calomel..........	4	—
Laudanum de Sydenham..	2	—

ou bien par des emplâtres de sparadrap de Vigo *cum mercurio ;* ou bien par de la charpie fine imbibée de vin aromatique. Il faut éloigner du chancre tout frottement, tout contact irritant.

L'alopécie, les syphilides rubéoliques, papuleuses, squameuses, tuberculeuses, se guérissent sans aucun traitement local et par le seul fait du traitement diathésique. Il faut avoir bien soin de donner des bains tièdes émollients, qui favorisent les fonctions de la peau ; mais il faut interdire rigoureusement les bains sulfureux et alcalins, ainsi que les bains froids et les bains de mer, qui, par leurs propriétés irritables, développeraient davantage les syphilides, leur imprimeraient un caractère plus sérieux, et, de *syphilides bénignes* qu'elles étaient, pourraient les transformer en *syphilides malignes.*

Les tubercules muqueux, étant doués d'une active et intense prolifération, doivent être traités par le nitrate d'argent : deux, trois ou quatre cautérisations ; l'absence de tout frottement, leur isolement réciproque, suffisent pour les faire disparaître.

Dans les lésions tertiaires, s'il y a des croûtes comme dans le rupia, comme dans les syphilides pustulo-crustacées, il faut ménager les croûtes, les considérer comme des opercules qui, en protégeant les parties ulcéreuses sous-jacentes, favorisent, par cela même, leur cicatrisation, qui s'opère sous la seule influence du traitement diathésique. Mais si les ulcérations sont à nu, on les traitera, comme le chancre, par tous les moyens capables de favoriser un travail cicatriciel, sans produire d'irritation trop vive dont il faut toujours se défier.

3° *Traitement du malade.* — Si la constitution est pléthorique, joindre au mercure et à l'iodure de potassium l'action des minoratifs, des boissons délayantes, diurétiques. Si, au contraire, il y a de l'anémie, donner, pendant toute la durée du traitement diathésique, du fer, du quinquina, du phosphate de chaux, de l'huile de foie de morue. Avant de prescrire le traitement diathésique, consulter toujours l'état des voies digestives ; en cas d'embarras gastrique, prescrire un ou deux vomitifs, un ou deux purgatifs ; ne donner les spécifiques que quand l'intégrité des voies digestives est parfaite, sans quoi ils seraient mal supportés et aggraveraient l'état général.

Traitement de la syphilis infantile. — Aux enfants à la mamelle, prescrire des frictions sur les parois latérales du tronc avec l'onguent napolitain ; mais surtout faites leur prendre un lait mercuriel et ioduré, en administrant aux nourrices le mercure et l'iodure de potassium, *aux doses toujours inoffensives*, que nous avons indiquées.

ULCÉRATIONS MULTIPLES

DE LA CAVITÉ BUCCALE ET DU TUBE DIGESTIF PAR LA MORPHINE A HAUTE DOSE

Par M. le docteur Amédée Sourrouille.

Si, dans un grand nombre de cas, la morphine a le précieux avantage de calmer le symptôme douleur et de modifier, dans un sens favorable, certains états pathologiques, dans d'autres, son emploi constitue un danger réel.

L'expérience démontre que l'homme la tolère beaucoup mieux que la femme. Cependant il est des constitutions particulières de l'un et de l'autre sexe qui sont réfractaires à l'action de ce médicament.

Je n'ai nullement la prétention de rééditer les effets physiologiques de la morphine; chacun de nous connaît son action sur l'innervation, sur les appareils et les systèmes divers de l'organisme.

Elle a encore une propriété exclusive qui reste souvent inaperçue, celle de détruire l'épithélium et de produire conséquemment l'ulcération.

Je cite un cas personnel :

Mme X..., atteinte de cancer de l'utérus, éprouvait, par intermittence, des douleurs très vives du côté des organes du bassin.

La médication calmante épuisée, j'eus recours à la morphine.

La piqûre n'étant pas du goût de la malade, la forme pilulaire fut seule acceptée.

J'ai commencé par doses progressives de 5, 10, 15, 20 et 25 centigrammes.

Espacées les unes des autres, ces doses sont parfaitement tolérées.

Pas de vomissements; souffrances atténuées, supportables, à peine sensibles.

Cette sédation momentanée n'empêchait pas les ravages du côté de l'appareil digestif. La soif, la sécheresse de la bouche et de la gorge, la difficulté de la déglutition, la perte de l'appétit, le dégoût des aliments, la constipation, une miction pénible, douloureuse, peu abondante, incommodaient la malade outre mesure.

Bientôt des ulcérations multiples, les unes en nappe, les autres profondes, aux bords taillés à pic, envahissent la cavité buccale, le pharynx, et, selon toutes probabilités, le tube digestif; elles placent Mme X... dans l'impossibilité la plus absolue de prendre la moindre nourriture.

Soupçonnant que la morphine pouvait bien provoquer des accidents de cette nature, je la supprime immédiatement.

Quelques jours après, et sans *l'intervention du moindre détersif*, je remarquai, à ma grande surprise, que les ulcérations de la bouche avaient complètement disparu et permettaient à la malade de s'alimenter un peu ; les fonctions digestives, en effet, avaient repris leur cours habituel.

Peu de temps après, les douleurs utérines deviennent très aiguës. Je prescris de nouveau la morphine.

Les ulcérations réapparaissent avec plus d'intensité, accompagnées des mêmes accidents. Il n'y avait plus à douter : la morphine les occasionnait ; j'en cessai l'administration.

Mme X... vécut encore deux longs mois sans présenter du côté de la bouche la moindre trace d'ulcération.

D'après cette courte observation, on peut ajouter que la morphine a la propriété : d'atrophier l'appareil de la sécrétion ; d'épuiser, à courte échéance, par son abus prolongé, les liquides de l'organisme ; de détruire les épithéliums partout où ils se rencontrent ; de produire des ulcérations de la cavité buccale et du tube digestif.

Cette action spéciale à la morphine n'est pas constante ou n'a pas été remarquée chez tous ceux qui en font un usage journalier. Il faut reconnaître cependant qu'il y a des malades constitutionnellement prédisposés à recevoir les atteintes les plus intimes de ce succédané de l'opium.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juin 1885. — Présidence de M. Horteloup.

CORRESPONDANCE

M. Surmay adresse une observation de kyste hydatique du foie traité sans succès par des ponctions capillaires.

M. Verneuil demande que la question de la cure radicale des kystes hydatiques du foie soit mise à l'ordre du jour de la Société, les ponctions capillaires, la méthode de Récamier étant des moyens de traitement tout à fait insuffisants.

M. Pozzi présente de la part de M. Neugebauer (de Varsovie) une série de photographies représentant des instruments destinés à faciliter l'examen et l'opération de la fistule vésico-vaginale.

COMMUNICATIONS

Taille hypogastrique. — M. Terrillon communique l'observation d'un homme de soixante-quatre ans qui, après avoir eu seulement trois légères hémorrhagies en urinant, sans aucune douleur, fut pris, au mois de janvier, d'envies fréquentes d'uriner. M. Olive (de Nogent-sur-Seine) l'envoya à M. Terrillon pour être examiné. Celui-ci, après l'avoir chloroformé, reconnut facilement dans la vessie la présence d'un petit calcul; puis il crut sentir un corps dur sur le fond même de la vessie. Il commença par extraire facilement la première pierre par la lithotritie. Ayant eu de nouveau la sensation d'un corps dur, il se décida aussitôt, assisté de M. Monod, à pratiquer la taille hypogastrique selon le le procédé de Petersen. Il trouva ainsi cinq calculs qu'il put extraire avec la plus grande facilité. Le malade a très bien guéri.

M. Monod fait ressortir l'immunité de la taille hypogastrique et l'utilité incontestable de cette opération dans des cas analogues à celui que vient de présenter M. Terrillon. Toute autre taille, en effet, dans des cas de ce genre, aurait laissé un calcul.

De l'incision périnéale dans les abcès prostatiques. — M. Second donne lecture d'un travail sur les avantages de l'incision périnéale dans les abcès prostatiques. (Comm. : MM. Sée, Pozzi et Reclus.)

PRÉSENTATIONS DE PIÈCES ET D'INSTRUMENTS

M. Nicaise présente, de la part de M. Gentilhomme (de Reims), une sonde cannelée dilatatrice destinée à faciliter la trachéotomie crico-thyroïdienne, plus particulièrement l'incision et la dilatation. Cet instrument peut servir à beaucoup d'autres usages.

M. Terrillon présente le moule des mains d'un malade âgé de vingt-six ans qui porte aux extrémités de chaque doigt des lésions ulcéreuses avec un épaississement épidermique considérable autour des ulcérations. Il y a de l'anesthésie sur les doigts ainsi altérés. Ce sont donc là des troubles dépendant du système nerveux. M. Fournier considère ce malade comme un tabétique syphilitique. Il y a déjà beaucoup d'amélioration dans l'état de ce malade depuis que ses mains sont soustraites à toute cause de frottement.

M. Trélat rappelle avoir, dans une leçon faite à Necker, attiré l'attention sur des faits analogues qu'il avait désignés sous le nom de troubles trophiques accompagnant le mal perforant. La duplicité et la symétrie de ces lésions indiquent bien leur origine profonde et centrale. Ce ne peut être que dans la moelle que réside la cause anatomique de ces troubles.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

161. M. Sapelier. Étude sur le sulfure de carbone. — 162. M. Ricard. Contribution à l'étude des concrétions calcaires et phosphatiques de la vésicule biliaire. — 163. M. Wickham. De la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum. — 164. M. Leroy. Statistique de la mortalité de la nouvelle clinique d'accouchements, au point de vue de la fièvre puerpérale et de la méthode antiseptique. — 165. M. Le Large. Contribution à l'étude des lésions du cervelet. Symptomatologie et diagnostic. — 166. M. Bourthoumieux. Attitudes vicieuses du pied dans les fractures de la jambe. — 167. M. Naudin. Contribution à l'étude des ulcérations du col. — 168. M. Saric. Nature et traitement de la chorée. — 169. M. Loghiadès. — De l'allongement hypertrophique et de l'élongation de la portion sus-vaginale du col de l'utérus. — 170. M. Parent. Contribution à l'étude de la mort dans la variole. — 171. M. Beluze. De l'éthermanie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 10 juin 1885, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Mondon et Foucaud, médecins de deuxième classe de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 5 juin 1885, M. le médecin inspecteur général Didiot, président du comité consultatif de santé, a été désigné pour procéder, cette année, à l'inspection générale de l'École du Val-de-Grâce.

— Les candidats du concours qui doit s'ouvrir lundi prochain 15 juin 1885, à une heure précise, pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer, sont au nombre de quatre. Ce sont : MM. Fournier, Bresson, Barthomeuf et Pellissier.

Le jury se composera de MM. les docteurs Cadet de Gassicourt, de Beurmann et Peyrot.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine herborisation le dimanche 21 juin, à Fontainebleau. Rendez-vous gare de Lyon pour le train de 7 h. 35 min. — Prière de se faire inscrire et de verser le montant du voyage, galerie des herbiers, au Muséum, de une heure à quatre heures, avant le vendredi 19 juin.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution à l'étude des iodiques, leur action sur la nutrition générale et leur mode d'élimination, par le docteur Duchesne. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires, par le docteur Pérochaud. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la gastrostomie dans les rétrécissements non cancéreux de l'œsophage, par le docteur Cohen. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la broncho-pneumonie dans la diphthérie, par le docteur Darier. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Étude sur les paralysies alcooliques (névrites multiples chez les alcooliques), par le docteur Œttinger. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De la tuberculose du péritoine et des plèvres chez l'adulte au point de vue du pronostic et du traitement, par le docteur Boulland. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Les voyages en mer et les poitrinaires, par le docteur L. Thaon. In-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, O. Berthier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17961.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 15 juin 1885.

Hier, dimanche, a eu lieu l'inauguration du Nouvel hôpital du Havre, qui fait le plus grand honneur à l'administration de cette ville et aux conseillers qui l'ont aidée de leurs lumières.

Le Nouvel hôpital du Havre est édifié en dehors de l'agglomération urbaine, sur le versant sud de la côte d'Ingouville, dans une propriété de 65,000 mètres d'étendue, ornée, dans sa partie supérieure surtout, d'une abondante végétation.

La construction en a été confiée à M. Léon David, architecte, à la suite d'un concours ouvert en novembre 1880 par la commission administrative des hospices.

Les frais de premier établissement s'élèveront à 1 875 000 francs (1), ce qui fait ressortir le lit à un peu plus de 6 000 francs.

Les pavillons qui composent cet hôpital sont bâtis en amphithéâtre. C'est un avantage considérable au point de vue de la salubrité de l'établissement, car chaque pavillon est ainsi parfaitement isolé, aéré et largement exposé aux rayons du soleil.

Le nombre de ces pavillons est de 17, orientés de l'est à l'ouest, avec leur façade au sud ; 6 sont affectés à l'administration et aux services généraux ; 11 aux malades.

Sur ces derniers, 6 sont consacrés au traitement des hommes et 5 au traitement des femmes.

A l'entrée de l'hôpital, située rue de Condé et rue de Tourneville, se trouvent :

A droite, le pavillon d'administration comprenant : au rez-de-chaussée, la salle de réunion de la commission administrative et du directeur, les bureaux, le concierge; au premier étage, les logements de l'économe et ceux du pharmacien ; au deuxième étage, le logement des internes en médecine et en pharmacie.

A gauche, le pavillon de consultation, ayant : au rez-de-chaussée, le service du dispensaire avec cabinets du médecin et du chirurgien, salles aux pansements et d'attente pour les malades, la salle de réunion des médecins avec bibliothèque, le réfectoire et la salle de lecture et de conversation des pensionnaires femmes.

Au premier étage, 5 chambres : deux à un lit, deux à deux lits et une à quatre lits pour le service des pensionnaires femmes, avec chambre d'infirmière.

Au deuxième étage, un dortoir pour le personnel servant.

Chacun de ces étages est muni de lavabos et de water-closets.

Passé les pavillons d'administration, se développe la cour d'honneur, au fond de laquelle est édifiée la chapelle, qui la domine du haut d'une terrasse bordée d'une balustrade.

En arrière de cette chapelle sont disposés le dépositoire avec huit dalles en pierre entourées de rideaux et la salle d'autopsie.

A côté, une salle particulière a été réservée pour le service des inhumations du culte protestant.

A gauche de la cour d'honneur s'élèvent quatre pavillons destinés aux femmes malades.

Le quartier des hommes est à droite.

Tous les pavillons de malades sont à rez-de-chaussée établi sur un soubassement élevé, dans lequel on a établi des promenoirs, des salles de lecture et de récréation, des magasins, les calorifères, etc., etc.

Les salles de malades sont voûtées en ogive ; des ventilateurs ont été placés dans leur partie supérieure ; leur hauteur, du dallage au faîte, est de 7 mètres ; leur section, de 46m,60 ; le cube d'air par lit, de 48 mètres.

Rien n'a été négligé, du reste, pour assurer la salubrité la plus complète dans les salles ; le dallage a été fait en mosaïque, afin d'éviter les interstices qui servent toujours de réceptacles aux miasmes et aux matières organiques ; les angles des murs ont été arrondis, pour empêcher les poussières de s'y attacher et rendre le nettoyage plus complet et plus facile ; des trémies ont été disposées pour l'enlèvement, par le sous-sol, du linge sali par les malades; les poussières provenant du balayage sont également projetées dans le sous-sol, près des calorifères, où elles peuvent être recueillies et brûlées ; les water-closets sont à double siphon hydraulique, avec tuyau de chute plongeant dans une fosse à système diviseur ; l'abondance et le renouvellement d'eau assurés à ce service sont une garantie contre toute émanation ; les tuyaux de descente des eaux pluviales sont munis de siphons.

L'éclairage électrique a été substitué à l'éclairage au gaz, en vue de supprimer les inconvénients résultant de ce der-

(1) Construction. . . . . 1 200 000 fr.
Mobilier. 200 000
Terrain. 475 000

nier mode d'éclairage, notamment l'élévation de la température dans les salles, les produits délétères de la combustion du gaz, tels que l'acide carbonique et surtout l'oxyde de carbone, gaz éminemment irrespirable et si redoutable pour la santé; la vapeur d'eau, l'inégalité et l'instabilité de la lumière, susceptibles d'engendrer des affections oculaires; enfin, les dangers d'explosion ou d'asphyxie, lorsqu'il se produit des fuites dans un local clos.

La commission a donc installé l'éclairage électrique, mais en cherchant à éviter les écueils dont quelques hygiénistes s'étaient préoccupés : la lumière sera fixe, sans intensité trop vive, et l'on pourra encore, s'il en est besoin, substituer au verre blanc le verre dépoli ou coloré.

En outre, pour soustraire les salles à l'influence de la température extérieure, un matelas d'air a été ménagé dans l'épaisseur des murs et dans la toiture. Ainsi les murs sont formés d'une paroi de briques de 22 centimètres d'épaisseur à l'extérieur, d'un vide de 6 centimètres et d'une nouvelle paroi en briques creuses de 8 centimètres d'épaisseur à l'intérieur.

Enfin, la ventilation, dont il sera parlé ci-après, a été assurée.

Le premier des pavillons de femmes comporte deux salles de 14 lits, destinées au traitement des affections médicales; le deuxième, deux salles de 14 lits, pour les affections chirurgicales. Un pavillon de 4 lits a été réservé pour l'isolement des malades atteintes de complications chirurgicales : infection purulente, pourriture d'hôpital, érysipèle, etc. Enfin un pavillon de 14 lits n'a pas encore reçu d'affectation.

Le quartier des hommes comprend : un pavillon avec deux salles de 24 lits, pour les maladies chirurgicales; un pavillon avec deux salles de 24 lits également : une pour la chirurgie et une pour la médecine; un pavillon comprenant deux salles de 24 lits, pour la médecine; enfin un pavillon, des chambres et de la terrasse duquel on découvre le panorama de la Ville et de la rade, est destiné aux pensionnaires de première catégorie. Il possède 16 lits et toutes les dépendances obligées d'une maison de santé : chambres particulières avec ou sans cabinet, chambres à deux ou quatre lits, salle de bains, lavabos, salon, salle à manger, salle de lecture, cabinet de médecin, office, etc., etc.

Au sommet du coteau, à 130 mètres à vol d'oiseau des pavillons de malades, et à 620 mètres en circuit, derrière un épais rideau d'arbres, la commission administrative a fait construire, pour le traitement des personnes atteintes de maladies contagieuses, deux pavillons de chacun 11 lits, répartis dans trois chambres à un lit et deux dortoirs à quatre lits, afin de pouvoir y soigner simultanément des affections différentes.

Les murs de ces salles ont été recouverts de stuc.

Ces deux pavillons pouvant être insuffisants, on a édifié à l'ouest un pavillon de 23 lits qui, habituellement, servira pour les convalescents, mais qui, en temps d'épidémie, pourrait recevoir un nombre égal de contagieux. Enfin, si ces 45 lits ne suffisaient pas encore, on aurait la possibilité d'établir des tentes sur les pelouses existant autour de ces pavillons.

Cela fait, comme nous l'avons dit, avec les chambres particulières existant dans chaque pavillon, un total de 312 lits, soit pour chaque lit un espace superficiel de 208 mètres carrés.

Tous les pavillons de malades sont pourvus des dépendances indispensables : cabinet de médecin, cabinet de la surveillante, salle de bain, lavabo, tisanerie, laverie, réfectoire, calorifères à air chaud, water-closets, etc.; enfin, d'une galerie ou balcon placé en avant de la façade, où les malades pourront être roulés sur un fauteuil. Dans les pavillons de chirurgie, il y a en plus une salle d'opérations. Trois pavillons comportent en outre des dortoirs pour dix servants dans le premier étage établi au-dessus de la partie centrale.

Les services généraux ont été répartis dans six bâtiments.

Les trois premiers, qui contiennent l'administration proprement dite, les dispensaires et les salles de visite, la chapelle et les salles d'autopsie ont été décrits ci-dessus.

Vient ensuite un bâtiment, dont la partie sud est affectée aux bains généraux.

Ce service comprend douze cabinets (six pour les hommes et six pour les femmes), pourvus chacun d'une baignoire en fonte émaillée. Les murs de ces cabinets sont faïencés. Le plafond de ceux qui doivent servir aux bains sulfureux est stuqué. A côté, en remontant vers le nord, se trouve la salle d'hydrothérapie, munie d'appareils pour les douches en cercle, douche écossaise, douche en pluie, en jet, en lame, etc., bain de siège avec douches vaginale, périnéale et dorsale; les murs de cette salle sont stuqués; un plancher en caillebotis recouvre le sol et les caniveaux servant à l'écoulement des eaux.

A proximité de cette salle ont été placés des cabinets pour les bains russes et l'étuve sèche, un vestiaire et deux chambres de repos.

Au-dessous, dans la partie inférieure du bâtiment, on a installé une étuve pour la désinfection des linges et des effets contaminés. Les habitants de la ville auront la faculté d'en faire usage.

L'enveloppe de cette étuve est en briques de $0^m,33$, comportant un vide ou matelas d'air de $0^m,11$ dans son épaisseur. Sa hauteur est de 2 mètres, sa longueur de $2^m,45$ et sa largeur de $1^m,50$.

Le chauffage se fait au moyen de la chaudière à vapeur des bains, qui mesure 7 mètres de surface de chauffe et dont le timbre a été porté à 7 kilogr. en vue de ce service supplémentaire; 30 tuyaux à ailettes en fonte, de $0^m,08$ de diamètre intérieur, tapissent les parois de cette étuve dont la température peut atteindre 130 degrés centigrades. Un jet de vapeur peut ensuite être dirigé sur les objets pour détruire les proto-organismes et les spores qui auraient résisté à la désinfection par l'air sec.

Deux salles d'attente ont été ménagées près de l'étuve : celle du sud sert à la réception du linge; celle du nord, à la sortie. On a voulu ainsi éviter toute contamination nouvelle au linge ayant subi la désinfection.

Les objets à désinfecter sont ou accrochés au chariot supérieur de l'étuve ou déposés dans un wagonnet à compartiments pouvant recevoir au besoin trois matelas. Ce chariot et ce wagonnet roulent à l'intérieur de l'étuve sur des rails en fer prenant naissance à l'extérieur et disposés de telle sorte qu'ils ne peuvent gêner en aucune façon la fermeture des portes. Ces portes sont à deux vantaux en fer et garnies d'un corps isolant.

La cheminée d'évaporation est en communication avec celle de la chaudière.

La dépense de cette étuve, avec son générateur à vapeur, s'est élevée à 7800 francs.

A l'angle nord-ouest d'un bâtiment ont été installées les cuisines.

Au centre, avec son fourneau, son étuve, sa rôtissoire à gaz, se trouve la pièce principale autour de laquelle rayonnent le cabinet du chef, la salle d'épluchage, la laverie, le magasin aux légumes, les salles de découpage et de distribution, la paneterie, la boucherie, la laiterie et les réfectoires du personnel servant.

En sous-sol, les magasins aux légumes, les caves pour le vin, le cidre, la bière, etc.

Plus à l'est, toujours dans le même bâtiment, on trouve d'abord la pharmacie avec son laboratoire et un cabinet pour le pharmacien, puis la lingerie avec sa salle de distribution.

A l'extrémité sud-est de l'établissement, dans une cour formant pénétration dans la propriété voisine, on a placé la buanderie.

Ce service comprend :

Au rez-de-chaussée, la salle de réception du linge, avec ses casiers de triage;

La buanderie proprement dite, avec ses bacs de trempage, de savonnage et de rinçage, ses réservoirs à eau chaude et à lessive, ses cuviers, tonneau-laveur et essoreuse mus par la vapeur:

Le séchoir à air chaud;

Les ateliers de racommodage, de repassage, de matelasserie et d'épuration de la plume.

Au premier étage : d'un bout, le dortoir des ouvrières, avec lavabo et water-closets; et d'autre bout, les magasins pour le dépôt des matelas, etc.

Un pavillon est réservé au logement des chefs d'office, surveillantes et sous-surveillantes.

L'administration a utilisé, pour la lumière électrique, les deux générateurs de vapeur et la machine de 15 chevaux établis dans le sous-sol de la buanderie pour les besoins de ce service.

Lesdits appareils fonctionneront donc de jour pour le service du blanchissage, et de nuit pour celui de l'éclairage.

Les générateurs électriques se composent de trois machines dynamo-électriques du système Gramme, à double enroulement, actionnées par le moteur dont nous venons de parler.

Ils alimentent 47 lampes de deux carcels, réparties dans les salles, et 20 lanternes, représentant 59 lampes, placées dans les jardins, soit en tout 106 lampes de deux carcels ou de 20 bougies.

Chaque appareil est pourvu d'un commutateur permettant l'extinction séparée de chacune des lampes. Il y a également un commutateur général pour l'allumage de toutes les lampes ou pour leur extinction simultanée; des bouchons de sûreté ont, en outre, été placés à différents endroits du parcours, en vue de parer aux accidents, s'il s'en produisait dans le circuit.

Les appareils sont reliés aux dynamos par des fils et câbles de gutta-percha établis partie souterrainement, partie en élévation au moyen de potelets scellés sur les murs d'enceinte.

Les fils sont divisés en quatre circuits convergeant au local des machines d'où l'on peut surveiller l'intensité de la lumière des lampes branchées sur chacun de ces circuits et régler aussi la force motrice proportionnellement au nombre de lampes allumées.

La ventilation des salles de malades se fait par appel, c'est-à-dire que l'air est appelé de l'intérieur à l'extérieur au moyen de conduits d'aspiration, dont les bouches, au nombre de quatre, sont placées dans les salles de chaque côté des portes d'entrée.

Pour le fonctionnement de cette ventilation, de même que pour assurer le chauffage, des calorifères ont été construits en sous-sol; ils sont divisés en deux parties bien distinctes : l'une, celle du côté nord, contient un foyer servant, concurremment avec les rosaces à ailettes existant dans le faîtage, à la ventilation d'été; l'autre, au chauffage et à la ventilation d'hiver.

L'air pur est pris à l'extérieur, du côté nord, chauffé au contact de la cloche à ailettes et de coffres superposés existant dans l'intérieur des calorifères, puis injecté dans les salles par quatre ou six ouvertures suivant la grandeur des pavillons; deux de ces ouvertures sont à fleur de l'aire en mosaïque, au centre des salles; les autres ont été placées dans les murs des façades.

L'air vicié soit par la respiration, soit par les autres causes d'infection existant dans les salles de malades, est ensuite aspiré par les bouches d'évacuation dont nous avons parlé ci-dessus; il est amené dans une cheminée au centre de laquelle les tuyaux de fumée ont été placés afin d'élever encore sa température et accélérer, par le fait même, sa vitesse de sortie.

Des cheminées à double foyer ont, en outre, été placées au milieu des salles, tant pour concourir à la ventilation que pour la satisfaction des malades, dont la vue se trouvera réjouie par la clarté et la mobilité de la flamme.

La température des salles atteindra facilement 16 degrés centigrades, même par les plus grands froids.

Le renouvellement d'air, en été comme en hiver, sera de 150 mètres cubes par heure et par lit, et il s'effectuera à la vitesse de 1 mètre à $1^{m},50$ par seconde.

Le service des eaux est largement pourvu : la Ville donne gracieusement en eau de Saint-Laurent toute celle qui est nécessaire à l'alimentation de la population, et une source existant dans la propriété assure, par un débit journalier de 200000 litres, le service de l'arrosage et du blanchissage.

En construisant un hôpital de 300 lits, la commission administrative a tenu compte des *desiderata* de la science; nous faisons des vœux pour que les résultats répondent à son attente, et nous la félicitons d'avoir doté le Havre d'un hôpital où se trouvent réunies toutes les conditions de l'hygiène la mieux entendue.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Du caractère infectieux de l'affection ourlienne.

Le malade dont je vais vous parler est un jeune homme de vingt-huit ans; il est entré le 8 de ce mois. Son histoire est des plus simples, et cette simplicité même en fait le principal intérêt en ce qu'elle démontre le caractère infectieux des oreillons aussi bien bénins que graves.

Je vous ai déjà parlé de ce caractère l'an dernier (1) à propos d'un autre malade, mais entre ces deux faits, il existe une très grande différence. Ainsi le malade de 1884 a donné au premier coup d'œil l'idée d'un état grave et le pronostic jusqu'à la fin fut sérieux. Celui de cette année, au contraire, tout en présentant les phénomènes certains d'un état infectieux, ne nous a jamais inspiré d'inquiétude.

Il me paraît donc important de bien établir par de nouvelles observations le caractère infectieux de la maladie

ourlienne et de vous montrer par le fait d'aujourd'hui que, même dans les cas les plus bénins, ce caractère existe.

Notre malade a été pris, en parfaite santé, le 22 du mois dernier, d'une douleur avec gonflement dans la région parotidienne du côté gauche. Trois jours plus tard, la région parotidienne du côté droit était prise à son tour, ce qui est un fait ordinaire, tandis que la simultanéité du début des deux côtés est rare. La fluxion était considérable et s'accompagnait des phénomènes habituels : dysphagie proportionnelle à cette fluxion, sécheresse de la bouche et de la gorge, soif vive. Les premiers jours, cet homme n'eut point de fièvre, et celle-ci n'apparut qu'à l'occasion du gonflement du testicule droit survenu le 6 de ce mois, c'est-à-dire après un intervalle un peu plus long que d'habitude. En réalité, il est probable qu'il s'agit d'une recrudescence d'une fièvre qui, jusque-là, avait été assez légère pour n'avoir pas été remarquée de notre malade.

Le 7, le gonflement testiculaire augmenta encore, il était douloureux; il y avait un malaise très grand, la fièvre était très forte, bien que la dysphagie eût diminué.

Le 8, le malade entrait dans notre service. A ce moment la fluxion des parotides était en voie de décroissance, mais le testicule droit était très volumineux et très douloureux; la fièvre persistait et le soir la température était à 40°,4.

Le 9, fièvre encore : 39°,8 le matin, 41° le soir, montrant ainsi le caractère infectieux de la maladie. En effet, quand on voit ainsi la fièvre persister entre 40° et 41° sans qu'il existe aucune phlegmasie viscérale, naissante ou constituée, on peut en conclure qu'on est en présence d'une fièvre d'infection.

Cependant, le 9, nous pouvions avoir quelque motif d'hésitation, car du côté du cœur nous constations l'indice d'une manifestation viscérale commençante, deux foyers de souffle : le plus fort, dur, présystolique, à la pointe, correspondant à quelque endocardite initiale; l'autre, assez long, à la base, au niveau de l'aorte. Fallait-il, par suite, attribuer cette élévation de la température (41°) à l'endocardite? Or nous savons que l'endocardite ne peut avoir d'effet sur la température que s'il s'agit d'une endocardite ulcéreuse ou infectieuse et non pas d'une endocardite simple.

L'endocardite gauche aortique et mitrale que nous constations chez notre malade ne pouvait nous laisser aucune hésitation sur le caractère infectieux de la fièvre représenté par une température de 40° et 41°, alors que la tuméfaction testiculaire non seulement n'augmentait pas, mais encore que la fluxion parotidienne diminuait.

Le 10, les souffles cardiaques augmentaient et les urines, jusqu'alors sans altération, présentaient, pour la première fois, de l'albumine; la température était à 39°,4 le matin et à 40°,2 le soir. Nous étions au dix-neuvième jour de la maladie.

Il ne manquait donc, pour que l'état infectieux fût complet, qu'un seul symptôme : la tuméfaction de la rate. En effet, nous avions le cœur de l'infection, la fièvre intense et les urines albumineuses. Néanmoins tout cela n'a rien changé à l'état très bénin de la maladie.

Le 11, la tuméfaction testiculaire a diminué ainsi que la fièvre (38°,8 le matin et 38°,6 seulement le soir). L'endocardite persistait à la pointe surtout, du moins d'après les signes fournis par le stéthoscope, ainsi que certain frottement péricardique que nous avions constaté dès la veille, et que nous constatâmes encore le 11, le 12 et le 13. Cependant je crus pouvoir annoncer la défervescence de la fièvre pour le lendemain. En effet, le 12, la température était à 37°, les urines ne contenaient plus que des traces d'albumine, les régions parotidiennes n'étaient plus douloureuses, l'état général était bon, l'endocardite seule persistait au même degré.

Le 13, même état. Le 14, nous avons une menace de reprise sur le testicule gauche devenu un peu sensible; la fièvre a reparu, 38°,2; mais ce n'est qu'une fausse alerte. Le lendemain 15, la température est redevenue normale, la sensibilité testiculaire a disparu, la guérison s'affirme. Les souffles cardiaques persistent, — ils durent encore aujourd'hui, — mais très diminués d'intensité.

Aujourd'hui 25, la guérison ne s'est pas démentie; le cœur seul reste à peu près dans le même état.

Telle est l'histoire des oreillons de notre malade, et j'insiste de nouveau sur le caractère bénin qu'ils ont présenté : deux parotides et un testicule pris, pas de troubles cérébraux, aucun symptôme inquiétant, pas la moindre gravité un seul jour, bien que l'examen nous montrât trois caractères infectieux : la fièvre, l'endocardite et l'albuminurie passagère.

D'après l'observation que je viens de rapporter, il est facile de comprendre comment le caractère infectieux de l'affection ourlienne est resté si longtemps méconnu. Il a passé inaperçu parce que dans les oreillons bénins il faut chercher cet état infectieux par le thermomètre, par les urines et par le microscope. Voilà pourquoi nos devanciers, tout en reconnaissant à cette maladie un caractère épidémique et contagieux, ne les rangeaient pas au nombre des maladies infectieuses.

Je viens de parler du microscope. En effet, M. Netter a trouvé dans le sang de notre malade des microbes.

En résumé, l'idée de maladie infectieuse ne doit pas s'attacher seulement à un groupe d'oreillons, aux oreillons graves à l'exclusion des autres. De même que toutes les fièvres typhoïdes, légères, moyennes ou graves sont des maladies infectieuses, de même tous les oreillons sont infectieux, qu'ils soient légers, moyens ou graves.

L'endocardite de notre malade est, avec celle du malade de l'an dernier, le second fait seulement que j'observe dans le cours de la maladie ourlienne. Je n'en connais pas d'autre, mais je suis persuadé que si l'on cherchait bien l'on en trouverait certainement d'autres cas. Il en est là comme de l'érysipèle où l'on ne trouvait pas l'endocardite parce qu'on ne la cherchait pas. Cette détermination cardiaque n'est pas inhérente seulement aux oreillons graves, puisque nous la trouvons encore dans les cas les plus bénins; aussi l'examen du cœur ne doit-il jamais être négligé dans le cours de la maladie ourlienne. Chez notre malade de l'année dernière, l'endocardite, la convalescence survenue, n'a laissé après elle aucune trace, aucune lésion appréciable du cœur. En sera-t-il de même chez notre malade d'aujourd'hui? Je ne saurais me prononcer, car si les souffles ont diminué, cependant ils n'ont pas disparu, et pourtant il y a quatorze jours que la défervescence a commencé et sans qu'aucun incident soit venu interrompre la convalescence.

Il pourrait donc arriver ici ce que nous avons observé exceptionnellement dans l'érysipèle : que l'endocardite fût le point de départ d'une lésion valvulaire des orifices.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Duguet.

Sur un cas de tentative d'empoisonnement (suicide) par le pétrole.

Le 8 mai dernier était amenée dans mon service la nommée Rose B..., âgée de quarante-huit ans, lingère, dont les antécédents étaient les suivants :

Réglée à dix-huit ans, mariée à vingt-quatre, elle eut deux enfants actuellement bien portants; sa mère est morte à soixante-treize ans; son père, un de ses frères et son mari sont morts tuberculeux.

Généralement bien portante, Rose B... vint à Paris, il y a huit ans; elle souffrait déjà à cette époque de névralgies qui ont continué comme par le passé. Ses règles ont cessé il y a un an. Depuis quelques années, elle était sujette à des pituites le matin, à des insomnies et à des cauchemars nocturnes, à des crampes d'estomac fréquentes; bref, elle présentait les signes évidents d'un certain degré d'alcoolisme. Elle était devenue tellement susceptible au point de vue nerveux, sans être hystérique pour cela, qu'il y a trois ans elle fut prise d'hallucinations à la suite d'un réveil chloroformique provoqué pour faciliter le redressement d'un genou amené peu à peu dans une position vicieuse par le fait d'une arthrite; ces hallucinations durèrent une quinzaine de jours. Enfin, depuis quelques années, l'idée de suicide hantait nuit et jour son esprit.

Le 8 mai, à onze heures du matin, bien décidée d'en finir avec l'existence, elle crut avoir trouvé dans le pétrole un remède à tous ses maux. Elle avala donc trois verres (un demi-litre environ) de pétrole du commerce, Elle ressentit aussitôt dans la bouche, le long de l'œsophage et surtout dans l'estomac, une grande gêne avec sentiment de brûlure, qui la mirent dans un grand état d'agitation. C'est dans cet état, doublé du chagrin de ne pas avoir réussi dans l'exécution de son funeste projet, qu'on l'amena sur un brancard à l'hôpital le jour même, vers deux heures de l'après-midi.

Mon interne, M. Feulard, avec son collègue M. Martha, prévenus aussitôt, vinrent la voir et l'accompagnèrent jusque dans la salle Sainte-Joséphine. L'haleine de la malade répandait une forte odeur de pétrale, qui bientôt gagna toute la salle, où, pour le dire en passant, le pétrole ne pénètre jamais, sous aucun prétexte. La malade fut déshabillée par la sœur et par l'infirmière; tous ses vêtements furent, selon l'usage hospitalier, empaquetés et portés au vestiaire; ne conservant rien ni dans la main, ni ailleurs, je crois, elle fut revêtue d'une simple chemise d'hôpital et placée dans un des lits ordinaires de la salle au n° 7.

Tout en assistant à la toilette en question, M. Feulard et son collègue essayèrent d'abord de la faire vomir mécaniquement; ils ne purent y parvenir; la malade finit par se laisser persuader, et prit 2 grammes de poudre d'ipécacuanha dans l'espoir de mourir plus sûrement. Les vomissements furent facilités par de grandes tasses de lait données à la malade à chaque effort qu'elle faisait pour vomir; ils furent nombreux, exhalant une forte odeur de pétrole et composés de mucosités stomacales, de débris alimentaires et de lait mélangés, sur lesquels nageait une couche de pétrole reconnaissable à l'aspect des yeux du bouillon gras.

La malade n'allant pas à la selle, on lui donna un lavement purgatif qui détermina bientôt plusieurs selles composées de matières brunâtres, liquides. ayant elles aussi une forte odeur de pétrole, et recouvertes par de nombreux yeux formés par du pétrole.

Matières vomies, matières rendues par l'intestin, furent jetées, le pétrole y ayant été nettement constaté en nature. Mais la sœur, qui est une précieuse hospitalière, conformément aux habitudes que j'ai établies dans mon service et qui consistent à faire uriner toutes les malades dès leur entrée et à mettre de côté leurs urines pour me les montrer le lendemain matin à la visite, la sœur n'y manqua point avant de donner le lavement.

La malade, soutenue dans son lit par deux personnes, urina dans un vase de faïence propre tenu par l'infirmière elle-même, et l'urine frappa, dès son émission, par l'odeur intense de pétrole qu'elle exhala. Cette première urine fut mise de côté par la sœur, dans un verre à pied, en dehors de la portée de la malade ou des autres personnes. Il fut d'ailleurs entendu que l'infirmière verserait dans un bocal propre en verre les autres urines que la malade pourrait rendre jusqu'à la visite du lendemain matin. Et comme il était à craindre que la malade, visiblement agitée par la non-réussite de sa tentative, n'essayât de nouveau quelque chose en vue de se suicider, la sœur non seulement la fit garder pendant le jour, mais fit coucher l'infirmière de jour près de son lit, pour venir en aide, en cas de besoin, à l'infirmière de nuit à laquelle furent faites également toutes les recommandations.

De la sorte, aucun des mouvements de la malade n'échappa à la surveillance établie autour d'elle pendant la nuit comme pendant le jour.

On continua à lui donner du lait; elle dormit à peine, tant à cause de son agitation morale que de ses souffrances de tête et d'estomac; elle transpira passablement et la transpiration parut exhaler aussi l'odeur de pétrole.

Le lendemain, toute confuse, la malade se calma peu à peu; elle put prendre quatre litres de lait dans sa journée, dormit un peu mieux la nuit suivante, transpira encore, souffrit un peu moins de la tête et de l'estomac.

Les jours suivants, bien que la malade n'ait pas abandonné entièrement l'idée de se suicider, l'estomac toléra de mieux en mieux des aliments ordinaires; les maux de tête cédèrent à quelques prises de sulfate de quinine, et, au bout d'une dizaine de jours, tout était rentré dans l'ordre.

L'odeur du pétrole exhalée par l'haleine, par les gardes-robes et par les urines de la malade dura quatre jours, tout en décroissant rapidement chaque jour.

Aujourd'hui Rose B..., tout à fait remise, est au Vésinet où elle est partie très tranquillement il y a quelques jours.

Mais le point le plus curieux de son histoire est celui qui concerne ses urines. Le lendemain, en effet, à ma visite, on me présenta le verre à pied contenant sa première urine émise dans la salle; ce verre à pied était plein aux deux tiers; mais il ressemblait à une veilleuse, l'urine occupant la partie inférieure, et le pétrole, reconnaissable d'ailleurs à son odeur, la surnageait sur une hauteur de 2 à 3 centimètres. Du reste, l'urine émise plus tard par la malade et recueillie dans un bocal avait la même odeur et était surnagée également par une couche de pétrole d'un centimètre de hauteur environ, avec l'odeur caractéristique.

Toutes ces urines furent recueillies chaque jour avec soin, examinées et analysées chaque fois avec le concours de mon pharmacien M. Choay; elles donnèrent lieu aux observations suivantes :

Premier jour, 9 mai (de trois heures du soir à onze heures du matin) : 400 centimètres cubes d'urine, couleur jaune brun, pesant 1,003, ayant une odeur de pétrole très marquée, surnagée par une couche de pétrole de 21 centimètres cubes, contenant de l'albumine et donnant un sédiment considérable qui renferme de nombreux cylindres épithéliaux, des cellules épithéliales isolées et des cristaux d'oxalate de chaux.

Deuxième jour, 10 mai : urine de vingt-quatre heures, 800 centimètres cubes, moins foncé, pesant 1,008, surnagée par une couche de 5 centimètres cubes, contenant de l'albumine mais avec un sédiment moins considérable formé des mêmes éléments.

Troisième jour, 11 mai : 2000 centimètres cubes d'urine, couleur ambrée, pesant 1,005, surnagée par une couche très mince de pétrole, reconnaissable à sa fluorescence

et donnant à la surface de l'urine une sorte d'aspect irisé ; encore un peu d'albumine, et sédiments peu abondants.

Quatrième jour, 12 mai : 1 800 centimètres cubes d'urine, jaune citron, pesant 1,009, exhalant encore l'odeur du pétrole qui est enlevé par l'éther, mais n'en étant plus surnagée comme les jours précédents ; simples traces d'albumine, sédiment presque nul.

Le cinquième jour, 13 mai, 2100 grammes d'urine, jaune pâle, pesant 1,011, n'ayant plus l'odeur du pétrole, n'en abandonnant plus à l'éther avec lequel on l'agite, ne contenant plus ni albumine ni sédiment.

Pendant les cinq jours suivants, l'urine, rendue toujours jaune pâle, oscille entre 1 000 et 2 350 centimètres cubes par jour avec une densité de 1,008 à 1,011. Pendant les jours suivants, la densité de l'urine, qui est toujours pâle, va de de 1,009 à 1,013, toujours faible par conséquent.

En somme, dès le quatrième jour, l'urine n'est plus surnagée par le pétrole, et, dès le cinquième, elle cesse de contenir du pétrole émulsionné. L'odeur du pétrole et l'albumine de l'urine, d'ailleurs en faible proportion, diminuent, puis disparaissent en même temps que le pétrole.

La réaction des urines pendant les quatre premiers jours n'a pas été modifiée; mais ces urines ont pu être conservées pendant dix jours sans subir la fermentation ammoniacale, et il n'en fut plus de même les jours suivants : le pétrole agirait donc, dans ce cas, comme agent de conservation.

Telle est l'expérience que je n'aurais point faite, mais que je crois avoir trouvée tout établie.

Il m'a semblé que les détails qui s'y rapportent et que nous avons relevés avec soin, offrent assez d'intérêt pour être publiés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 12 juin 1885, ont été nommés dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Brossard, Aubert, Besson, Blanc, Arnaud, Charrin, Bordet, Éparvier, Darrigade, Domeck, De Molènes-Mahon, Bertrand, Babinski, Rouillard, Cénas, Audry, Coursier, Thasserd, Duhamel, Dérobert, Chambert, Carlet, Vialleton, Bonnet et Devaux.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 juin, ont été nommés médecins des bureaux de bienfaisance de Paris :

MM. les docteurs Mallet, pour le XIIe arrondissement; Macqret, pour le XIVe arrondissement; Magnier, pour le XVIIe arrondissement ; Dupré, pour le XXe arrondissement.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 juin 1885, la chaire d'opérations et appareils de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 juin 1885, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen est autorisée à jouir des droits conférés aux écoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du décret du 1er août 1883. — Le présent arrêté aura son effet à dater du 1er novembre 1885.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *A.* Le registre des inscriptions du quatrième trimestre de l'année scolaire 1884-1885 sera ouvert le mercredi 1er juillet 1885. Il sera clos le samedi 18 du même mois, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Les inscriptions de première année, les mercredi 1, jeudi 2, vendredi 3 et samedi 4 juillet 1885 ;

2° Les inscriptions de deuxième année (doctorat), les mardi 7, mercredi 8, jeudi 9 et vendredi 10 juillet 1885.

3° Les inscriptions de troisième et quatrième années (doctorat), deuxième, troisième et quatrième années (officiat), les mercredi 15, jeudi 16, vendredi 17 et samedi 18 juillet 1885.

MM. les étudiants sont priés de déposer, *un jour à l'avance*, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, soumises au stage, ne seront distribués qu'à partir du 13 juillet 1885.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le troisième trimestre 1884-1885. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. *Ces formalités sont de rigueur;* les inscriptions seront refusées aux internes et aux externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Le stage hospitalier obligatoire commence en novembre, à partir de la neuvième inscription (doctorat) et de la cinquième (officiat); il se continuera sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la seizième inscription.

Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé :

1er trimestre,	novembre et décembre	56	jours.
2e —	janvier, février et mars	86	—
3e —	avril, mai et juin	86	—
4e —	juillet à octobre inclusivement	56	—

Les inscriptions pour le stage seront reçues après l'inscription de juillet (huitième doctorat et quatrième officiat), au secrétariat de l'administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscription.

B. Les élèves ajournés à la session de novembre 1884, au 1er examen de doctorat (nouveau mode) et au premier, deuxième et troisième examens de fin d'année (doctorat et officiat ancien mode), devront consigner les 15 et 16 juin, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 29 juin au 4 juillet.

Les élèves de première année (nouveau mode) qui désirent subir le 1er examens de doctorat avant les vacances devront consigner les mercredi 24 et jeudi 25 juin. Ils prendront la quatrième inscription dans la première semaine de juillet.

Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre. Les élèves de première, deuxième et troisième année (ancien mode) et les aspirants à l'officiat devront consigner pour les examens de fin d'année, en prenant, selon le cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription. En cas d'ajournement, ces élèves (ancien et nouveau mode) pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 19 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 12 ou le mardi 13 octobre 1885, *dernier délai.* Ces dispositions sont applicables aux élèves de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.

C. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 19 octobre 1885. MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat devront se faire inscrire avant les vacances, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine. A cet effet, le bureau du chef du matériel sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, pendant la période des examens.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Trévoux est nommé aide-préparateur d'anatomie pathologique (emploi nouveau).

— *École de médecine de Caen.* — M. Fayel, professeur d'anatomie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de physiologie, vacante par suite du décès de M. Wiart.

M. Gidon, chef des travaux anatomiques, est nommé professeur d'anatomie en remplacement de M. Fayel.

— M. Frédéric Bordas, naturaliste, est chargé d'une mission zoologique aux îles Mascareignes, Seychelles et Comores.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gaborit, décédé à Pisany dans sa soixante-seizième année, et de M. le docteur Léon Calvo.

Précis des maladies de l'oreille, comprenant l'anatomie, la physiologie, la pathologie la thérapeutique, la prothèse, l'hygiène, la médecine légale, la surdité et la surdi-mutité et les maladies du pharynx et des fosses nasales. In-18 de 708 pages avec 157 figures dans le texte. — Prix : 9 francs. — Paris, 1885, J.-B. Baillière.

Lectures sur l'histoire de la médecine, par le docteur L. Thomas, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, etc. — 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Fistules uréthrales non urinaires, par le docteur Reliquet. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17969.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous ne pouvons que féliciter l'Académie de médecine de l'heureuse idée qu'elle avait eue en chargeant M. Féréol de retracer la vie de son ancien maître, de son ami si regretté, M. Noël Gueneau de Mussy. Cette notice biographique, écrite avec cœur, lue avec émotion, interrompue souvent par des larmes, a produit un effet profond.

Nous féliciterons aussi notre savant confrère de Vannes, M. le docteur de Closmadeuc, archéologue aussi distingué que chirurgien habile. Ses trois observations d'opération césarienne pratiquée avec plein succès dans de pauvres chaumières bretonnes ont été appréciées comme elles le méritaient par le rapporteur, M. Guéniot, et par l'Académie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Un cas de cirrhose hypertrophique.

Notre malade du n° 9 de la salle Saint-Charles est un homme de quarante et un ans, boulanger. Ses antécédents héréditaires sont nuls. Ce n'est pas un alcoolique (il boit environ un litre à un litre et demi de vin par jour), il n'a pas de pituites le matin, il n'a pas de tremblement.

Il y a dix ans, il a eu un chancre de la verge, lequel a été suivi d'une affection de la gorge de longue durée, traitée comme étant de nature syphilitique. Un peu plus tard ses téguments ont été le siège d'une éruption qui a laissé quelques cicatrices. Bref, il est assez probable que cet homme a eu autrefois la syphilis.

Quoi qu'il en soit, il jouissait d'une bonne santé et travaillait encore énergiquement, quand, au mois de septembre dernier, sa figure a commencé à prendre une teinte jaunâtre; néanmoins il conserva un très bon appétit, continua sa profession nocturne d'ouvrier boulanger et ce n'est qu'il y a quinze ou vingt jours qu'il a cessé son travail, et encore, nous dit-il, faute d'ouvrage.

En somme, il a présenté pour tous symptômes, depuis le mois de septembre dernier, une teinte jaune à exacerbations intermittentes, des épistaxis peu abondantes, mais répétées au mois de novembre, un peu d'amaigrissement. Enfin il est entré ici, il y a quelques jours, bien plus par misère que pour sa maladie dont il ne souffre pas.

Actuellement, nous constatons une coloration jaune très prononcée des téguments et surtout des sclérotiques et des conjonctives ainsi que de la face inférieure de la langue. D'ailleurs point de douleur, aucun trouble fonctionnel. Les forces sont conservées, les fonctions digestives sont bonnes; point de constipation ni de diarrhée. Le ventre est un peu plus gros que d'habitude; il est surtout un peu saillant en haut; et, à la palpation, on sent un certain degré de rénitence, et de résistance à la pression, principalement à droite.

A la percussion, on perçoit une matité d'une étendue de 16 centimètres sur la ligne médiane, de 17 sur la ligne mamelonnaire droite et de 15 sur la ligne axillaire droite aussi, soit une matité considérable. A gauche, la matité est un peu moins étendue : 16 centimètres sur la ligne mamelonnaire, 6 centimètres sur la ligne axillaire. De ce côté, la matité correspond à la rate qui est fort tuméfiée, hypertrophiée, au point de rejoindre le foie. Ce dernier organe est également beaucoup plus développé qu'à l'état normal, moins cependant proportionnellement que l'organe splénique. Ce sont là des faits très importants au point de vue du diagnostic.

De plus, sur les parties latérales de l'abdomen, on remarque une veinosité abdominale plus marquée que d'habitude. D'ailleurs point de fluctuation. Le rein est sain; la respiration est bonne. Les urines ont été examinées avec soin; la couleur légèrement verte qu'elles prenaient sous l'influence de l'acide nitrique nous indique qu'elles contenaient une petite proportion de pigment. De plus, ces urines étaient un peu mousseuses : mousse jaunâtre, comme dans l'ictère, le jour de son arrivée à l'hôpital ; mousse blanche aujourd'hui.

Les réactifs auxquels nous avons eu recours nous ont montré aussi que les urines étaient également altérées par suite de la pénétration des acides biliaires dans le sang, puis dans la sécrétion urinaire, et nous montraient par là l'existence d'une affection sérieuse de l'organe hépatique. Nous n'étions donc pas en face d'un ictère simple, ordinaire, caractérisé par la présence du pigment biliaire dans les urines, mais bien d'un ictère spécial, se manifestant par la présence dans l'urine d'acides biliaires.

D'ailleurs le diagnostic chez notre malade ne présente

pas de difficultés; en effet, l'ictère est chronique avec des intermittences d'intensité plus grande, le foie est plus volumineux, la rate surtout est beaucoup plus grosse, tous phénomènes qui nous conduisent à la conclusion de cirrhose hypertrophique. L'augmentation relativement plus considérable de la rate nous permet de repousser immédiatement toute idée de cancer ou de kystes hydatiques du foie. Et notre malade est véritablement un type de cette cirrhose hypertrophique bien décrite pour la première fois, en 1871, par Ollivier (de Rouen). En 1877, M. Hanot nous a donné une excellente monographie de cette affection, peut-être même un peu plus belle que nature au point de vue du diagnostic différentiel de la cirrhose atrophique et de la cirrhose hypertrophique; car il est des cas où la cirrhose présente à la fois des symptômes de l'une et l'autre affection et constitue ce que l'on a appelé la cirrhose mixte.

Ici, chez notre malade, il s'agit bien d'une cirrhose hypertrophique vraie et cet homme en a tous les phénomènes et tous les signes physiques.

Voyons maintenant quel en peut être le pronostic. La cirrhose hypertrophique véritable est une maladie de longue durée. Les malades qui en sont atteints peuvent vivre dix, douze, quinze ans et sont même, généralement, très peu souffrants. Mais ajoutons aussi comme correctif que la guérison en est très difficile, si même elle peut avoir lieu. Les individus peuvent continuer à travailler et ne s'affaiblissent que très lentement, pour la plupart, et avec les années. Dans certains cas, cependant, des hémorrhagies plus ou moins dangereuses peuvent se produire. Il en est de même de l'ictère grave, susceptible aussi de survenir. Aussi les malades ne doivent-ils se relâcher en rien des précautions qui leur sont recommandées.

Je dis que nous ne connaissons encore aucun cas bien avéré de cirrhose hypertrophique terminé par la guérison. Cependant, en ce moment même, j'ai un de mes clients atteint de cette affection et que je soigne depuis dix-huit mois environ. Chez lui, l'intumescence des organes hépatique et splénique a assez notablement diminué pour que je commence à avoir quelque espérance de le voir peut-être guérir, grâce au traitement que je lui ai fait suivre et surtout à deux saisons passées aux eaux de Carlsbad.

Comme étiologie, les médecins qui ont observé avec soin les malades atteints de cirrhose hypertrophique reconnaissent généralement deux causes à cette maladie : d'une part l'alcoolisme, de l'autre le paludisme, c'est-à-dire des fièvres intermittentes anciennes. Cependant nous ne trouvons aucune de ces deux causes chez le nº 9 de la salle Saint-Charles, mais nous avons constaté dans ses antécédents la syphilis. Y aurait-il donc quelque relation entre cette affection et la cirrhose hypertrophique? Je ne saurais me prononcer à cet égard; mais ce que je puis dire, c'est que, chez mon malade de la ville, dont je vous parlais tout à l'heure, je rencontre aussi la syphilis avec des accidents très prononcés et des phénomènes tertiaires.

Quant au traitement, la production du tissu conjonctif et l'augmentation de volume et de nombre des canalicules biliaires, qui caractérisent la lésion anatomo-pathologique du foie dans la cirrhose hypertrophique, sont une indication formelle d'employer l'iodure de potassium. Ce médicament, en effet, nous a généralement bien réussi, à la dose tout d'abord de 1 gramme, puis de 2 grammes par jour. Nous y ajoutons l'emploi des alcalins (Vichy, Carlsbad, etc.), qui ont une action nettement résolutive, et nous prescrivons une très bonne hygiène, un travail modéré, une nourriture non stimulante, point de café ni d'alcool sous aucune forme. Il est bien entendu que l'iodure de potassium doit être continué pendant longtemps, avec quelques intervalles dans son administration.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Descroizilles.

Fièvre typhoïde traitée par le salicylate de soude administré suivant la méthode dite des doses accumulées; longue convalescence; guérison.

L... (Auguste), âgé de onze ans, entrait le 12 janvier dernier dans mon service, salle Saint-Augustin, nº 27. Assez grand de taille, mais d'une constitution assez chétive, ce jeune garçon dont le thorax était irrégulièrement conformé, n'avait jamais eu d'autres maladies qu'une rougeole pendant la seconde année de sa vie, et une légère angine en 1883. On nous raconta qu'il était souffrant depuis une dizaine de jours et qu'on avait constaté chez lui de la perte d'appétit, de la courbature et de l'agitation nocturne, avec des saignements de nez, de la diarrhée et un peu de délire. Il gardait le lit depuis une semaine et n'acceptait d'autres aliments que du bouillon et du lait.

Dès le jour de son entrée à l'hôpital, je constatai un état typhique prononcé. La température s'élevait à 39°,4, et le chiffre des pulsations radiales à 110. Le ventre était proéminent, douloureux à la pression au niveau de la fosse iliaque droite et recouvert de douze ou quinze taches lenticulaires. Un enduit épais recouvrait la langue qui était restée humide; il y avait aussi un peu d'embarras de la parole, avec une légère surexcitation, du tremblement des lèvres et de la surdité. On pouvait noter enfin des selles diarrhéiques assez fréquentes et plusieurs saignements de nez survenus dans les dernières vingt-quatre heures, ainsi que de la toux et des râles sibilants en arrière du thorax et à la base du poumon droit.

Cet ensemble me parut signifier très clairement qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde dont le début remontait à plus d'une semaine, et qui prenait déjà la forme ataxo-adynamique. Je me retrouvai le 13 janvier en présence de presque tous les phénomènes qui m'avaient frappé la veille; ils semblaient avoir augmenté d'intensité. Les épistaxis ne s'étaient pas reproduits, mais le nombre des battements de l'artère radiale était de 120, et le thermomètre, après s'être élevé, pendant l'après-midi du 12, à 40°,8, marquait encore 40°,2. La sensibilité à la pression sur l'abdomen et le ballonnement persistaient; il n'y avait pas de dyspnée, mais l'auscultation faisait découvrir de nombreux râles sibilants, limités à la base du poumon droit. Pendant la journée précédente et avant l'arrivée de l'enfant à l'hôpital, aucune médication n'avait été instituée : ce jour-là, je crus qu'il y avait lieu d'agir sans temporiser davantage, et qu'il fallait tenir compte, dans le traitement, de l'hyperthermie et de l'état ataxo-adynamique qui se traduisait toujours par des rêvasseries nocturnes et un délire assez bruyant pendant la journée. Je prescrivis donc, en même que dix ventouses sèches en arrière du thorax, des fomentations émollientes sur la paroi abdominale, de l'orangeade, du bouillon et du salicylate de soude, à la dose de 80 centigrammes, qu'on ferait prendre en deux paquets, après la visite du matin, et à une heure de distance l'un de l'autre. Pendant l'après-midi, l'agitation fut vive et la température s'éleva à 40°,6.

Les manifestations intestinales et pulmonaires de la maladie se modifièrent peu pendant les journées suivantes; on continua à constater une diarrhée modérée avec du ballonnement, des borborygmes, de la douleur à la pression sur la fosse iliaque droite, des taches rosées au nombre de quinze ou vingt à la région ombilicale, une très légère obscurité du son au niveau de l'hypochondre gauche, des râles sibilants et de la submatité en arrière et à la partie inférieure du poumon droit. Il y eut constamment

du délire pendant le jour, et pendant la nuit un sommeil très agité. Le pouls variait de 108 à 115 et restait petit et régulier; la peau était sèche, et la température présentait des oscillations remarquables; le thermomètre était, le matin du 14, à 39°,9, le soir de ce même jour à 39°,4 seulement. Le lendemain, tandis qu'on notait dans la matinée 39°,8, il n'y avait plus dans l'après-midi que 39°,2; enfin, le 16, l'on trouvait avant midi 40°,8, et le soir 39°,6. Pendant ces trois journées, l'hyperesthésie avait donc toujours été plus faible que celle du matin. Il est bon d'ajouter que, du 14 au 16, j'avais continué à administrer le salicylate de soude, à la dose de 1gr,50, puis de 2 grammes fractionnés en deux paquets que l'enfant avait pris de une à trois heures de l'après-midi. Il était donc difficile de mettre en doute l'efficacité du médicament antithermique.

Pendant la journée du 17 janvier, le chiffre des pulsations atteignit 125; les élévations thermométriques furent de 40 degrés à dix heures du matin et de 38 degrés seulement à cinq heures de l'après-midi : la diminution était donc de 2 degrés à la fin du jour. Le malade, qui avait pris, comme la veille, 2 grammes de salicylate de soude, était plus calme à la visite du soir et fut tranquille pendant la nuit suivante. Je ne constatai le lendemain d'autre modification importante que l'abaissement du pouls à 98; le thermomètre resta le matin comme le soir à 38°,4, tandis que le 19, à la visite du matin, on notait une transpiration abondante. La diarrhée avait à peu près cessé depuis vingt-quatre heures; l'enfant était calme et nous trouvâmes une grande petitesse du pouls qui se maintenait à 98. La température ne dépassa pas 38°,2 le matin, et 37°,2 l'après-midi.

L'amélioration était encore plus accentuée dans la matinée du 20, car le thermomètre ne s'élevait qu'à 36°,6, et le pouls à 90. En même temps, l'on constatait que la langue était de nouveau devenue humide, et que le ballonnement abdominal avait presque disparu. Les taches lenticulaires s'étaient aussi effacées pour la plupart, et, à leur place, on apercevait une éruption assez confluente de sudamina de teinte blanche qui recouvrait non seulement l'abdomen, mais la région inguinale et la partie supérieure des cuisses. Mais le soir de ce même jour, le thermomètre fit une ascension de plus de 2 degrés et atteignit 39 degrés, sans qu'il y eût d'aggravation sensible dans les autres symptômes. Le lendemain à la visite du matin, je ne trouvais plus que 38 degrés avec 100 pulsations. La diarrhée s'était manifestée de nouveau; à l'auscultation on découvrait encore de nombreux râles sibilants qui correspondaient aux deux bases, tandis que jusqu'alors on n'avait rencontré de bruits morbides qu'à droite. Les sudamina s'étaient flétries, et de nombreuses squames furfuracées existaient sur les régions qu'elles occupaient la veille. La dose de salicylate de soude fut portée ce jour-là à 2gr,50, deux jours plus tard à 3 grammes; et j'eus soin de faire administrer le médicament, comme par le passé, en deux prises données d'heure en heure.

Pendant les dix derniers jours du mois de janvier, la maladie changea peu de physionomie; la température qui était tombée le 22, pendant la matinée, à 36°,8, et pendant l'après-midi à 36°,6, se releva les jours suivants, sans dépasser sensiblement 37 degrés le matin, mais en atteignant à plusieurs reprises ou dépassant même 39 degrés pendant la seconde partie de la journée. Du 28 au 31 janvier, elle oscilla de 37°,2 à 38 degrés; à partir du 1er février elle ne s'éleva plus, même pendant l'après-midi, au-dessus de 37°,5, et l'on put regarder la défervescence comme définitive. A tous les autres points de vue l'état du malade resta constamment satisfaisant. La diarrhée n'avait pas complètement cessé, mais les selles, au lieu d'être liquides, avaient la consistance de purée. Le ventre était redevenu souple et il n'y avait plus de borborygmes, ni de douleur à la pression sur la fosse iliaque, ni de taches sur la paroi abdominale. La langue était humide et de coloration presque normale; le petit D... commençait à réclamer des aliments et était rentré dans un calme complet, pendant la nuit comme pendant la journée. L'auscultation ne révélait plus aucun phénomène morbide; le pouls était faible, mais régulier, et le chiffre des battements de l'artère radiale variait de 96 à 100 par minute. Une grosse bulle de pemphigus fut constatée le 24 janvier, au niveau du grand trochanter gauche; elle était environnée d'une auréole rouge assez vive, et, par la suite, plusieurs autres petites bulles se développèrent dans son voisinage. Des pansements avec la poudre d'amidon suffirent pour amener une dessiccation rapide, et cette éruption n'amena la formation d'aucune escarre.

La convalescence fut régulière, mais longue, car l'enfant ne commença à se lever que le 15 février et ne put quitter l'hôpital que le 2 mars pour aller compléter son rétablissement à La Roche-Guyon. Trois jours après l'abaissement définitif de la température, j'avais renoncé à l'emploi du salicylate de soude, dont on avait diminué progressivement la dose à partir du 25 janvier. Je ne prescrivis plus, pendant le mois de février, qu'une potion avec 1 gramme d'extrait de quinquina, en donnant des aliments, pendant longtemps, à très petite quantité, malgré les réclamations du malade, et en ayant recours, une fois par semaine, aux laxatifs qu'il m'avait paru complètement inutile d'administrer tant que l'état fébrile avait persisté. Une éruption assez confluente d'eczéma se produisit le 26 février sur la face et sur le cou, mais elle n'eut aucun retentissement sur l'état général, et les vésicules se desséchèrent toutes très promptement.

Lorsque le jeune garçon, qui nous quittait le 2 mars, était arrivé à l'hôpital au commencement de janvier, son état avait des caractères fort nets, et l'on devait croire sans hésitation à l'existence d'une fièvre typhoïde parvenue à son huitième ou à son neuvième jour, si l'on ne tenait compte que de la période pendant laquelle l'enfant était resté couché, à son onzième ou douzième jour, si l'on pensait que le début véritable de la dothiénentérie coïncidait avec les premiers troubles observés. En tout cas, la maladie avait déjà une physionomie ataxo-adynamique accentuée, mais qui ne me parut pas être de nature à inspirer des craintes sérieuses. Nous nous trouvions également en présence de températures élevées, et, bien que je partage complètement les idées de mon collègue Cadet de Gassicourt sur la facilité avec laquelle les jeunes sujets supportent l'hyperthermie, je pensai que ce cas rentrait dans la catégorie des faits vis-à-vis desquels le salicylate de soude peut agir avantageusement; je l'administrai d'après la méthode adoptée à Liège par le docteur Collard et fort bien exposée, il y a quelques mois, dans le journal *le Progrès médical*, par le docteur Beco. Cette méthode consiste à faire prendre la substance antithermique, vers le milieu de la journée, à une dose qui, pour un adulte, varie de 4 à 6 grammes, partagés en deux prises qu'on donne à une heure d'intervalle l'une de l'autre. En agissant ainsi, le docteur Collard cherche à atténuer l'exacerbation fébrile du soir et à procurer au malade un soulagement correspondant aux heures fort pénibles pendant lesquelles il lutte habituellement contre l'excès de température, et perd, en luttant ainsi, une partie de ses forces. Cette thérapeutique, qui, à Liège, a donné fréquemment d'excellents résultats, a paru d'abord amener une modification favorable dans l'état de mon jeune malade; puis son influence est devenue très contestable dans les dernières phases de son affection.

Je ne dépassai pas, en effet, pendant les premiers jours, la dose de 2 grammes, et cependant, du 12 au 20 janvier, la température de l'après-midi fut presque constamment inférieure à celle du matin; la rémission vespérale n'était pas douteuse. L'enfant prit, par la suite, jusqu'à 3 grammes de salicylate de soude dans une même journée, et, pendant cette seconde période, c'est-à-dire du 21 janvier aux premiers jours de février, nous vîmes toujours le thermomètre monter plus haut le soir que le matin. Le médicament ne

paraissait donc plus avoir la même action qu'au commencement de la maladie. La fièvre typhoïde était alors parvenue à son troisième septénaire, et nous étions arrivés à ce qu'on a nommé la phase des grandes oscillations thermiques. A plusieurs reprises, nous avons constaté, entre le matin et le soir, des augmentations de 2 degrés. L'une de ces défervescences a succédé à une transpiration abondante et à une éruption de sudamina; mais pour les autres oscillations aucun incident pathologique n'a pu nous expliquer ces brusques différences. On sait d'ailleurs que la dothiénentérie infantile est féconde en variations de cette nature, et cette thermalité capricieuse n'avait rien d'exceptionnel.

Je ferai observer que l'évolution de cette pyrexie a été des plus banales et qu'aucune complication n'est venue la troubler dans sa marche. Nous avons pu poursuivre le traitement antithermique, sans qu'il fût nécessaire de répondre à des indications spéciales. J'ai eu recours à une légère dérivation au début, à quelques laxatifs et à des toniques, quand la défervescence a été définitive; il m'a paru totalement superflu d'employer d'autres moyens. Le rétablissement complet s'est longtemps fait attendre. On a reproché à l'antipyrine de rendre la convalescence plus longue; on pourrait se demander si ce reproche est applicable, dans le cas actuel, à une thérapeutique dont le salicylate de soude était la base. Toutefois ce médicament est si bien supporté en général par les jeunes sujets, à des doses qu'on a élevées jusqu'à 10 grammes en vingt-quatre heures; il agit chez eux d'une façon si victorieuse dans le rhumatisme articulaire, que j'ai peu de tendance à lui attribuer l'aggravation et la prolongation d'un état d'asthénie que le génie adynamique de la fièvre typhoïde explique suffisamment, surtout quand elle survient chez un enfant qui, comme le jeune L..., présente encore les vestiges d'un rachitisme originel.

En terminant ces réflexions, je tiens à mentionner la fréquence des sudamina dans la dothiénentérie étudiée pendant la période infantile. Dans les trois quarts des cas de cette maladie que j'ai observés pendant l'année 1884, j'ai rencontré l'éruption sudorale, presque toujours très confluente, sans noter la moindre connexion entre l'apparition de ces vésicules et la gravité du mal, ou sans pouvoir saisir la moindre influence de cette éruption sur la marche ultérieure des phénomènes morbides.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juin 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une note sur la *Maladie du sommeil*, par M. le docteur Jao Pedro Ismael Maniz;

2° Une lettre accompagnant l'envoi d'un pli cacheté présenté par MM. les docteurs Bourru, professeur de clinique médicale, et Burot, agrégé à l'École de médecine navale de Rochefort.

3° L'expédition d'un testament par lequel M. Edmond Morin lègue à l'Académie une somme de 12000 francs pour la fondation d'un prix quinquennal à décerner « à un médecin âgé de moins de trente ans qui aura produit le meilleur travail ou montré le plus d'intelligence pour arriver à guérir de l'angine couenneuse »;

4° Un mémoire intitulé : *le Choléra de 1884 à l'asile des aliénés de Limoux*, par le docteur Calixte Rougé;

5° Une note sur *Quelques produits toxiques retirés des champignons comestibles*, par MM. le docteur Fernand Roux et Houdé, pharmacien de première classe.

BIOGRAPHIE DE M. NOEL GUENEAU DE MUSSY

M. Féréol donne lecture d'une notice sur la vie et les travaux de M. Noel Gueneau de Mussy. Cette lecture, que l'auteur, vaincu par l'émotion, a dû plusieurs fois interrompre, a été accueillie par les applaudissements unanimes et chaleureux de l'assistance.

M. le Président, en offrant à l'orateur ses félicitations, fait remarquer combien il avait eu raison de dire que M. Féréol s'acquitterait avec autant de cœur que de talent de la tâche pieuse dont il avait bien voulu se charger à la prière de l'Académie.

ÉLECTION

Sont nommés membres des commissions de prix pour l'année 1885 :

Prix Portal. — MM. Hérard, Bucquoy et Peter.
Prix Civrieux. — MM. Lancereaux, Dechambre et Mesnet.
Prix Capuron. — MM. Blot, Brouardel et Hervieux.
Prix Barbier. — MM. Vulpian, G. Sée, Bernutz.
Prix Godard. — MM. Legouest, Cusco et Rochard.
Prix Desportes. — MM. Féréol, Siredey, Vidal.
Prix Buignet. — MM. Regnauld, Giraud-Teulon, Schutzenberger.
Prix Daudet. — MM. Fournier, Bourdon et Besnier.
Prix Vernois. — MM. Gueneau de Mussy (H.), Colin (L.), Lagneau.
Prix Amussat. — MM. Tillaux, Marc Sée, Le Fort (Léon).
Prix Itard. — MM. Hardy, Roger, C. Paul.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉRYSIPÈLE

M. Verneuil donne lecture des propositions qu'il a rédigées pour être soumises au vote de l'Académie comme conclusions à tirer de cette discussion.

Après quelques observations de MM. Vidal, Trélat, Marc Sée, Léon Le Fort, Blot, Henry Roger, Perrin, Dujardin-Beaumetz, Féréol, Trélat, Verneuil, Hardy, M. Trélat propose une autre rédaction, appuyée aussitôt par plusieurs membres, et l'Académie, sur l'avis de M. le président, décide que MM. Verneuil et Trélat se réuniront afin de s'entendre pour une rédaction définitive.

RAPPORT

Sur un travail de M. le docteur de Closmadeuc (de Vannes) intitulé : *Opérations césariennes.* — **M. Guéniot** commence par rappeler les détails de trois opérations césariennes pratiquées par M. le docteur de Closmadeuc, l'une en 1870, une autre en 1873, et la dernière en 1884, et qui ont été toutes les trois suivies d'un plein succès relativement à la mère.

Sur ces trois enfants, un était mort déjà au moment de l'opération : les deux autres ont été sauvés.

« Ce qui tout d'abord frappe l'esprit à la lecture des observations de M. de Closmadeuc, ajoute M. Guéniot, c'est la constance des succès obtenus. Ainsi voilà trois opérations d'une extrême gravité, exécutées par le même chirurgien, et terminées toutes les trois de la manière la plus heureuse. Sur les six individus, dont l'existence était en jeu, trois mères et deux enfants sont sauvés; le troisième enfant, sans nul doute, l'eût été comme les autres si sa mort ne fût survenue avant l'intervention de notre confrère. Mais ce qui doit causer plus de surprise encore, c'est que ces résultats si remarquables ne sont le fruit ni d'une méthode opératoire nouvelle, ni de moyens de traitement nouveaux.

Comment donc expliquer cette heureuse continuité ? S'agit-il simplement d'une série de hasard? Les antécédents des femmes, leur constitution et leurs habitudes de vie, leur force tout exceptionnelle de résistance à la maladie, devraient-elles être de préférence invoquées? Ou bien faut-il ne voir dans ces guérisons répétées que la preuve d'une remarquable habileté chirurgicale chez notre distingué confrère de Vannes. A mon avis, ce sont toutes ces hypothèses réunies qui permettent de comprendre comment,

avec des moyens trop souvent impuissants, cette belle série de succès a pu être obtenue. »

M. Guéniot examine ensuite incidemment les modifications qu'il serait possible d'apporter aux procédés opératoires classiques. Il rappelle qu'entre les mains les plus habiles l'opération de Porro donne encore une mortalité de 58 à 59 p. 100, et il se demande si l'opération césarienne perfectionnée ne doit pas reprendre la prééminence. Pour M. de Closmadeuc, la question se trouverait déjà toute jugée. Il déclare, en effet, que l'opération de Porro, qui mutile si radicalement la femme, ne trouvera jamais crédit dans sa pratique.

M. le rapporteur conclut en ces termes : « Le travail dont je viens de vous entretenir méritait de vous être présenté avec éloge. Les résultats qui s'y trouvent consignés, au sujet d'une opération si souvent funeste, révèlent dans leur auteur une hablieté opératoire et une expérience clinique assurément peu communes. C'est là, pour les praticiens à qui l'avenir réserve de semblables conjonctures, un exemple bien propre à servir de modèle et d'encouragement. Comme conclusion, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'adresser des remerciements à M. le docteur de Closmadeuc pour sa très-intéressante communication ;

2° De déposer honorablement son travail dans nos archives. »

M. Larrey. En écoutant le rapport, on s'attendait en outre à une troisième conclusion que je propose d'y ajouter, celle d'inscrire M. de Closmadeuc sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. Guéniot. Je m'associe de tout cœur à cette proposition.

Les conclusions, ainsi complétées, sont adoptées à l'unanimité.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Jules Crevaux (1), par M. Émile Rivière.

Il y a environ trois ans, nous apprenions la mort d'un de nos plus courageux explorateurs, le docteur Crevaux, massacré, au cours d'une quatrième mission scientifique, par les Indiens Tobas, dans l'Amérique équatoriale, avec la plupart des membres composant l'expédition qu'il dirigeait.

Depuis lors et malgré les recherches entreprises de divers côtés, et surtout par l'un de nos compatriotes les plus ardents à recueillir tous les renseignements touchant ce douloureux événement, M. A. Thouar, nous ne savons encore que peu de chose des circonstances dans lesquelles l'épouvantable massacre du 27 avril 1882 a eu lieu, si ce n'est qu'il y eut peut-être quelque excès de confiance en lui-même de la part de notre regretté Crevaux, mais surtout lâcheté, guet-apens et assassinat de la part des peuplades vers lesquelles il se rendait muni de présents.

Aujourd'hui, 13 juin 1885, la ville de Nancy, voulant honorer la mémoire de l'un des fils les plus méritants de notre Lorraine, hélas ! si démembrée, inaugure, sous la présidence de celui qu'on a surnommé à juste titre le Grand Français, le monument qu'elle vient d'élever à notre confrère et ami si regretté. Qu'il nous soit permis, dans cette solennité, de rappeler brièvement, à l'honneur de notre pays, les importantes découvertes qui placent Jules Crevaux « dans les premiers rangs de cette pléiade des explorateurs modernes qui ont rendu à la science géographique de si grands services ».

I

Jules Crevaux, originaire de cette partie de la Lorraine, si douloureusement détachée de la France depuis la guerre maudite de 1870, naquit à Lorquin (Meurthe), le 1er avril 1847. Reçu aide-

(1) Cette notice devait être lue par l'auteur à l'inauguration du monument de Crevaux, si des circonstances particulières ne l'avaient, au dernier moment, empêché de se rendre à Nancy.

médecin de la marine, le 23 octobre 1868, après avoir fait ses études à l'École de médecine navale de Brest, il commençait sa carrière par deux traversées successives à la Guyane, en 1869 et en 1870. Rentré en France le jour de la déclaration de guerre, il se distinguait, dès les premiers moments, comme éclaireur ; puis, fait prisonnier au combat de Fréteval, près de Vendôme, il s'échappait bientôt, franchissait les lignes prussiennes et, rejoignant plus tard l'armée de l'Est, recevait une blessure à Chaffois, le 24 janvier 1871. Ce fut au retour de cette campagne, à tout jamais néfaste, où s'étaient révélés plus d'une fois ses instincts aventureux, — ceci soit dit en bonne part, — qu'il passait ses examens de doctorat et s'embarquait bientôt après pour les côtes de l'Amérique du Sud, où il devait séjourner pendant trois années consécutives.

Nommé, le 7 novembre 1876, médecin de première classe, Jules Crevaux partait de nouveau, le mois suivant, chargé pour la première fois par le ministère de l'instruction publique d'une mission ayant pour but l'exploration de l'intérieur de la Guyane française, de Cayenne à l'Amazone, en suivant les fleuves Maroni et Yari, et explorant aussi la chaîne des Tumuc-Humac. Son voyage réussit si bien, au delà même de ses espérances, qu'il lui permit d'étudier une étendue de terrain double de celle que comportait, au départ, son programme.

Après avoir parcouru le versant nord de la chaîne des Tumuc-Humac, formée par les Guyanes franco-hollandaises, il fut assez heureux pour effectuer son retour par le versant sud qui constitue la Guyane brésilienne. Sur les cent quarante-deux jours que dura l'expédition, soixante-dix furent passés à naviguer sur le fleuve Maroni qu'il remonta, sur une longueur de 125 lieues, pour arriver au pied de cette chaîne de montagne que, le premier de tous les voyageurs qui l'avaient tenté jusque-là, il parvint à franchir du nord au sud, dans l'espace de cinq jours, pour déboucher dans le bassin des Amazones, aux sources de l'Apaouani, un affluent du Yari.

Dès ce premier voyage, Crevaux faisait montre de cette énergie, de ce courage indomptable auxquels nous devons peut-être aujourd'hui, hélas ! sa fin prématurée. En effet, « retenu aux îles du Salut par une violente épidémie de fièvre jaune qu'il combat avec une abnégation et un dévouement qui lui valent la croix de la Légion d'honneur, ce n'est que le 10 juillet 1877 qu'il peut quitter l'embouchure du Maroni pour l'intérieur » avec ses deux compagnons de voyage, Mgr Emonet, préfet apostolique de la Guyane française, et le P. Krœner, qui avait déjà pénétré une première fois jusque chez les Indiens Roucouyennes du haut Maroni.

Mais, au bout de vingt jours de navigation, et après avoir failli succomber à des accès de fièvre pernicieuse, les deux missionnaires sont obligés de revenir sur leurs pas. Un Hindou ainsi que plusieurs nègres tombent si sérieusement malades à leur tour que Jules Crevaux est forcé de les renvoyer. Il reste donc seul, seul et sans escorte, malade lui-même (1), chez les Indiens Bonis.

Cependant sa foi dans l'œuvre qu'il a entreprise ne l'abandonne pas ; bien plus, sa conviction dans le succès final réussit même à inspirer une confiance absolue à un jeune nègre désireux de voir l'Amazone et de se distinguer à ses côtés. Je veux parler de son fidèle Apatou, dont l'énergie, le sang-froid et le dévouement devaient bientôt et maintes fois le tirer « de situations presque désespérées », d'Apatou que les plus sympathiques applaudissements saluaient, il y a quatre ans, lors de la réception de Crevaux par la Société de géographie de Paris, dans la séance solennelle qu'elle tint en son honneur à la Sorbonne.

Réduit à ses propres ressources et sans un seul autre compagnon, la plus grande difficulté était, comme il le dit lui-même (2),

(1) Il n'a pas compté, pour sa part, moins de trente-cinq jours de fièvre, et deux fois les accès furent si violents qu'ils mirent sérieusement sa vie en danger. Crevaux ne dut alors son rétablissement qu'à l'air des montagnes de Tumuc-Humac qu'il allait bientôt aborder.

(2) *Mission géographique de M. le docteur Crevaux dans l'intérieur des Guyanes.* (Notice sur le muséum ethnographique des missions scientifiques.) — Paris, 1878, broch. in-8°.

de remplacer à chaque instant les rameurs qui l'abandonnaient. Les nègres et les Indiens de la côte l'avaient tous quitté dans le haut Maroni, et ce n'était qu'au prix d'une solde élevée qu'il avait pu conserver un seul noir parlant un peu le français.

Sur ces entrefaites, le gran-man des Bonis le faisait attendre pendant tout un long mois, et cela pour lui donner seulement la moitié des hommes qu'il lui avait demandés. Ce délai, qui avait pour prétexte des fêtes en l'honneur d'un chef décédé, n'avait en réalité d'autre but que de le faire renoncer à son expédition, en le réduisant par la famine et la maladie.

Enfin, cependant, il put partir, les Indiens Roucouyennes du haut Maroni le suivant en masse à travers les monts Tumuc-Humac, mais pour le quitter encore, une fois arrivés dans les eaux du Yari. Là, le pays était désert, et Crevaux, abandonné de nouveau, était obligé de se creuser lui-même une embarcation dans un tronc d'arbre pour continuer son voyage. Un des trois Bonis qui l'accompagnaient n'avait pas pu suivre la marche rapide des Indiens; un autre le laissait au confluent de l'Apawani ou Apaouani avec le Yari. Mais rien ne devait le rebuter, car il avait pour maxime ces deux mots qui font la force du matelot breton : *Tiens bon.*

Arrivé au confluent des deux rivières, il est mal accueilli par une peuplade qui n'avait jamais vu d'homme blanc ; il n'en persiste pas moins dans sa marche en avant, et ses démonstrations pacifiques lui créent enfin des amis dans toute la contrée. Il remonte alors le Yari jusqu'auprès de ses sources sur une longueur de 30 lieues. Les Roucouyennes du versant sud lui prêtent leurs bras pour la navigation du haut de la rivière ; mais à son arrivée aux grandes chutes du Yari, devant une cataracte de 20 mètres de hauteur, ils s'enfuient effrayés et l'abandonnent à lui-même. « De mémoire d'homme, dit le docteur Crevaux, aucun blanc, aucun noir n'avait osé s'aventurer au milieu de ces obstacles... le désespoir nous les fit franchir. Dans cette circonstance, le nègre de Bonis, Apatou, et le nègre de Mana, Joseph Coto, les seuls débris d'une expédition composée de vingt personnes au départ, sauvèrent le succès de mon entreprise. Sans leur énergie, épuisé par la faim et la fièvre, incapable de traverser une seconde fois la chaîne des Tumuc-Humac, je ne serais jamais sorti de ce cul-de-sac dans lequel j'étais emprisonné (1). »

Enfin, après « vingt-deux jours de canotage, séparés seulement par vingt-quatre heures de repos », Crevaux et Apatou tombaient, épuisés et malades, le jour même de leur délivrance, c'est-à-dire le jour de la sortie des chutes et des rapides du Yari qui entravent la navigation sur une étendue de 260 kilomètres, sans que l'on y rencontre un seul être humain.

Le 30 novembre 1877, Crevaux arrivait à Para, après un trajet de 2000 kilomètres, et rentrait en France assez à temps pour collaborer avec nous, par ses nombreuses collections, à l'organisation du muséum ethnographique des missions scientifiques, sous la direction de M. le baron O. de Watteville, alors directeur des sciences et lettres au ministère de l'instruction publique.

Le second voyage de Crevaux (1878-1879) fut d'un parcours près de trois fois plus considérable encore ; il ne comporte pas moins de *quatorze cents lieues*, dont une grande partie en pays nouveau. Il comprend l'exploration du Oyapock et du Parou, dans la Guyane française, le Parou, ce fleuve absolument inexploré avant lui, et que l'on considérait à tort jusque-là comme un affluent du Yari. (Il n'existait encore aucun tracé de son cours, même dans le voisinage de l'Amazone.) Ce voyage comprend aussi l'exploration d'une longue portion du fleuve de l'Amazone, dans sa traversée du Brésil, puis deux de ses affluents de tête, le Yapura ou Caqueta et l'Iça ou Putumayo, qui prennent naissance dans la Cordillère des Andes.

Parmi les coutumes bizarres qu'il eut l'occasion d'observer chez les peuplades qu'il rencontra dans le cours de cette seconde mission, Jules Crevaux cite ainsi certaines épreuves, véritables supplices, auxquelles sont astreints les jeunes garçons dans les dernières semaines qui précèdent le mariage : « On leur applique sur la poitrine, dit-il, les dards d'une centaine de fourmis, et sur le front l'aiguillon de guêpes énormes, puis on les laisse presque sans nourriture se tordre de douleur, pendant quinze jours, dans leur hamac, au-dessus d'un petit feu de bois vert, dont l'âcre fumée est soigneusement entretenue. C'est ainsi qu'ils se préparent aux douces joies de l'hyménée. Les maris semblent, du reste, partager plus que partout ailleurs les peines de leurs femmes. Ainsi, lorsqu'un enfant vient au monde, c'est le père qui garde le lit, c'est-à-dire le hamac, pendant plusieurs jours, entouré par sa compagne des soins les plus attentifs ! »

(1) Notice sur le muséum ethnographique des missions scientifiques.

C'est d'ailleurs la même coutume que l'on retrouve chez les Indiens Chiriguanos, où, à la venue d'un nouveau-né, le père et les autres enfants se couchent aussitôt dans leur hamac, observent un jeûne rigoureux qui dure pour le père environ neuf à dix jours, et pour sa jeune postérité deux ou trois jours. Pendant ce temps, le père ne peut ni boire de *chicha*, cette liqueur fermentée si chère aux Indiens, ni assister à aucune fête, ni couper le bois, etc., car s'il en était autrement, disent-ils, le nouveau-né mourrait (1).

Dans un grand nombre de tribus que Crevaux visita, l'anthropophagie est ouvertement pratiquée, non pour satisfaire une faim inassouvie, car le pays regorge de gibier facile à tuer, mais parce que le cannibalisme est dans les mœurs ordinaires de ces peuplades. C'est ainsi que dans un village des Indiens Ouïtotos, il aperçut au-dessus de la porte d'une case un fragment de crâne d'homme et quelques flûtes faites d'ossements humains. Plus loin était une main desséchée, tandis que, dans un taillis, il surprenait une femme occupée à préparer son repas dans une poterie fumante qui contenait la tête grimaçante d'un Indien fraîchement coupée.

Maintes fois son camp fut attaqué, néanmoins il évita constamment, dans cette expédition, l'effusion du sang, en montrant qu'il était toujours prêt à une vigoureuse défensive et appliquant ainsi le précepte : *Si vis pacem para bellum.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 13 juin 1885, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés pour le corps du Tonkin, savoir :

MM. les médecins aides-majors de première classe Pascal, Cardot, Coste, Darré, Gérardin, Boppe, Couillault, Lejeune, Courtois.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Salebert, Bordes-Pagès, Rivière, Nicolas, Lapasset, Lhéritier de Chezelle.

— La dernière épreuve du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central a été terminée samedi, et MM. les docteurs Barié, Renault et Brocq ont été nommés médecins des hôpitaux et hospices civils de Paris.

— Le concours pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer a commencé lundi dernier. Le sujet de la première épreuve — composition écrite — a été : 1° Les trous de la base du crâne ; 2° Les symptômes de la méningite tuberculeuse. La seconde épreuve — épreuve orale — a eu lieu hier mardi matin. La question qui a été donnée est : Des symptômes de la pleurésie.

Le candidat nommé est M. Bresson, externe de troisième année à l'hôpital Tenon.

— La Conférence des avocats s'est réunie la semaine dernière, sous la présidence du bâtonnier de l'Ordre, pour discuter la question suivante :

« Ceux qui exercent une même profession libérale peuvent-ils se constituer en syndicat, conformément à la loi du 22 mars 1884 ? »

La Conférence a adopté la négative.

(1) Communication de M. A. Thouar à la Société de géographie de Paris, en date du 1er août 1883.

— M. le docteur Grimaud est nommé médecin-inspecteur de Barèges.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, fera une excursion géologique publique, dimanche prochain 21 juin 1885, à Argenteuil, Sannois et Beauchamp.

Pour prendre part à cette excursion, il suffit de se trouver au rendez-vous, gare du Nord, où l'on prendra à huit heures moins dix minutes, le train pour Argenteuil. Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au laboratoire de géologie avant samedi soir à quatre heures.

— La commune de Saint-Lambert-du-Lattay, arrondissement d'Angers (Maine-et-Loire), demande un jeune médecin.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17977.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration. 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Phénomènes curieux observés à la suite d'une section du nerf médian.

L'histoire physiologico-pathologique du nerf médian est riche en faits qui tout d'abord ont étonné et quelque peu effarouché les théoriciens.

Pour s'en assurer, on n'a qu'à lire la *Gazette des hôpitaux* qui, dans leur temps, prit soin de les rapporter avec force détails, en insistant sur les discussions qu'a soulevées chacun de ceux qui commençaient une série.

En effet, ces observations se divisent naturellement en quelques groupes :

1° Celles dont les prototypes furent, à quelques jours de distance, en 1864, recueillis par Laugier et par Nélaton (1), dans lesquelles la suture du nerf médian étant pratiquée presque immédiatement après sa section accidentelle, avait ramené la sensibilité, en très peu d'heures, dans toute la zone de distribution de ce nerf.

Il y eut beaucoup d'incrédules. Les physiologistes objectaient les données si souvent vérifiées de Waller sur les effets constants de la section d'un nerf. Après cette section faite sur les animaux dans un but expérimental, on voit toujours, dans le bout périphérique, les fibres du nerf s'altérer, perdre leur myéline et subir une dégénérescence qui les rend impropres à transmettre le courant nerveux. Aucune réunion même instantanée, aucune suture ne paraît empêcher cette altération de se produire. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps et par une action centrifuge que le nerf se régénère quand on rétablit sa continuité. M. Vulpian et d'autres opposaient donc les conclusions déduites des expériences sur les animaux, comme une fin de non-recevoir absolue, aux résultats annoncés par Laugier, par Nélaton, etc.

Trois ans plus tard le nœud de la question fut déplacé par une autre série d'observations.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1864, p. 297; p. 299, 300; p. 307, 308; p. 319, 320; p. 345; p. 358.

2° Celle de M. le professeur Richet (1), suivie bientôt de plusieurs autres, de MM. Bœckel, Paulet, etc., montrant que, dans certains cas, la section du nerf médian n'avait fait disparaître la sensibilité ni dans son bout périphérique ni dans sa zone de distribution.

Nous avons longuement exposé et discuté, dans un certain nombre de Revues cliniques, le fait si curieux de M. le professeur Richet, en recherchant, dans toutes les théories alors en vogue et dont le nombre ne s'est pas accru depuis lors, comment on pouvait l'expliquer. Quant à le contester, c'était chose impossible, grâce aux précautions minutieuses qui avaient été prises pour éviter toute cause d'erreur, dans des examens répétés auxquels participèrent MM. Denonvilliers, Pajot, Duchenne (de Boulogne), etc. D'ailleurs le nombre des faits semblables s'accrut rapidement et il fallut bien se résigner, bon gré mal gré, à en tenir compte dans les théories physiologiques relatives à l'innervation des doigts et de la main.

Mais, sur ce sujet, les physiologistes n'étaient pas au bout de leurs surprises et ils protestèrent de nouveau, l'année dernière, à propos d'une nouvelle série d'observations.

3° Celles de M. Tillaux (2), faisant voir la sensibilité, disparue dans toute la région innervée par le nerf médian après sa section accidentelle, se réveiller en quelques heures à la suite d'une suture pratiquée, avec avivement, plusieurs mois ou plusieurs années après l'accident en question.

On ne pouvait plus supposer, comme on l'avait fait relativement aux opérations de Laugier et de Nélaton, que, dans le désir de pratiquer la réunion le plus tôt possible, on eût négligé de rechercher avec assez de soin si la sensibilité n'avait pas persisté toujours. Rien ne pressait M. Tillaux qui intervenait si longtemps après la cicatrisation de la plaie extérieure, et rien n'était venu l'empêcher de procéder méthodiquement aux explorations les plus attentives.

Mais que devient la loi de Waller? Comment admettre que des fibres nerveuses, dépouillées de myéline et de cylindre d'axe, mortes en apparence, du moins en tant que nerfs, puissent recouvrer en quelques heures leurs propriétés physiologiques, une fois soudées, par une réunion immédiate, aux fibres vivantes du bout central?

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 519, 520; p. 530, 531; p. 555, 556; p. 595, 596; voir aussi, même année, p. 523; année 1868, p. 5; année 1874, p. 145, 146; p. 401, 402; année 1882, p. 165, 166; année 1883, p. 828, 829, etc.

(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1882, p. 595, 596.

A cela M. Tillaux a répondu avec raison qu'aucune théorie déduite de faits antérieurs ne peut prévaloir contre de nouveaux faits bien observés. Et, sûr d'avoir rendu la sensibilité, par une suture tardive des nerfs divisés, à des malades qui l'avaient depuis longtemps perdue, il est prêt à recommencer dès que l'occasion s'en présente.

Tel paraissait être le cas chez un malade entré dans son service le 14 mars dernier, et dont nous allons dire aujourd'hui quelques mots, sauf à revenir plus longuement sur certains détails de son histoire.

Cet homme, âgé de trente-trois ans, horloger, s'était blessé grièvement le poignet gauche sur un fragment de vitre en tombant dans son escalier vers dix heures et demie du soir. On l'avait transporté d'urgence à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Tillaux, où il avait été pansé par l'interne de garde. A deux travers de doigt environ au-dessus du pli du poignet, il portait une plaie transversale assez large, et la suite prouva que le nerf médian se trouvait coupé. En effet, la sensibilité fut dès lors abolie sur la face palmaire du pouce, de l'index, du médius, sur l'éminence thénar et la région voisine de la face palmaire de la main. Il en était de même sur la face dorsale des deux dernières phalanges de l'index et du médius. Sur tous ces points, le malade ne percevait plus ni la pression, ni le contact, ni la piqûre, ni la température. Un schéma très exact indiquant les limites de la zone d'anesthésie fut tracé, le onzième jour après l'accident, le 25 mars, sous la direction de M. Laborde. La plaie acheva lentement de se cicatriser. Cet homme ne sortit de l'hôpital que dans le courant de mai et pour fort peu de jours. Il y rentra, salle Saint-Côme, n° 15, parce que sa main enflait, raconte-t-il. Il s'était produit de ce côté des troubles trophiques et les doigts privés de sentiment étaient habituellement froids et pâles.

Un point important à noter, c'est que le lendemain de son accident, ce malade avait éprouvé un accès épileptiforme avec perte complète de connaissance. Cinq jours après, il avait encore ressenti une sorte d'aura, une sensation pénible, qui, de la main droite, était montée le long du bras jusqu'au cerveau et l'avait jeté dans un grand malaise, mais sans qu'il cessât de percevoir les impressions extérieures et de pouvoir se rendre compte de ce qui se passait autour de lui.

C'était la première fois, dit-il, qu'il lui était arrivé quelque chose de pareil : jamais il n'avait eu de perte de connaissance, ni rien qui ressemblât à un aura. Cela ne se renouvela pas, du reste.

Le 10 juin, on explora de nouveau minutieusement la sensibilité pour tracer un second schema. Il n'y avait rien de changé sur la face dorsale de l'index et du médius, dont les deux dernières phalanges étaient toujours complètement insensibles ; mais du côté de la face palmaire de la main, on remarqua que la zone d'anesthésie s'était rétrécie de beaucoup. Cela pouvait tenir au développement d'une suractivité fonctionnelle, complémentaire pour ainsi dire, des fibres du cubital et du radial qui dans cette région s'anastomosent avec le médian. En ce qui touche la motricité, on constata, et de notre côté nous constatâmes, qu'aucun muscle ne paraissait complètement paralysé, parmi ceux qui reçoivent leurs nerfs du médian. L'éminence thénar avait conservé un certain relief. Les mouvements d'opposition du pouce avec tous les doigts, bien que moins énergiques, étaient faciles, ainsi que les mouvements d'écartement et de rapprochement des doigts entre eux.

Mais le malade voulait être entièrement guéri, tant de l'anesthésie que des troubles trophiques, et connaissant les résultats obtenus par M. Tillaux au moyen de la suture tardive, il le suppliait de l'opérer.

Cette opération fut annoncée pour vendredi dernier 12 juin. L'assistance était considérable : beaucoup de médecins, de chirurgiens, de physiologistes, d'histologistes, étaient venus se joindre dans l'amphithéâtre à la masse des étudiants.

Dans une excellente leçon, M. Tillaux rappela l'histoire de cette grosse question des sutures nerveuses ; il indiqua les précautions qu'il faut prendre pour réussir, et décrivit l'état dans lequel on trouve les tronçons nerveux quand ils sont divisés depuis un certain temps. L'extrémité du bout central, en cas de division complète, se renfle en forme de névrome ; l'extrémité du bout périphérique s'effile au contraire et, dans l'avivement qui précède leur mise en contact, il peut être bon de réséquer quelques millimètres de l'une et de l'autre.

Le malade fut endormi ; pour n'être pas gêné par le sang, on se servit de la bande et du tube d'Esmarch ; puis, ayant divisé la peau par une incision verticale perpendiculaire à la cicatrice, M. Tillaux se mit à la recherche du nerf médian. Le bout supérieur apparut d'abord, avec son gonflement terminal caractéristique, puis le bout inférieur, effilé, lui faisant face, de l'autre côté du tissu cicatriciel ; mais, par une dissection minutieuse à travers l'épaisseur de cette cicatrice, M. Tillaux put isoler un pont très mince de tissu nerveux de nouvelle formation, qui, sur une longueur d'un peu plus d'un centimètre, s'étendait entre ces deux bouts et rétablissait la continuité du nerf médian.

Que fallait-il faire? Valait-il mieux couper ce pont si mince, aviver les deux bouts et les suturer? Ou n'était-il pas préférable de laisser la nature compléter le travail qu'elle avait commencé, et procéder graduellement à la réparation du nerf?

On s'arrêta à ce dernier plan, de l'avis unanime des médecins présents. On ferma donc la plaie extérieure, sans toucher autrement au nerf médian, qui avait été dénudé et soulevé sur une longueur de 5 centimètres environ ; puis on reporta le malade dans son lit.

C'est ici que l'observation devient extrêmement curieuse.

Nous avons dit que jusqu'alors l'insensibilité était absolue sur les deux dernières phalanges de l'index et du médius (pour ne parler que de ces deux doigts). On s'en était assuré l'avant-veille et le matin même de l'opération.

(Nous aurons à revenir sur cette exploration faite par les soins de M. Laborde, et dans laquelle on découvrit qu'en pressant sur le nerf au-dessous de la cicatrice, on provoquait dans la zone de distribution de ce nerf les sensations dites des *amputés*, ce qui tendait à faire penser que le bout périphérique n'était plus isolé absolument du bout central.)

Dans le pansement, ces deux dernières phalanges du médius et de l'index furent laissées à nu ; et dès le lendemain de l'opération on constata que la sensibilité commençait à se rétablir sur la face palmaire et sur une partie de la face dorsale du médius. Les deux doigts avaient repris d'ailleurs leur température et leur coloration normales.

Cette sensibilité de retour, d'abord obtuse et limitée, alla rapidement en se développant tant en intensité qu'en surface.

Le lundi matin il ne restait plus sur le médius qu'une étendue d'un centimètre environ au-dessous de l'ongle, où

l'anesthésie persistât. Dans tout le reste de ce doigt, le malade avait recouvré les sensations de pression, de contact, de douleur, de température.

Mais à ce moment l'index ne percevait encore aucune de ces sensations.

Le soir du même jour, le malade sentait très bien quand on pressait l'index sur un point quelconque; mais non quand on le touchait, quand on le chatouillait, quand on le piquait, quand on le plaçait contre un corps froid.

Le mardi matin, sur ce doigt, il y avait à la fois des points d'anesthésie et des points d'hyperesthésie sur la face palmaire et sur la face dorsale; ces points étaient disséminés, pour ainsi dire, et plus nombreux sur la face palmaire. La piqûre, qui tout à côté ne donnait aucune sensation, causait çà et là une douleur vive. Le contact était nettement perçu sur le bord de ce doigt; et sur le bord correspondant du pouce, le malade accusait une augmentation très notable de toutes les sensations de toucher, de piqûre, de température.

Ainsi la seule dénudation, sur une longueur de quelques centimètres, des bouts du nerf médian, autrefois divisés et actuellement réunis par un pont très mince de substance nerveuse, avait suffi pour faire disparaître les troubles trophiques et pour provoquer un retour, graduel, mais extrêmement rapide, de la sensibilité dans des parties qui en étaient privées depuis plusieurs mois.

Nous disons que le nerf médian avait été à un certain moment divisé dans toute son épaisseur. C'est ce que paraît établir l'analyse des phénomènes qui se sont succédé chez cet homme.

Le premier jour sans doute la section, tout en étant presque complète, avait épargné quelques fibres; et ce sont ces quelques fibres nerveuses restantes qui, tiraillées, ont provoqué les accès épileptiformes. Puis elles se sont elles-mêmes rompues, et il n'y a plus eu d'accès semblables. Mais pour maintenir dans leur direction primitive les deux bouts du nerf qui, dès lors complètement isolés l'un de l'autre, se comportaient chacun séparément comme se comportent en pareil cas les bouts d'un nerf qu'on sectionne, — le bout central se renflant d'une façon régulière, tandis que le bout périphérique s'amincissait régulièrement, — il restait sans doute entre les deux une partie du névrilème de la face postérieure qui, vu sa plus grande résistance, n'avait pas cédé quand les dernières fibres du nerf s'étaient rompues. C'est pourquoi les tronçons étaient restés en place, au lieu de s'incurver et de se retourner, comme il arrive d'ordinaire dans cette région où les mouvements sont si étendus.

Par cette conservation d'un peu de névrilème s'étaient trouvées réalisées pour le nerf médian des conditions tout à fait semblables à celles dans lesquelles se régénère le pneumogastrique quand on le coupe sur les animaux. Le nerf ne se déplaçant pas, les surfaces de section se trouvant face à face, rien n'entravait ce travail secondaire de reconstitution nerveuse, par bourgeonnement centrifuge, si je puis m'exprimer ainsi, qu'on a vu se faire en cas pareil, même à travers du tissu osseux interposé.

Mais, au moment de l'opération, le pont de tissu nouveau était encore si mince, que les fibres reconstituées dans le bout périphérique par le rétablissement de leur continuité avec les centres ganglionnaires devaient être bien peu nombreuses.

Elles ne suffisaient pas encore au rétablissement des fonctions du nerf, du moins dans la plus grande partie de sa zone de distribution.

Mais comment expliquer la réapparition si rapide de ces fonctions après la dénudation du nerf?

C'est ce que nous aurons à examiner dans une prochaine revue clinique.

Ablation d'une exostose, réunion de la plaie par première intention.

Nous avons déjà souvent parlé de ces exostoses de l'adolescence ou de la première jeunesse, que M. le professeur Richet nomme *exostoses de croissance*, les comparant aux nœuds de sève des arbres.

Le plus habituellement elles siègent sur les épiphyses des os longs, mais on peut aussi en rencontrer exceptionnellement soit sur la diaphyse de ces os, soit sur les os courts (sans parler de celles qui, encore plus exceptionnellement, se développent quand la croissance paraît terminée, et néanmoins évoluent de même).

Nous en avons cité des exemples. En voici un autre, qui s'est présenté dans le service de M. Richet.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans, blanchisseuse, née en Piémont, près de la frontière française, et depuis deux ans à Paris, qui avait été prise au commencement de mars de douleurs très vives dans la jambe gauche. Ces douleurs, que la marche exaspérait, revenaient aussi spontanément, surtout dans la nuit.

Au bout d'une quinzaine de jours, cette jeune fille remarqua que l'os gonflait au point où la douleur était le plus intense. La petite grosseur qui se développait sur le tibia à ce niveau, acquit en peu de jours le volume d'un œuf, à ce qu'elle raconte, puis diminua graduellement.

Quoi qu'il en soit, quand elle se fit admettre à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, le 17 avril, l'exostose qu'elle portait à peu près à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers supérieurs de la diaphyse du tibia gauche égalait, tout au plus, la moitié d'une noix.

Mais les douleurs étaient devenues si vives que depuis quelques jours elles rendaient la marche impossible. On percevait, avec la main, une différence, en somme assez minime, de température, au niveau de l'exostose; mais partout ailleurs, le tibia paraissait absolument sain. Il ne s'était pas arrondi, comme il le fait toujours en cas d'ostéomyélite; son bord antérieur était resté aussi tranchant. Le travail irritatif qui avait amené le gonflement d'un point de sa face externe paraissait tout superficiel.

M. Richet, à cause du siège, un peu insolite, de l'exostose, à cause du caractère nocturne des douleurs, à cause de la profession même de la malade, qui l'exposait aux contaminations lorsqu'elle allait reporter du linge à domicile, posa la question de syphilis; et il commença par instituer un traitement dans ce sens, malgré les données négatives que fournissaient les examens locaux.

Ce traitement ne produisit aucun résultat favorable, et en présence des douleurs qui persistaient à un degré insupportable, M. Richet se décida à une opération le 30 mai dernier.

Une fois la malade endormie, il incisa verticalement, sur

(1) Voir notamment *Gazette des hôpitaux*, année 1879, p. 538, 539, 540; p. 557, 558, 559; p. 705, 706, 707, 708; p. 793, 794; année 1880, p. 537, etc.

la tumeur, d'abord la peau, puis le périoste. Bien qu'il adhérât fortement à l'os, le périoste en fut détaché avec soin, à droite et à gauche, et maintenu sur les côtés de la plaie avec des écarteurs. Ensuite, avec une forte gouge, M. Richet rugina le tissu osseux, couche par couche, de manière à enlever toute la partie saillante, et même à creuser légèrement l'os à ce niveau.

Durant cette opération, on eut la preuve que le travail phlegmasique partait bien de la superficie, car l'os était surtout dur, comme éburné, congestionné, saignant facilement à la surface; plus profondément son tissu paraissait absolument sain.

Autrefois, quand M. Richet pratiquait cette même opération, il fallait toujours quelques semaines pour obtenir la cicatrisation de la plaie osseuse.

Aujourd'hui, grâce aux pansements à la liqueur de Van Swiéten, la réunion par première intention est aussi facile à obtenir pour une plaie sous-périostée d'un os que pour une plaie d'un autre genre.

En effet, chez cette jeune fille, la cicatrisation se fit immédiatement et sans suppuration. Quand on retira le premier pansement, on trouva les bords réunis dans toute leur longueur, et la peau adhérant à l'os. Les jours suivants, comme on avait supprimé toute compression, il se fit bien un léger épanchement de sérosité, probablement sous le périoste, à l'endroit où l'os se trouvait un peu encoché. Mais pour faire résorber cette sérosité, il suffit de rétablir une faible compression à l'aide de ouate serrée par quelques tours de bande.

Aujourd'hui cette malade est entièrement guérie, et elle n'éprouve plus de douleur, ni durant la nuit, ni quand elle marche.

L'excellence de la liqueur de Van Swiéten, comme antiseptique, est démontrée par toute une série de preuves aussi convaincantes dans le service de M. Richet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 juin 1885. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Rupture de l'urèthre. — **M. TERRIER** fait un rapport sur une observation adressée par M. Cabanais et relative à un cas de rupture traumatique de l'urèthre chez un enfant. Aussitôt après l'accident, M. Cabanais avait proposé de faire une incision périnéale, de rechercher le bout postérieur et de tâcher de reconstituer le canal. Un autre médecin s'étant opposé à toute intervention, les choses restèrent en l'état. Peu de temps après, il y eut de la gangrène, il se forma une escarre; l'intervention s'imposait dès lors, mais était devenue beaucoup plus difficile; on eut, en effet, beaucoup de peine à passer une sonde à demeure. L'enfant supporta très mal cette sonde; puis il fut atteint d'une fièvre typhoïde suivie d'une tuberculose aiguë à laquelle il succomba.

M. Terrier se demande si, dans les conditions où se trouvait cet enfant, il y avait lieu d'espérer que le canal de l'urèthre pourrait être définitivement reconstitué.

M. TILLAUX, pour répondre à cette question, cite l'exemple d'un enfant qui était tombé à califourchon sur les grilles qui entourent l'église de Belleville. Appelé auprès de cet enfant par M. Métivier, il fit une large incision du périnée et reconstitua l'urèthre. Grâce à l'intelligence et à la persévérance des soins de sa mère, cet enfant recouvra l'usage de son canal de l'urèthre. Ce fut très long, mais il guérit très bien et cet enfant est aujourd'hui un homme qui, au dire de sa mère, aurait même trop bien recouvré tous les usages de son canal uréthral.

M. LE FORT cite également l'exemple d'un enfant qu'il a eu à soigner dans des conditions analogues et auquel il dut faire plusieurs uréthrotomies. Cet enfant finit par guérir radicalement.

M. BOUILLY fait observer que dans le cas dont il s'agit dans le rapport de M. Terrier, il y a eu des accidents de gangrène qui compliquaient la situation et la faisaient tout à fait différer des cas de simple section ou de déchirure dans lesquels le chirurgien intervient immédiatement.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit qu'il y a, en effet, des cas très différents et qui ne sauraient être comparés entre eux. Tantôt on obtient une réparation parfaite de l'urèthre, sans même avoir besoin de recourir à la dilatation; tantôt, au contraire, la reconstitution du canal est impossible à obtenir, même quand on intervient immédiatement et qu'on répare tout de suite le canal.

M. GILLETTE ne pense pas qu'il soit toujours indiqué de chercher à reconstituer immédiatement le canal. Il cite plusieurs cas où il s'est très bien rétabli de lui-même. Il suffit donc, selon lui, dans le cas de rupture de l'urèthre, de faire une large incision périnéale pour donner issue à l'urine, de laisser les choses en l'état, et de ne pas se hâter de sonder le malade.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE croit, au contraire, que cette recherche du bout postérieur de l'urèthre doit être faite. C'est non seulement son avis, mais c'est aussi celui de M. Guyon, des chirurgiens de marine et de bien d'autres encore. Il cite plusieurs cas où le canal ne s'est pas reconstitué de lui-même et où il a fallu faire pendant longtemps la ponction de la vessie.

M. MARC SÉE croit également qu'il faut autant que possible chercher à reconstituer le canal, car il y a bien des cas où les malades ne peuvent plus uriner. Il emploie le moyen suivant pour faciliter la recherche du bout postérieur : après avoir fait l'uréthrotomie externe, il fait étendre par un aide, avec deux fils, la paroi postérieure du canal incisé; il devient dès lors facile de trouver le bout postérieur et d'y introduire une bougie.

M. HORTELOUP, depuis douze ans, n'a plus jamais mis de sonde à demeure à la suite de l'uréthrotomie externe, et il ne passe des sondes qu'au bout de vingt-cinq jours.

M. TERRIER constate qu'il n'existe pas un accord parfait entre les chirurgiens sur la conduite à tenir dans les cas de rupture de l'urèthre. Le *modus faciendi* diffère selon les chirurgiens, et la thérapeutique chirurgicale, dans ces cas, est loin d'être soumise à des règles absolues. On peut dire aussi qu'il y a des cas heureux et qu'il y en a d'autres où le canal se rétrécit, quoi qu'on fasse pour l'éviter.

Résection du sternum. — **M. LE FORT** recevait dans son service, le 22 avril dernier, un homme de cinquante-quatre ans, atteint de bronchite chronique, et se plaignant d'une douleur vive au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Il y eut du gonflement, et il survint successivement quatre abcès et plusieurs fistules dans l'espace de deux ou trois ans. Cet homme, souffrant beaucoup et depuis longtemps, accepta avec empressement la proposition que lui fit M. Le Fort de lui pratiquer la résection de la plus grande partie du sternum. Il considérait cette opération comme un mode de remède, et malgré tous les soins et toute la surveillance dont il fut entouré, voyant qu'il ne succombait pas à l'opération, il trouva moyen d'arracher tous ses pansements et fit tant et si bien que, malgré tous les efforts du chirurgien, il finit par mourir. L'autopsie révéla la présence d'une carie de la face postérieure des deux premières côtes qu'il aurait fallu également réséquer. Toutefois les suites de cette opération promettaient d'être des plus simples, et cette observation a permis de démontrer que l'ablation, même de la plus grande partie du sternum, ne compromet en aucune façon les mouvements respiratoires.

M. NICAISE a fait la même opération sur une femme de cinquante ans, qui était atteinte d'une carie du sternum. Il enleva la partie supérieure de cet os en se servant de la curette et de la

pince coupante de Nélaton; il a enlevé aussi l'extrémité interne de la clavicule gauche. La malade a très rapidement guéri.

Tumeur osseuse du cou-de-pied. — M. TRÉLAT présente une tumeur osseuse qu'il a enlevée le matin même, chez un jeune homme, dans la gaine des tendons du jambier antérieur. Cette tumeur mesure 39 millimètres sur 30 millimètres. C'est un os véritable présentant un revêtement cartilagineux externe et une articulation complète. Toutes les parties du pied ont leurs rapports normaux. Il s'agit là probablement, selon M. Trélat, d'une tumeur congénitale ou d'une ectopie osseuse.

Blessures de guerre. — M. BOUSQUET lit un travail sur les déformations des projectiles pouvant servir au diagnostic des fractures.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Jules Crevaux (1), par M. Émile RIVIÈRE.

II

A la suite de ce second voyage, Crevaux rentrait en France, et, dans la séance du 16 avril 1880, sur le rapport d'une commission composée de MM. Cortambert, Duveyrier, Malte-Brun, de Quatrefages et William Hüber, la Société de géographie de Paris lui décernait une médaille d'or « vaillamment gagnée » (2). En effet, avant lui, l'intérieur de la Guyane, et particulièrement les montagnes qui séparent le bassin du Maroni de celui des Amazones, n'avaient jamais été parcourues. Cette contrée, comme le fait remarquer le rapport que nous venons de citer, cette contrée ne se rattachait aux connaissances géographiques que par son côté légendaire. C'est en effet là que les Espagnols de la conquête plaçaient, sur la foi d'un des leurs, « au milieu des forêts vierges qui couvrent cette région insalubre, ce fameux *Eldorado*, la terre ruisselante d'or et étincelante de pierreries » (3), dont le palais en or massif — des grottes aux parois micacées brillant au soleil — se mirait, dit-on, dans les ondes du lac Parimi, lac dont les habitants n'ont en réalité jamais entendu parler.

Jules Crevaux parcourut donc, à plusieurs reprises, ces montagnes, et s'il n'a pas trouvé la ville enchantée, au moins a-t-il doté la géographie de renseignements tout à fait inédits. Il a, le premier, passé des côtes de la Guyane dans le bassin des Amazones; il a visité des populations inconnues, franchi des passages déserts et lancé sa pirogue dans des rapides, dont le nom n'avait jamais été prononcé jusque-là.

Ainsi s'exprimait, en 1880, la Commission chargée du rapport sur le concours du prix annuel de la Société de géographie de Paris (4).

Peu de temps après, le 6 août de la même année, Crevaux repartait de Saint-Nazaire pour Savanilla (Colombie), dans la mer des Caraïbes, chargé d'une troisième mission du gouvernement français.

C'est de ce point que, accompagné de M. Lejanne, pharmacien de la marine, du matelot Burban et de son brave et fidèle serviteur Apatou qui ne l'a jamais quitté un seul instant dans aucun de ses voyages, sauf, malheureusement pour lui peut-être, dans celui où il a succombé, c'est de ce point, disons-nous, « qu'il remonta le Magdalena à travers la Colombie, franchit ensuite la Cordillère des Andes, alteignit les sources du Guayabero, qu'il a baptisé du nom de rio de Lesseps, et suivit tout le cours de l'Orénoque, jusqu'à son embouchure dans l'Océan » (5).

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 juin 1885.

(2) Peu de jours après, la Société de géographie de l'Est lui votait une récompense semblable.

(3) Notice de M. Georges Révoil dans l'Atlas du docteur J. Crevaux.

(4) *Bulletin de la Société de géographie de Paris.*

(5) *Ibid.*

Durant ce long voyage de 850 lieues, dont 425 encore en pays inconnu, nos courageux explorateurs eurent à affronter mille périls de toute nature, au milieu d'une contrée des plus malsaines et tellement inhabitée, qu'ils naviguèrent pendant dix-sept jours sans rencontrer un seul être humain, et furent réduits à vivre n'ayant pour toute nourriture que des bourgeons de palmier. C'est ainsi qu'ils perdirent, des suites de la piqûre d'un *raga*, leur jeune marin Burban, qui succombait en quelques heures, payant de sa vie son dévouement à la science. C'est ainsi qu'Apatou, entraîné au fond de l'eau par un caïman, n'échappa pour ainsi dire que par miracle à une mort certaine. C'est ainsi que M. Lejanne faillit aussi, à son tour, être saisi par le même saurien, et que Crevaux lui-même, pris sous un bambou comme sous un laminoir, n'en sortit que contus, meurtri, presque broyé. Il nous souvient encore de l'*humour* avec lequel il racontait à la Sorbonne, l'année suivante, les dures épreuves que ses compagnons et lui venaient de traverser durant cette dernière expédition.

Mais, encore une fois, le savant et courageux voyageur rentrait en France, triomphant d'une lutte de tous les instants. Cependant, avec une modestie rare et qui lui fait le plus grand honneur, il n'attribuait toujours « le succès de ses voyages qu'à sa bonne constitution, à un peu d'audace et à beaucoup de chance ». Il ne serait que juste d'ajouter, dirons-nous aussi, nous qui l'avons connu et vivement apprécié, à une grande énergie et à un courage à toute épreuve.

C'est au retour de ce troisième voyage que le docteur Crevaux fut promu au grade d'officier de la Légion d'honneur et nommé officier de l'instruction publique.

Outre l'exploration de régions absolument inconnues, outre la découverte de voies de communication entre les Guyanes franco-hollandaises et le Brésil, dont il a donné une carte des plus exactes, Jules Crevaux eut encore le mérite de rapporter, de chacune de ses expéditions, de nombreuses collections ethnographiques et anthropologiques, des collections d'histoire naturelle des plus précieuses, de nombreuses et importantes observations sur les peuplades avec lesquelles il s'est trouvé en relations et notamment « sur les Roucouyennes, les Trios, les Apalaïs. C'est au cours de l'un de ses voyages qu'il a découvert le *Strychnos* qui portera désormais son nom, le *Strychnos Crevauxii*, et qui donne à l'un des *curares* de l'Amazone ses propriétés toxiques (1). »

En effet, la fabrication de ce curare, dont les indigènes se servent pour empoisonner leurs armes, naguère encore un mystère, a été complètement élucidée par le docteur Crevaux, aux points de vue botanique et géographique. Comme nous l'avons déjà raconté ici (2), le tenant de la bouche même de Crevaux, c'est grâce à l'influence d'un collier de verroterie sur une jeune Indienne qui se laissa séduire — en tout bien tout honneur — et entraîner au milieu des bois, pour la montrer à notre hardi voyageur, que celui-ci parvint à connaître la plante dont ces peuplades extraient le suc pour la préparation de leur curare. Ainsi les Indiens du haut Amazone emploient le *Strychnos Castelneana*, ceux de la Guyane le *Strychnos Crevauxii*, décrit par MM. Planchon et Baillon, et ceux de l'Orénoque, le *Strychnos toxifera*.

Nous ajouterons encore, comme une des particularités bizarres des indigènes de la Guyane que Crevaux racontait, en 1881, dans sa conférence de la Sorbonne, ce fait intéressant que les Indiens de ces contrées attribuent les affections de poitrine, dont ils sont parfois atteints, à la présence des blancs, à la contagion, suite de leurs rapports avec eux. Aussi s'empressent-ils généralement de les fuir le plus possible et s'éloignent-ils d'eux à de grandes distances, dès qu'ils entendent le moindre accès de toux ou même le moindre éternuement.

Enfin, il y a trois ans et demi environ, le gouvernement français confiait au savant et regretté voyageur cette quatrième mission, dans laquelle il se proposait de « traverser le continent américain

(1) Notice de M. Georges Révoil.

(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1881, p. 446.

du sud au nord et d'explorer le vaste espace, en grande partie inconnu, qui sépare le rio de la Plata du cours de l'Amazone », mission dont il ne devait malheureusement pas revenir. « Son itinéraire comportait, en ligne droite, au moins 3000 kilomètres à travers des territoires considérables, en partie inexplorés, dont le figuré grossier est à peine tracé sur les meilleures cartes (1). »

Pour cette dernière mission, pour laquelle les Chambres françaises avaient voté un crédit supplémentaire spécial de 70000 francs, le ministère de l'instruction publique avait adjoint au docteur Crevaux MM. Billet, astronome, membre de la Société de géographie; Jules Ringel, dessinateur; un aide, M. Jules Didelot, « qui s'était préparé à ce voyage par des études spéciales à l'Observatoire de Montsouris », et un marin timonier breveté, Ernest Haurat, que l'on espérait encore, il y a dix-huit mois, retrouver vivant, prisonnier des Indiens Tobas, mais qu'aujourd'hui l'on sait avoir succombé quelques mois plus tard.

D'autre part, la République Argentine et le gouvernement bolivien avaient mis, avec le plus grand empressement, à la disposition de la mission tout ce dont elle pouvait avoir besoin, et celle-ci partait dans les meilleures conditions de succès lorsque, arrivée à Ivitivi, elle apprit que, à la suite d'un vol commis par des pillards de Yacuiva, les habitants de Caïza avaient organisé une expédition contre les Indiens Noctenes qui, cependant, n'avaient pris aucune part au vol, leur en avaient tué dix ou douze et avaient ramené sept enfants prisonniers, dont deux blessés.

A cette nouvelle, Crevaux fut vivement affecté. Connaissant de longue date le caractère des peuplades au milieu desquelles il allait lui falloir traverser et leur soif de vengeance, il entrevoyait immédiatement les dangers sérieux et les difficultés redoutables auxquels ses compagnons et lui allaient fatalement se trouver exposés.

Néanmoins, confiant encore dans sa mission toute pacifique et dans les moyens qu'il comptait employer, il partit, le 19 avril au matin, répondant à ceux qui cherchaient à le retenir : « Si je meurs, je mourrai, mais si l'on ne risque rien, on ne découvrira rien et l'on sera toujours dans les ténèbres (2). »

Après plusieurs jours de navigation sur le Pilcomayo, l'expédition scientifique arrivait le 27 avril, à 10 heures du matin, à une grande plage de sable. Les Indiens, réunis en grand nombre, invitaient les voyageurs, comme de coutume, à déjeuner, leur offrant du poisson et de la viande de mouton. Crevaux, Billet et Ringel descendaient les premiers. Dans les dernières embarcations venaient Haurat, le jeune Ceballos et l'Argentin Blanco. A peine les explorateurs avaient-ils fait quelques pas qu'ils étaient immédiatement entourés par un nombre considérable de Tobas qui se précipitaient sur eux et les massacraient à coups de *makanas* (sorte de massue) et de couteaux. Haurat, Ceballos et Blanco, voyant le danger qui les menaçait, se jetaient aussitôt à l'eau pour atteindre la rive opposée. Mais Ceballos fut saisi par un Toba qui allait le massacrer, lorsqu'un autre Indien s'empara de lui et le défendit contre son agresseur. Pendant ce temps ses deux compagnons prenaient la direction de Itiyuru, mais bientôt ils étaient faits prisonniers à leur tour. Cependant grâce à l'intervention d'une jeune Indienne, leur vie fut épargnée, mais ils n'en moururent pas moins après cinq ou six mois de captivité, de privations et de souffrances, ainsi que M. Thouar qui s'est dévoué, avec une opiniâtreté et une abnégation qui lui font le plus grand honneur, à la recherche de Crevaux et de ses compagnons, espérant encore arriver assez à temps pour sauver quelques-uns des prisonniers, l'a raconté dans la conférence qu'il a faite à la Sorbonne au mois de février de l'année dernière (3).

Quant au jeune Ceballos, à qui l'on doit de connaître les douloureuses péripéties du massacre de l'expédition, il resta captif pendant six mois au milieu des Tobas, et ne dut la liberté qu'aux efforts du P. Doroteo, préfet des missions des franciscains italiens. Il a aussi raconté à M. Thouar que nos malheureux compatriotes, Crevaux et ses dignes compagnons, furent, après le massacre, coupés en morceaux et que leurs assassins en emportèrent les membres dans leurs ranchos comme des trophées de victoire et mirent le feu aux embarcations après s'être emparés du butin qu'elles contenaient.

La vengeance des Tobas était assouvie; ils avaient égorgé leurs victimes *à l'endroit précis* où les leurs, peu de jours auparavant, étaient tombés sous les coups des habitants de Caïza.

Depuis lors M. Thouar a recueilli avec un soin pieux un certain nombre d'objets ayant appartenu à l'expédition et qu'il a pu retrouver sur son passage, tels que : un baromètre Fortin, dont la cuvette était brisée, avec son étui, une dernière note de Crevaux, écrite au crayon et datée d'Irua, le 19 avril 1882; enfin un croquis du cours du Pilcomayo, tracé au crayon par Crevaux et annoté par M. Billet qui fixait la distance de Machareti (19°49' latitude sud) à 26 milles de San Francisco (1), un bordage d'embarcation, la jumelle montée en or de notre confrère avec les initiales J.-C., sa trousse de chirurgie, une boussole, des papiers, quelque peu d'argent. Enfin, on vit aussi plusieurs fois, nous dit M. Thouar, du côté de Itiyuru, une Indienne portant au cou, en guise d'amulette, un des chronomètres de Crevaux.

Mais il est temps de nous arrêter et nous dirons en terminant, avec M. Georges Révoil, que la mort du docteur Jules Crevaux a été un deuil pour notre pays. Par l'élévation de son caractère, par son ardent patriotisme, par sa bravoure à toute épreuve, par les services éminents qu'il avait déjà rendus, il avait pris place au premier rang parmi les explorateurs les plus distingués de notre époque. Son nom sera désormais inscrit à côté de ceux de Francis Garnier, du colonel Flatters, de tous ces martyrs de la géographie qui, séduits par l'attrait de l'inconnu, désireux d'étendre le domaine du commun savoir et la légitime influence de la France, ont sacrifié leur vie pour la science et pour la patrie.

Aussi est-ce avec une véritable satisfaction que nous avons vu le Congrès national de la Bolivie décréter que : « 1° au point appelé Teyo, lieu où furent massacrés l'illustre Français, docteur Jules Crevaux, et tous ses compagnons, explorateurs du rio Pilcomayo, serait élevée une colonne de douze mètres de hauteur, au sommet de laquelle serait placée une statue tournée vers l'orient, et dont chacune des faces porterait gravés les noms de ceux qui ont péri sous les coups des Tobas; 2° qu'au même endroit serait fondée une colonie, laquelle porterait le nom de « Colonie Crevaux » (2).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministère du commerce a décidé d'envoyer en Espagne une mission pour étudier sur place la vaccination du choléra suivant le procédé de M. le docteur Ferran. Cette mission est composée de MM. le professeur Brouardel, Roux, chef du laboratoire de M. Pasteur, et Albaran, interne des hôpitaux.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Baillon fera dimanche prochain, 21 juin 1885, une herborisation publique dans la forêt de Fontainebleau. Le départ aura lieu à 6 h. 40 m. du matin, par la gare du chemin de fer de Lyon.

(1) Notice de M. Georges Révoil.

(2) A la recherche des restes de la mission Crevaux, par M. A. Thouar (*Le Tour du Monde* et la *Revue scientifique*, 1884.)

(3) A. Thouar, *loc. cit.*

(1) Lettre de M. A. Thouar à la Société de géographie de Paris.

(2) Quant à la Société de géographie de Paris, elle a publié, comme un dernier hommage à la mémoire du savant et courageux voyageur, l'atlas complet des fleuves de l'Amérique du Sud : le Oyapock, le Rouapir, le Kou, le Yari, le Parou, le Iça et le Yapura, levés à la boussole, en 1877 et 1878-1879, par le docteur Jules Crevaux, pendant le cours de ses voyages en Guyane et dans le bassin de l'Amazone.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17987.

33

"VASELINE"

est le seul produit de son genre qui ait obtenu partout une consécration officielle.

MARQUE

GELÉE DE "VASELINE" PÉTROLE

DE FABRIQUE

NE RANCISSANT JAMAIS

Préparée expressément pour la médecine, la pharmacie, l'art vétérinaire, la parfumerie, etc.,

SEULEMENT PAR

THE CHESEBROUGH MANUFACTURING COMPANY (CONSOLIDATED)

Bureaux :

New-York, 24, State Street. — Londres, 41, Holbarn Viaduct. — Paris, 13, avenue de l'Opéra.

EXPÉDITIONS DANS LE MONDE ENTIER.

La **"VASELINE"**, médaillée à l'Institut américain, 1874, à Philadelphie, 1876, à New-York, 1877, à Paris, 1878, à Londres, 1881 et 1884, etc., etc., est une substance onctueuse, semi-solide, sans goût, sans odeur, très adoucissante, éminemment émolliente, et surtout ne *rancissant jamais*. Les médecins la prescrivent à l'intérieur et à l'extérieur.

"VASELINE" a été approuvée par toute la presse médicale d'Angleterre, de France, d'Allemagne, d'Amérique, etc., etc. Elle a été recommandée par les médecins, les chirurgiens, les chimistes les plus distingués de tous les pays et elle est employée dans tous les hôpitaux.

"VASELINE" est la seule préparation de pétrole qui ait été recommandée par tout le monde médical.

(Voir : *Officine Dorvault*, 10e édition, Paris 1880, p. 1383 et 1384.
Recueil d'ophthalmologie, par le docteur Xavier Galezowski, 1877.
L'Union médicale, par M. Guichet, mars 1877.
Annuaire de thérapeutique, par MM. Gueneau de Mussy et Limousin, 1877.
Dito, par le docteur A. Bouchardat.
Journal de médecine et de chirurgie, par le docteur J. Lucas-Championnière, 1878.
Dito, Prescriptions et formules, avril 1878.
Journal de pharmacie et de chimie, septembre 1878.)

Le procédé employé pour sa fabrication est le **seul** procédé reconnu comme désinfectant le pétrole sans enlever ses propriétés pour les usages médicinaux, pharmaceutiques et de la toilette.

Le mot **"VASELINE"** ne s'applique uniquement qu'aux préparations fabriquées par nous.

Nous prions messieurs les médecins qui ordonnent la **"VASELINE"** de porter leur attention à ce qu'on n'emploie que l'article vrai, parce que c'est le seul bon. Notre produit doit être jugé d'après son mérite et non sur la mauvaise qualité des imitations sans valeur qui se trafiquent sur la popularité acquise par **"VASELINE"**.

CHESEBROUGH MANUFACTURING C°

13, avenue de l'Opéra.

N.-B. — *Se méfier des contrefaçons dangereuses et déloyales.*

35

DRAGÉES CABANÈS IODURÉES

Expérimentées avec succès dans les hôpitaux.

Chaque dragée contient 50 centigr. d'iodure de potassium chimiquement pur. Ces dragées, dépourvues de saveur, bien tolérées, conviennent dans la syphilis, le rhumatisme, l'asthme.

Ces mêmes dragées contenant seulement 25 centigr. d'iodure (pour les *femmes* et les *enfants*, redoutant la saveur de l'iodure).

2° **BI-IODURÉES** (roses). Chaque dragée contient 5 milligr. de bi-iodure d'hydrargyre et 25 centigr. d'iodure de potassium. — Traitement mixte de la syphilis et des affections de la peau.

Paris, Phie Cabanès, 34, boulev. Haussmann.

58

RHUMATISMES, GOUTTE, GRAVELLE

PRISES DOSÉES A 50 CENTIGRAMMES

SALICYLATE DE SOUDE CRISTALLISÉ

SCHLUMBERGER ET CERCKEL

26, rue Bergère, Paris.

Seuls concessionnaires du brevet Kolbe *pour l'acide salicylique et ses dérivés.*

La prise est la seule forme qui permet de constater la pureté et la qualité du salicylate, qui se présente sous l'aspect de paillettes ou cristaux nacrés.

La division en paquets de 50 centigrammes facilite l'administration du médicament que l'on peut varier suivant le goût du malade qui le prendra dans de l'eau gazeuse, de l'eau rougie ou légèrement alcoolisée, limonade, thé, tisane, etc., à volonté. (Boîte, **3** francs.)

Le SALICYLATE DE LITHINE en pilules dosées à 10 centigr., particulièrement efficace contre la goutte et la gravelle (fl. de 60 pilules, **5** francs), 4 ou 5 par jour.

Exiger la marque et cachet Schlumberger et Cerckel comme garantie de pureté. — Dépôt, A. Chevrier, pharmacien de 1re classe, 21, rue du Faubourg-Montmartre, Paris et toutes phies.

39

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

Inhalateur, location, 5 francs par semaine. Gaz, 0f,10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** francs.

Phie Limousin ✻, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (Bouchardat, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie Champigny, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

80

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

39

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phtisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

57

IODE LIBRE, CAPSULES BOUÉ

Elles en contiennent chacune un centigramme.

En détruisant les MICROBES, l'iode libre *prévient et combat* les épidémies et les maladies contagieuses, c'est le meilleur spécifique contre les affections des bronches et de la poitrine.

4 à 8 par jour aux repas. — **3** fr. le flacon.

Paris, 34, rue Grenier-Saint-Lazare.

7

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, Phie Grez, 34, rue de la Bruyère.

2

CHATEL-GUYON GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concerts Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	1 an : **30** fr.
UNION POSTALE . .	3 mois : **10** fr.	» — 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. Tillaux.

Kyste dermoïde de la région sus-hyoïdienne.

Nous allons aujourd'hui pratiquer trois opérations : l'amputation partielle d'un doigt, l'extirpation d'un myome utérin et l'ablation d'une tumeur de la région sus-hyoïdienne.

L'amputation du doigt est réclamée par une femme qui souffre constamment depuis qu'à la suite d'un panaris l'extrémité du doigt s'est en quelque sorte momifiée. Des douleurs violentes partent de la cicatrice, rayonnent dans le bras et empêchent tout travail.

La seconde malade est atteinte d'un polype de l'utérus ou plutôt d'un myome utérin qui, après s'être pédiculé, est venu faire saillie dans le vagin par le col entr'ouvert. Il existe des pertes abondantes nécessitant une intervention immédiate. Des nombreux moyens proposés pour pratiquer l'extirpation de ces tumeurs, celui que je préfère est l'écraseur linéaire de Chassaignac, et vous me le verrez mettre en usage. Je vous rappelle qu'un point important est de n'exercer que de légères tractions sur la tumeur pour passer la chaîne et de la laisser revenir en place lorsque la chaîne est passée. Sans cette précaution, on s'expose à renverser l'utérus. J'aurai d'ailleurs occasion de revenir beaucoup plus en détail sur cet important sujet dans une autre leçon.

La troisième malade est plus intéressante en raison du siège de la maladie et de certaines obscurités du diagnostic.

Voici d'abord son histoire :

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-huit ans, couchée au n° 13 de la salle Sainte-Marthe. Sa santé générale est satisfaisante; cependant, pendant son enfance, elle a été atteinte d'une affection des yeux et du genou gauche. Il y a six ans, elle eut un eczéma, et actuellement elle présente un léger écoulement de l'oreille gauche. Les règles, apparues à l'âge de douze ans, n'ont jamais été très régulières. Elle n'a pas eu d'enfants. L'affection actuelle date de loin. C'est à l'âge de sept ans, c'est-à-dire il y a vingt et un ans, que la malade s'aperçut de l'existence d'une tumeur occupant la région sus-hyoïdienne, exactement la ligne médiane, et présentant, dit-elle (il y a sans doute un peu d'exagération), le volume d'un œuf de poule. La tumeur aurait acquis son volume total dans l'espace de huit jours, et serait restée stationnaire pendant une vingtaine d'années.

Il y a deux ans apparut une seconde tumeur dans la région sus-hyoïdienne latérale gauche et enfin une troisième qui fit saillie du côté de la bouche en soulevant légèrement la muqueuse du même côté.

Ces diverses évolutions de la maladie se sont produites sans que la malade éprouve la moindre douleur.

État actuel. — Les régions sus-hyoïdiennes médiane et latérale gauche sont complètement occupées par une tumeur qui présente le volume d'un gros œuf de poule et dont le grand diamètre est transversal ; elle est bilobée : le lobe médian est un peu plus petit que le lobe latéral. Ces deux lobes sont séparés par une légère dépression qui siège à 2 centimètres environ à gauche de la ligne médiane. En examinant l'intérieur de la bouche, on ne constate pas précisément une tumeur, mais un soulèvement de la muqueuse et de la glande sublinguale. La peau qui la recouvre est saine.

Quelles sont les connexions de la tumeur avec les parties profondes? La solution de cette question exige une analyse assez délicate et demande que nous fassions appel à nos souvenirs anatomiques.

Notons d'abord le signe suivant : la tumeur, qui est mobile lorsque la tête est au repos, s'immobilise et se tend lorsque les muscles sus-hyoïdiens sont mis en état de contraction : ce que l'on obtient en ordonnant à la malade d'abaisser son menton et en s'opposant à ce mouvement. Donc la tumeur est recouverte par un plan musculaire.

Mais cette région présente une disposition anatomique que l'on ne retrouve pas ailleurs. La peau est doublée, à sa face profonde, d'un muscle parfois assez développé, le muscle peaucier. Au-dessus du peaucier est une couche cellulo-graisseuse fort lâche qui permet des glissements faciles ; on rencontre ensuite l'aponévrose cervicale.

Eh bien, notre tumeur siège-t-elle dans cette couche cellulo-graisseuse située entre le peaucier et l'aponévrose ? Je ne le crois pas, et voici pourquoi : la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée (on peut la dénommer ainsi en ne faisant de la peau et du peaucier qu'une seule couche) communique librement avec celle de la région sous-hyoïdienne. L'aponévrose cervicale, au contraire, se fixe en haut au bord infé-

rieur du maxillaire et en bas à l'os hyoïde, corps et grandes cornes. Or, la tumeur que nous étudions, exactement limitée en bas par l'os hyoïde, n'empiète pas sur la région sous-hyoïdienne ; nous sommes donc autorisés à penser qu'elle est bridée en bas par l'aponévrose et qu'elle est par conséquent sus-aponévrotique.

Quelles sont ses connexions avec le muscle mylo-hyoïdien? Est-elle située au-dessus ou au-dessous de ce muscle? La réponse à cette question ne saurait être douteuse. Le muscle mylo-hyoïdien constitue une sangle musculaire solide qui sépare l'une de l'autre la région sublinguale et la région sus-hyoïdienne. Toute tumeur siégeant au-dessus du muscle fait saillie sous la muqueuse buccale : toute tumeur située au-dessous du muscle fait saillie sous la peau du cou. C'est le cas de celle que nous étudions : donc elle repose sur la face inférieure du muscle mylo-hyoïdien.

Siège-t-elle au-dessus ou au-dessous du ventre antérieur du muscle digastrique? Je serais disposé à croire qu'elle passe au-dessus en raison de l'étranglement que nous constatons extérieurement, et qui serait produit précisément par ce muscle. Toutefois le muscle peaucier lui-même serait suffisant pour produire ce phénomène, car vous savez que le bord antérieur de ce muscle n'arrive pas jusqu'à la ligne médiane. Quant au lobe latéral, il ne saurait être douteux qu'il siège au-dessous du muscle hyo-glosse, puisqu'il est à peine appréciable par le toucher buccal. Dans le cas contraire, on ne le sentirait que par la bouche.

Je crois donc pouvoir attribuer à la tumeur le siège anatomique suivant : née dans la région sus-hyoïdienne médiane, au-dessus de l'aponévrose, entre ce feuillet et le muscle mylo-hyoïdien, elle a envoyé un prolongement qui passe au-dessus du ventre antérieur du digastrique gauche et qui est venu occuper toute la face inférieure de l'hyoglosse. Ce lobe latéral proémine légèrement du côté de la bouche en soulevant la glande sublinguale. Il est en rapport immédiat par sa face profonde avec la veine linguale et le nerf grand hypoglosse. La glande sous-maxillaire a été repoussée en arrière. L'artère linguale est nécessairement séparée de la tumeur par l'épaisseur du muscle hyoglosse.

Signes physiques. — La tumeur est molle, dépressible, fuyante en quelque sorte, mais seulement quand la tête est au repos. On la repousse aisément de droite à gauche et de haut en bas, de telle sorte qu'il est permis d'affirmer que l'on a affaire à une seule et même tumeur. Quand on met les muscles sus-hyoïdiens en état de contraction, la tumeur non seulement devient immobile, ainsi que nous l'avons déjà dit, mais elle se tend et offre de la résistance au toucher, sans toutefois faire une moindre saillie dans la région : ce qui prouve bien qu'elle est située au-dessous et non au-dessus des muscles. Elle n'est pas fluctuante. Quel que soit le sens dans lequel on recherche la fluctuation, on n'en trouve nulle part.

Le canal de Warthon est perméable.

La tumeur a toujours été et est encore actuellement complètement indolente.

Quel est le diagnostic? Est-ce un angiome, ce que Dupuytren avait appelé une tumeur érectile? La tumeur en présente toute la mollesse; mais, bien que dépressible, elle n'est pas réductible et il n'y a pas de vascularisation à son pourtour. Je ne le pense donc pas. Est-ce un abcès froid? Non, car la tumeur a débuté il y a vingt ans et a toujours été indolente.

Je crois qu'on ne saurait hésiter qu'entre un lipome et une grenouillette sus-hyoïdienne.

Ma première idée, celle qu'ont eue les nombreuses personnes ayant examiné la malade, a été que nous avions affaire à cette dernière affection, c'est-à-dire à un kyste occupant la région sus-hyoïdienne et se prolongeant dans la région sublinguale. Mais il y a bien des objections à opposer à cette manière de voir. Dans son mémoire publié sur ce sujet en 1881 dans la *Revue de chirurgie* de M. Nicaise, M. Delens a fait remarquer, il est vrai, que la poche sus-hyoïdienne était molle, dépressible, et donnait la sensation d'une poche demi-pleine analogue à celle que l'on éprouve en touchant les épanchements traumatiques de sérosité décrits par Morel-Lavallée; mais enfin il y a de la fluctuation, tandis qu'ici je n'en trouve pas.

La tumeur a débuté il y a vingt et un ans, c'est bien long pour une grenouillette. Elle a débuté par la saillie médiane : sous-mentonnière, ce qui ne peut absolument pas se comprendre dans l'hypothèse d'une grenouillette dont le début est toujours latéral et sublingual. Enfin, il n'existe pas en réalité de tumeur dans la bouche, mais seulement un soulèvement de la muqueuse. Je suis donc obligé, en analysant de près les signes que nous fournit cette malade et en basant mon diagnostic sur ces signes, de renoncer à ma première impression.

Or que peut être une tumeur molle, dépressible, non fluctuante, à marche très lente, et tout à fait indolente? Je ne vois que le lipome qui réponde à ces caractères.

Je crois donc que notre malade est atteinte d'un lipome sus-aponévrotique de la région sus-hyoïdienne.

Ce que j'ai dit précédemment des rapports anatomiques de la tumeur nous permet de croire que l'extirpation en sera relativement facile et que nous pourrons éviter la blessure des principaux organes de la région. Cependant, comme le doute est permis dans un cas semblable, je commencerai par faire une ponction et si, contre mon attente, nous trouvions du liquide, nous ferions une injection de teinture d'iode après l'évacuation de la poche.

C'était, en réalité, un kyste dermoïde, dont l'existence, agitée plusieurs fois au lit de la malade, avait été rejetée parce que rien ne démontrait que la tumeur fût congénitale. Les caractères cliniques signalés dans la leçon n'en persistent pas moins intégralement, car il me paraît impossible de différencier au toucher un contenu sébacé d'un contenu graisseux. Peut-être aurait-on dû tenir plus grand compte de l'origine médiane de la tumeur.

La poche a été ouverte au bistouri, vidée, grattée, lavée avec une solution phéniquée et un gros drain y a été introduit. La malade est sortie guérie de l'hôpital.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De l'expertise médico-légale relative à la transmission de la syphilis d'un nourrisson à sa nourrice (1).

II

De la première partie de l'expertise dont nous avons parlé dans notre dernière leçon, nous n'avons, on se le rappelle, tiré qu'une conclusion : c'est qu'il était indispensable et

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 juin.

urgent, pour aboutir à tirer les choses au clair, de procéder à l'examen du nourrisson, d'où semble avoir dérivé la syphilis de la nourrice. C'est donc par l'examen de l'enfant incriminé que vous allez continuer votre expertise.

Mais comment allez-vous vous y prendre pour procéder à l'examen de cet enfant? Allez-vous tout simplement, et comme vous l'avez fait pour la nourrice, écrire aux parents de cet enfant et les convoquer chez vous à terme précis?

Non, ne faites pas cela. Et pourquoi? Parce qu'une simple lettre de vous, docteur en médecine, est sans autorité pour décider les parents à se rendre à votre convocation. Sinon toujours, au moins dans un grand nombre de cas, il arrivera ceci : c'est que le père de l'enfant, en recevant votre lettre, se contentera de la mettre dans sa poche, sans y répondre, en se disant : « De quel droit ce médecin, que je ne connais pas, m'invite-t-il à me rendre chez lui avec mon enfant, à jour dit, à heure dite, pour procéder à un examen médical? » Et le plus souvent vous risquerez de l'attendre en vain, « de poser », passez-moi l'expression, en ne voyant rien venir.

Au lieu donc de le convoquer vous-même, faites-le convoquer chez vous par le parquet, par le magistrat qui vous a délégué comme expert. Cela vaudra beaucoup mieux. La lettre du parquet avec son en-tête : « Tribunal de la Seine, cabinet du président, etc., etc., » aura une teneur officielle bien autrement importante et une éloquence bien autrement persuasive. C'est là un petit détail de pratique, il est vrai, mais qui a bien son importance et que je vous engage à ne pas dédaigner.

Et alors que va-t-il arriver? Deux cas sont possibles.

Premier cas. — Les parents ne répondent pas à l'appel qui leur est fait ni à l'appel officiel que vous leur avez fait adresser, ou bien, ce qui revient au même, comme fond, sinon comme forme, ils y répondront, mais ne se présenteront chez vous que pour décliner ce que vous leur demandez. Ils refuseront de laisser examiner leur enfant. Comme on ne peut les y contraindre, votre expertise se trouvera du coup, *ipso facto*, terminée et close séance tenante.

Que restera-t-il à faire en pareilles circonstances? Tout simplement ceci : rédiger votre rapport sur la première partie de l'expertise que nous avons étudiée dans la dernière leçon ; dire ce que vous avez observé sur la nourrice, donner les conclusions afférentes à l'examen de la nourrice, conclusions dont nous débattrons la forme un peu plus loin.

Puis ajouter ceci : « que l'examen du nourrisson qui aurait été indispensable comme contre-partie de cet examen de la nourrice n'a pu être fait par vous, parce que les parents n'ont pas répondu à la lettre de convocation qui leur a été adressée », « ou que, s'étant présentés chez vous, ils ont refusé de laisser examiner leur enfant ». Ajoutez cela, mais *pas un mot de plus*, pas un mot, un seul mot d'appréciation sur la conduite des parents, car n'oubliez jamais que vous êtes expert pour juger des choses médicales, exclusivement médicales, et non pour apprécier, interpréter des choses qui ne ressortissent pas de la clinique.

Retenez donc votre impression, votre jugement, sur le refus des parents soit à se présenter chez vous, soit à laisser examiner leur enfant. Cette impression ressort directement des choses, et le tribunal, soyez-en sûr, la partagera. La cause de la nourrice n'y perdra rien, bien loin de là, car, de par le simple bon sens, ce refus des parents sera interprété contre eux au profit de la nourrice. Donc bornez-vous à énoncer le fait sans en tirer la moindre conclusion.

Second cas. — Les parents ont répondu à votre appel, ils se sont présentés chez vous et ils consentent à l'examen de leur enfant ou de leur personne s'il y a lieu. Ici encore une dichotomie est nécessaire : ou bien le nourrisson incriminé est vivant et on le présente, ou bien il est mort. De là tout naturellement deux voies différentes où l'expertise va s'engager. Étudions d'abord la première : L'enfant est vivant.

L'enfant est vivant? Eh bien, votre rôle est tout tracé. C'est de procéder à l'expertise sur l'état de santé de l'enfant relativement à la syphilis, exactement comme vous avez procédé à l'expertise sur l'état de santé de la nourrice relativement à la même maladie. Comment allez-vous alors diriger cette expertise? Tout d'abord interrogez les parents en leur posant une série de questions nettes et précises, telles que les suivantes :

Quel âge a leur enfant?

Quel est son état de santé?

Ont-ils remarqué sur lui quelques accidents morbides, quelques lésions, quelque maladie, et à quelle cause attribuent-ils ces accidents? Et si oui, à quelle époque?

Ont-ils consulté à ce sujet un médecin? Et si oui, quel traitement a-t-on prescrit à l'enfant?

Puis, pendant que les parents vous parlent, prenez quelques notes sur leurs réponses, principalement sur les dates auxquelles se serait produit tel ou tel incident qui vous intéresse, qui ait trait à l'expertise ouverte. Cela fait pour vous éclairer d'une façon générale sur l'état des choses, procédez à l'examen direct de l'enfant. C'est là, évidemment, avec l'examen de la nourrice, la partie essentielle, majeure, de l'expertise; c'est là le nœud de la question. Tout le procès est là.

Ne nous aventurons donc pas dans cet examen sans avoir un programme de recherches, un plan d'études. Procédons avec méthode. Ce programme nous sera indispensable pour bien voir ce que nous avons à voir, pour tout voir, et pour ne pas nous laisser égarer dans des chemins de traverse à la recherche de questions accessoires n'ayant pas trait à l'affaire.

Ce programme, quel sera-t-il donc? Laissez-moi vous proposer le suivant, qui comporte les trois questions suivantes à déterminer :

1° L'enfant a-t-il ou non la syphilis? C'est là, de toute évidence, la première question à résoudre, car de deux choses l'une : ou bien l'enfant a la syphilis, et nous aurons alors à poursuivre l'enquête pour déterminer toutes les questions que soulève l'existence de cette syphilis chez l'enfant; ou bien l'enfant n'a pas la syphilis ni de par aucun symptôme actuel, ni de par ses antécédents, et alors le surplus de ce qui va suivre n'aurait plus aucune raison d'être, au moins en ce qui concerne le nourrisson.

2° Si l'enfant a la syphilis, quelle est cette syphilis? Est-elle d'origine héréditaire ou d'origine acquise; c'est-à-dire cette syphilis de l'enfant lui vient-elle de ses parents, ou bien est-ce une syphilis qu'il aurait contractée d'une façon quelconque après sa naissance? Vous voici au point délicat, le plus délicat, dirai-je ici, dans ces difficiles questions, et essentiel à déterminer, car si, d'une façon péremptoire et formelle, vous avez reconnu à la syphilis de l'enfant les caractères d'une syphilis héréditaire, la cause est entendue,

le débat est clos. En effet, cette syphilis héréditaire implique d'une façon absolue vis-à-vis de la nourrice la responsabilité des parents. Cette syphilis héréditaire, de qui voulez-vous que l'enfant la tienne, si ce n'est de ses parents? Donc les parents en sont responsables vis-à-vis de la nourrice.

Conséquemment, si, d'une part, vous avez établi que la nourrice a la syphilis, qu'elle a gagné cette syphilis par le sein et rien que par le sein et qu'elle l'a gagnée précisément à l'époque où elle a allaité l'enfant en question; et si, d'autre part, vous constatez que cet enfant a la syphilis et une syphilis d'ordre héréditaire, les choses deviennent des plus claires, et, suivant toutes probabilités, à la fois rationnelles et scientifiques, la syphilis de la nourrice dérive de la syphilis de l'enfant. D'où responsabilité nettement établie des parents vis-à-vis de la nourrice.

Jusqu'ici tout marche aussi clairement que possible. Mais voici venir les ambiguïtés, les équivoques, les incertitudes possibles. Supposez qu'au lieu d'une syphilis héréditaire, vous constatiez sur l'enfant une syphilis acquise, c'est-à-dire ayant débuté par un chancre, par un accident local de contagion, à la façon d'une syphilis acquise chez l'adulte, les choses changent absolument de face, et tout autre devient le problème, car les parents peuvent ne pas être responsables.

En effet, voici un enfant qui a la syphilis, et qui l'a contractée après sa naissance par un chancre, exactement comme un adulte qui gagne la vérole pour s'être exposé à la contagion de cette maladie. Eh bien, d'où lui vient ce chancre? Il est certain qu'il peut lui provenir de sources très diverses : 1° il peut lui provenir de la nourrice affectée d'une syphilis récente ou déjà plus ou moins ancienne; 2° il peut lui provenir de ses parents récemment affectés de syphilis, par exemple de son père ayant gagné la syphilis au cours de la grossesse de sa femme, et ayant infecté son enfant par un baiser sur la joue; 3° il peut lui provenir d'une autre nourrice : vous savez que les nourrices, surtout à la campagne, s'échangent fort souvent, se prêtent leurs nourrissons à charge de revanche. Une nourrice a besoin aujourd'hui d'aller aux champs, elle laisse son nourrisson à une camarade, nourrice comme elle, qui l'allaitera pendant son absence, et celle-ci, quelques jours plus tard, réclamera d'elle le même service. Et ce qui se passe à la campagne, se passe aussi, sur une échelle moindre à la vérité, à la ville. Ainsi, aux Tuileries, par exemple, ce rendez-vous des nourrices et des nourrissons parisiens, une nourrice qui a une course à faire ne se fait pas faute, sans en rien dire à ses maîtres, de laisser son nourrisson pour une demi-heure ou pour une heure, à une autre nourrice, à une payse, à une connaissance, laquelle donnera le sein à ce nourrisson étranger, s'il est méchant ou s'il crie trop; 4° ce nourrisson, encore, peut être victime d'une contagion accidentelle, il peut avoir reçu la syphilis d'une bonne, d'une domestique, d'un parent, d'un ami de la maison, d'un tiers quelconque, voire même d'un biberon, d'une cuiller, etc., sans parler de ces faits étranges, extraordinaires, presque incroyables, où l'on a vu des femmes, des hystériques sans doute, rechercher des jouissances dépravées dans la succion de leur sein par un nourrisson.

Donc, si la syphilis de l'enfant prend le caractère d'une syphilis acquise, vous voyez combien, de ce fait, le débat se complique et en même temps s'obscurcit.

Mais n'allez pas, vous expert, commettre la faute de vous laisser entraîner dans ce labyrinthe de questions parfois inextricables et insolubles. Ce qu'on vous demande purement et simplement est ce qui intéresse le procès pendant entre la nourrice et les parents du nourrisson, c'est-à-dire d'établir : ou bien la culpabilité de l'enfant vis-à-vis de la nourrice, ou bien la non-existence de cette culpabilité.

Donc, au cas que nous discutons actuellement, c'est-à-dire au cas où vous aurez découvert sur l'enfant une syphilis acquise, la troisième question à résoudre pour l'enquête se pose de la façon suivante, et non autrement : Si l'enfant a une syphilis acquise, existe-t-il quelques raisons médicales qui soient de nature à établir que la syphilis de la nourrice ait pu dériver de cette syphilis de l'enfant? C'est là, en effet, ce dont a besoin le tribunal pour juger la question qui lui est soumise; car, s'il y a lieu de croire que la syphilis de l'enfant ait pu contagionner la nourrice, il donnera suite à la demande de poursuites intentées par celle-ci aux parents du nourrisson, et il statuera sur le fait, c'est-à-dire condamnera ces derniers; tandis que si d'après vous il n'y a pas lieu de croire que cette syphilis dérive de l'enfant, il déboutera la nourrice de ses prétentions. Tout est là en l'espèce. Pénétrez-vous bien de cette vérité et ne dépassez en rien la mission qui vous a été confiée.

Voilà donc les trois questions qui, relativement à l'examen de l'enfant, constituent notre programme de recherches, et dont il vous incombe de donner, si possible, la solution.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 juin 1885. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

La lèpre en Norvège. — M. LELOIR, chargé d'une mission en Norvège où il est allé étudier la lèpre, fait connaître les résultats de ses recherches. L'isolement des lépreux n'existe pas, à proprement parler, malgré l'établissement de léproseries depuis 1856. Cependant elle tend à diminuer. La contagiosité de la lèpre n'est pas démontrée d'une façon absolue. C'est une maladie parasitaire, puisqu'on y trouve des bacilles; mais on hésite à admettre la contagion lorsqu'on voit des lépreux vivant avec leur femme depuis vingt ou trente ans, cette femme et ses enfants restant indemnes. D'autre part, lorsqu'on observe la disposition géographique des districts atteints, on a de la tendance à admettre qu'il s'agit d'une affection tellurique comme la malaria.

M. Leloir admet deux formes de lèpre : l'une tuberculeuse, l'autre anesthésique. En ce qui concerne cette dernière, il insiste particulièrement sur la paralysie faciale double, à la suite de laquelle se produit la cutisation de la cornée, sur l'atrophie musculaire, sur la symétrie des éruptions érythémateuses, sur les maux perforants du pied et de la main, qui surviennent à la troisième période, enfin sur la dégénérescence amyloïde à laquelle succombent habituellement ces lépreux.

L'anagyrine. — MM. HARDY ET GALLOIS ont extrait de l'anagyris un alcaloïde, l'anagyrine, qui est une substance toxique à faible dose et qui détermine la mort par arrêt de la respiration.

Les courants électriques des muscles et des nerfs. — M. D'ARSONVAL a entrepris une série de recherches sur ce sujet. Les muscles et les nerfs, d'après Du Bois-Reymond, seraient composés de molécules polarisées d'une certaine façon et qui donneraient naissance aux courants. On peut bien expliquer ainsi, dit M. d'Arsonval, la production des courants, mais non leur persistance. Celle-ci peut trouver son explication dans un phénomène purement physique, à savoir que toute substance vivante est néga-

tive par rapport au milieu dans lequel elle se trouve. Il résulte, en effet, de nombreuses expériences qu'a faites M. d'Arsonval, que le protoplasma des cellules de levûre est négatif par rapport au liquide dans lequel plongent ces cellules. Le courant propre du muscle peut donc être considéré comme le résultat de l'oxydation de la matière vivante. Quant à la variation négative, M. d'Arsonval l'explique par un changement dans le rapport des surfaces en contact. Chaque fois que la surface de deux corps est modifiée, il se produit des courants, pourvu que ces corps conduisent l'électricité. Or, quand un muscle se contracte, ses surfaces de contact sont modifiées.

Dosage de la matière glycogène chez l'homme. — M. LAMBLING communique les résultats d'un dosage de glycogène dans les organes d'un supplicié (1). Le procédé employé est celui de Claude Bernard modifié par Brücke (*Wiener Akad. Sitzungsb.* 3 février 1871). Les résultats obtenus furent les suivants, pour 100 grammes d'organe frais :

Foie (lobe droit)	1gr,85
— (lobe gauche)	2 ,00
Rate	0 ,25
Reins	traces sensibles.

La proportion de glycogène trouvée dans le foie de divers animaux est en moyenne de 1gr,5 à 4 grammes p. 100. Le chiffre obtenu dans l'expérience présente paraît donc assez faible. Deux causes ont pu influer sur ce résultat : d'une part, l'état d'inanition relative dans lequel se trouvait le sujet au moment de la mort ; d'autre part, le délai d'une heure qui s'est écoulée entre l'exécution et l'autopsie et qui paraît suffisant pour expliquer la saccharification d'une partie du glycogène. Quant à la matière glycogène trouvée dans la rate, une partie en doit être rapportée aux globules blancs si abondants dans le sang et le tissu de cet organe.

Effet physiologique de la forméine. — M. REGNAULT, pendant des recherches qu'il a faites avec M. Villejean sur la forméine et ses dérivés chlorés, a constaté qu'il avait de l'insomnie. Il attribue cette insomnie à une sorte d'intoxication résultant de l'inhalation continue de ces anesthésiques dans une atmosphère confinée.

M. BERT fait remarquer qu'un de ses préparateurs, M. Dubois, a éprouvé, en faisant des expériences avec le chloroforme, des faits analogues et de plus une sorte d'ataxie locomotrice.

Décomposition de l'acide carbonique par la chlorophylle. — M. REGNARD a recherché si la chlorophylle doit être renfermée dans la cellule végétale pour décomposer l'acide carbonique. Il a reconnu que cela n'était pas nécessaire.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juin 1885. — Présidence de M. VIDAL.

COMMUNICATIONS

Perforation du voile du palais. — M. FÉRÉOL communique l'observation d'une malade qui présente une perforation du voile du palais, dont la nature tuberculeuse ou syphilitique est très difficile à déterminer.

M. DIEULAFOY a récemment observé un cas analogue. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-cinq ans, récemment accouchée d'un sixième enfant. Cette femme ne porte aucune trace de syphilis antérieure et nie formellement toute espèce d'antécédents de cette nature. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, elle avait eu une angine qui avait été suivie d'une ulcération serpigineuse ayant envahi presque tout le voile du palais, et ayant présenté une marche très rapide, à tel point que la luette était sur le point de se détacher. On chercha la tuberculose, on ne trouva pas de bacilles ; on inocula des cobayes qui restèrent indemnes. Bien qu'on n'ait trouvé aucun antécédent ni aucune trace de syphilis, M. Dieulafoy institua un traitement par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium. Quatre ou cinq jours après, il y avait déjà une notable modification dans l'état de cette malade, et trois semaines après elle était complètement guérie. On se trouve donc en présence de ce dilemme : ou bien il s'agit d'une affection syphilitique, ou bien il y a certaines affections à marche rapide, qui guérissent sous l'influence de l'iodure de potassium.

M. LABBÉ, pense que, dans le cas que vient de rapporter M. Féréol, il s'agissait peut-être d'un furoncle.

M. FÉRÉOL répond que l'affection dont il s'agit présente tous les caractères d'une gomme et non d'un furoncle.

M. RENDU considère l'affection de la malade de M. Féréol comme un type de gomme syphilitique. Il croit qu'il est formellement indiqué de traiter cette malade par les frictions mercurielles. Il cite l'exemple d'une jeune fille qui présentait également une ulcération du pharynx, dont il était difficile de déterminer la nature. Croyant avoir affaire à une lésion tuberculeuse, on donna de l'huile de foie de morue qui n'amena aucune amélioration ; la guérison fut, au contraire, obtenue très rapidement par un traitement à l'iodure de potassium.

M. BALLAY cite l'observation d'une malade analogue à celle de M. Féréol ; elle présente deux ulcérations du pharynx ; on ne trouve chez elle aucun signe ni aucun antécédent de syphilis. M. Duplay diagnostiqua un lupus tuberculeux du voile du palais, et conseilla l'huile de foie de morue et le sirop de fer ; cela ne fit rien. Cette malade fut alors soumise à un traitement antisyphilitique et guérit très rapidement.

M. VIDAL se range à l'avis de M. Rendu et croit que, dans le cas de M. Féréol, il s'agit d'une gomme syphilitique. S'agit-il d'une syphilis acquise ou d'une syphilis héréditaire ? C'est ce qu'il est plus difficile de déterminer. M. Vidal pencherait plutôt vers l'opinion d'une syphilis héréditaire. Il soumettrait cette malade à un traitement uniquement hydrargyrique.

Traitement du croup. — M. CADET DE GASSICOURT, avant d'entreprendre une série d'expériences sur le traitement préconisé par M. Delthil, a cru qu'il était utile d'établir d'abord les cas de guérison spontanée du croup. Il passe en revue les divers modes de traitement local du croup, le raclage, les cautérisations, moyens reconnus dangereux et abandonnés aujourd'hui, l'acide phénique, la térébenthine, l'ozonéine, etc. On distingue trois périodes dans l'évolution du croup, une première période caractérisée par la raucité de la voix, une toux spéciale, une seconde période de dyspnée ou de suffocation, une troisième période d'asphyxie. La guérison spontanée peut se produire dans la première période ou dans la première partie de la seconde. Au delà, les cas de guérison sont très rares et ne peuvent plus se produire que par l'expulsion des fausses membranes. Quel est le degré de fréquence de ces guérisons spontanées ? Archambault a fait une statistique qui a donné 6 cas de guérison sur 100. M. Cadet de Gassicourt, sur un relevé de 1200 observations, a trouvé 9 p. 100 de guérisons spontanées. Cette dernière année a été particulièrement heureuse, puisque sur 114 croups il a obtenu 21 guérisons spontanées, c'est-à-dire 18 p. 100. 4 malades ont guéri à la première période, 17 à la seconde. Dans un certain nombre de cas, la guérison a été obtenue alors même que l'enfant était arrivé à la période de suffocation. Voilà donc un point établi, à savoir que des malades arrivés à la seconde période avec accès de suffocation peuvent guérir spontanément. Or, pour pouvoir affirmer l'efficacité d'un traitement quelconque, il faudrait donc guérir des croups arrivés à la période de tirage permanent. Cependant cette efficacité serait encore prouvée si l'on guérissait, à la seconde période, plus de 18 p. 100 des malades.

M. Cadet de Gassicourt va prendre le service des diphthéritiques

---

(1) Voir les communications de M. Laborde, à la Société de Biologie, *Gazette des hôpitaux*, mai 1885.

à l'hôpital Trousseau, au mois de juillet ; il se propose d'expérimenter le traitement de M. Delthil, dans les conditions dont il vient de parler. Il n'y aura pas recours après la trachéotomie, la considérant comme dangereuse dans ces conditions.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ adresse plusieurs questions à M. Cadet de Gassicourt. Qu'entend-il par guérison spontanée ? A-t-il fait le départ des cas de vrai croup et des cas de laryngite aiguë des enfants, affections présentant la même symptomatologie que le croup ?

M. CADET DE GASSICOURT répond qu'il entend par guérisons spontanées les cas dans lesquels on a employé les moyens habituels, tels, par exemple, que le chlorate de potasse et les pulvérisations phéniquées. Il n'entend parler que des cas de croup et non de laryngite aiguë. Dans tous les cas auxquels il a fait allusion, il y a des fausses membranes.

M. FÉRÉOL voudrait que M. Cadet de Gassicourt essayât le traitement de M. Delthil, même après la trachéotomie. M. Delthil a lui-même signalé le danger de son traitement dans ces conditions, danger qni résulte de l'encombrement de la canule par une sorte de vernis. Mais c'est là une affaire de soins.

M. CADET DE GASSICOURT fait remarquer que M. Delthil le premier semble avoir renoncé à employer son traitement dans ces conditions.

M. SEVESTRE a employé deux fois le traitement de M. Delthil. Dans le premier cas, extrêmement aigu, on avait dû faire la trachéotomie, et le traitement de M. Delthil ne fut employé qu'à la fin, en désespoir de cause. Ce cas de mort ne prouverait donc rien contre l'efficacité de ce traitement. Dans le second fait, moins grave, mais cependant très sérieux, l'enfant a guéri ; mais on n'a pas vu se détacher les fausses membranes, de telle sorte qu'on pourrait dire que cet enfant aurait pu guérir spontanément. Le traitement de M. Delthil a été très bien supporté par ces deux enfants ; mais il l'a été moins bien par les personnes qui les ont soignés : l'une a eu une conjonctivite, une autre des vertiges.

M. FÉRÉOL fait observer que l'absence d'expulsion des fausses membranes ne prouve rien contre l'efficacité du traitement de M. Delthil, attendu qu'elles se résorbent sur place.

Tentative d'empoisonnement par le pétrole. — **M. DUGUET** fait une communication sur ce sujet. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 540.)

ÉLECTION

M. Féré est élu membre de la Société au titre scientifique.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

172. M. Fauchart. Réflexions sur quatre cas d'ophthalmie sympathique. — 173. M. Uréchia. Quelques considérations sur la dothiénentérie. — 174. M. Couly. Des oblitérations artérielles consécutives aux anévrysmes de l'aorte. — 175. M. Zychon. De la goutte oculaire. — 176. M. Alix. De la périnéorraphie immédiate. — 177. M. Le Conte. Considérations médicales sur les forges nationales de la Chaussade. — 178. M. Hulin. Contribution à l'étude des complications osseuses de la fièvre typhoïde, suivie de quelques notes de physiologie expérimentale. — 179. M. Revol. Des hygromas suppurés de la bourse prérotulienne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 juin 1885, M. le docteur Gourdan-Fromentel, membre et secrétaire du conseil général de la Haute-Saône, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 juin 1885, M. le docteur Douryest est nommé médecin du Bureau de bienfaisance du XVe arrondissement de Paris.

— Les questions données au concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices civils de Paris ont été :

1° Pour l'épreuve orale : *a*. Dystocie dans le cas de corps fibreux de l'utérus ; *b*. Rigidité de l'orifice utérin pendant le travail de l'accouchement.

2° Pour l'épreuve de médecine opératoire : *a*. Ligature de l'humérale au pli du coude ; *b*. Désarticulation de l'épaule.

— *Faculté de médecine de Nancy*. — M. le docteur Nicolas est nommé chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Étienne.

— *École de médecine de Grenoble*. — M. Gagneu, licencié ès sciences naturelles, est institué suppléant d'histoire naturelle.

— Un concours public s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 7 décembre 1885, à huit heures du matin, pour une place de chirurgien-major de la Charité de cette ville. Les candidats devront se faire inscrire au bureau du secrétariat général de l'administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, 44. Le registre d'inscription sera clos le mardi 25 novembre, à quatre heures du soir.

Le candidat nommé sera appelé à entrer en fonctions comme chirurgien-major, au plus tard, le 1er janvier 1893.

— Un concours s'ouvrira à la Faculté de médecine de Bordeaux, le vendredi 25 septembre 1885, pour deux places d'aide d'anatomie. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au samedi 19 septembre, à midi.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er novembre prochain.

— M. Roux, empêché par des circonstances personnelles de se rendre en Espagne pour étudier les résultats des inoculations du docteur Ferran, est remplacé par M. le docteur Charrin.

M. le docteur Paul Gibier, préparateur du cours de physique au Muséum, est aussi chargé d'une mission scientifique en Espagne pour étudier l'épidémie cholérique.

— M. Baux est chargé d'une mission ethnographique en Chine. M. Guerne, licencié ès sciences naturelles, est chargé d'une mission à Kiel, en vue de prendre part aux travaux du comité d'exploration scientifique des mers allemandes.

— *Muséum*. — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, a commencé samedi 20 juin 1885, à 4 h. 15 min., dans l'amphithéâtre de minéralogie, une série de leçons sur l'histoire des combustibles minéraux ; il les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis des maladies de l'oreille, comprenant l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la thérapeutique, la prothèse, l'hygiène, la médecine légale, la surdité et la surdi-mutité et les maladies du pharynx et des fosses nasales, par M. le docteur E. Gellé, professeur particulier d'otologie, ancien interne des hôpitaux. In-18 de 708 pages avec 157 figures dans le texte. — Prix : 9 francs. — Paris, 1885, J.-B. Baillière.

Contribution à l'étude de la croissance chez l'homme et les animaux (physiologie et hygiène comparées), par le docteur Saint-Yves Ménard, ancien externe des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° avec 9 tableaux. — Prix : 4 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Ueber leukämischer Blut nebst Beobachtungen betreffend die Entstehung des Fibrinfermentes, von Jacob v. Samson-Himmelstjerna. Br. in-8°. — Dorpat, H. Laakmann.

L'Année médicale (1884), résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du docteur Bourneville. In-18. — Prix : 4 francs. — Paris, E. Plon, Nourrit et Cie.

Les calculs urinaires et biliaires. Physiologie, analyse, thérapeutique, par le docteur Esbach, chef du laboratoire de chimie à la clinique médicale de Necker. 1 vol. in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Nécessité de l'accouchement antiseptique dans les centres populeux, par le docteur de Backer. Broch. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

Contribution à l'étude des pyémies de cause interne, abcès miliaires des reins dans la fièvre typhoïde, par le docteur Gallois. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Observation d'une prétendue grossesse d'homme (inclusion scrotale), par les docteurs de Saint-Donat et L.-H. Petit. In-8°. — Prix : 75 centimes. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Chimie biologique et thérapeutique clinique. Albumines, albuminuries, peptonurie, traitement des albuminuries chroniques, par M. le docteur Beugnies-Corbeau de Saint-Michel (Aisne). In-8°. — Prix : 75 centimes. — Paris, Henry Rey.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17998.

81

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande *directement à MM. Lebeault, Mayet et Cie*, recevront une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon.

49

L'eau minérale de la

SOURCE DU PAVILLON

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

est la seule à **Contrexéville** *qui soit décrétée d'intérêt public.*

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques et hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central des eaux à Paris, 31, boulevard des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

10

AFFECTIONS CARDIAQUES

« PALPITATIONS, INSUFFISANCES ET RÉTRÉCISSEMENTS, ALBUMINURIES, ŒDÈME. »

Soulagement immédiat et guérison par le

Sirop et les Pilules de LANGLEBERT

au convallaria Maïalis (muguet de mai)

Préconisés par les meilleurs praticiens.

Phie LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et ttes ph.

Granules et préparations de *Convallamarine.*

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

15

MONSIEUR LE DOCTEUR A. HEMAN

Membre correspondant de la Société d'hydrologie de Paris, exerce la pratique médicale à SCHINZNACH-LES-BAINS (Suisse).

7

DRAGÉES DU DOCTEUR GIBERT

(DRAGÉES DE BOUTIGNY-DUHAMEL)

Iodure de potas., 25 cent.; bi-iodure d'hydrarg., 5 milligrammes.

Correspondent à une demi-cuillerée à bouche de Sirop et *se conservent indéfiniment.* Prix : **5** fr.

DRAGÉES DESLAURIERS

A L'IODURE DE POTASSIUM

(Vingt-cinq centigrammes de sel pur.)

Sont, comme celles du Dr GIBERT, extrêmement solubles, d'une absorption aussi rapide que celle du Sirop et d'un emploi plus **commode** et **agréable**. — Prix : **3** francs.

TABLETTES CHLOROBORATÉES

DE DESLAURIERS

(Dix centigr. de chlorate de potasse et dix centigr. de borate de soude purs.)

Mieux **tolérées**, plus **agréables** et plus **actives** que celles de Chlorate de Potasse. — Prix : **2** fr. *(Se défier des contrefaçons.)*. Paris, Phie BOUTIGNY-DUHAMEL, 31, r. de Cléry et toutes pharmacies.

106

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

PULLNA (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, Londres (Cong. méd. univ.) 1881, Trieste 1882, Vienne 1883, Amsterdam 1883.

25

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'anémie, la **chlorose**, la leucorrhée, l'aménorrhée, la **cachexie scrofuleuse**, la syphilis **constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. *Blancard*

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

66

DRAGÉES MEYNET

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

12

APIOL DES Drs JORET & HOMOLLE

L'Apiol est l'emménagogue par excellence. Mais le commerce délivre sous ce nom des teintures ou extraits alcooliques de persil, à peu près inertes. **L'Apiol** des Drs Joret et Homolle offre seul toutes les garanties d'une bonne préparation; c'est le seul qui soit absolument pur et qui ait été expérimenté avec succès dans les Hôpit. de Paris.

Dép. gal : phie BRIANT, 150, r. de Rivoli, et phies.

90

TYPHUS — DIARRHÉE

LE SALICYLATE DE BISMUTH

a sur le sous-nitrate des avantages considérables; son action absorbante est augmentée des propriétés antiseptiques de l'acide salicylique. Il arrête les affections des intestins et les **Diarrhées les plus violentes.**

Un gramme de **SALICYLATE DE BISMUTH** délayé dans un demi-verre d'eau suffit le plus souvent pour faire avorter la *Fièvre typhoïde*, le *Choléra* et la *Dyssenterie*.

Son action est remarquable dans les cas de *Diarrhées infantiles :* un enfant au berceau peut en supporter, sans inconvénient, jusqu'à 2 grammes par jour en 3 ou 4 fois. Les adultes, pour des cas graves, pourront prendre 8 à 10 grammes; mais, en général, 2 à 3 grammes suffisent pour couper une diarrhée ordinaire. — Exiger la marque SCHLUMBERGER et CERCKEL, 26, rue Bergère, Paris : *les créateurs de ce salicylate, le seul qui ait produit des effets réguliers et efficaces dans les hôpitaux.*

Boîtes de 25 doses de 1 gramme, préparées par M. CHEVRIER, phien de 1re classe, Fg Montmartre, Paris. — Boîte : 4 francs.

10

COLIQUES HÉPATIQUES, COLIQUES NÉPHRÉTIQUES. COLIQUES DES RÈGLES, NÉVRALGIES, MIGRAINES.

CAPSULES BRUEL

Ether Amyl-valérianique (Valérianate d'amyle)

Spécifique des maladies nerveuses en général.

Pharmacie DUROY, 10, faubourg-Montmartre.

51

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

ADH. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, à Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger. *Paterson*

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGEES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt Gral : Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : **0f50** à **3f**. Envoi cont. timbres. — Ph. **BERTRAND** aîné, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AÎNÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

33

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

86

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

19

PELLETIÉRINE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous avons rarement vu l'Académie aussi distraite que durant cette séance; où, du reste, rien de saillant n'est venu forcer l'attention.

M. Gustave Lagneau a longuement parlé de l'histoire des anesthésiques dans l'antiquité et dans le moyen âge. Mais MM. Maurice Perrin et Larrey lui ont reproché de n'être pas aussi complet sur cette question que le sont les traités spéciaux les plus modernes, entre autres l'ouvrage que M. Maurice Perrin a fait paraître il y a vingt ans.

Comme l'a remarqué avec raison M. Larrey, la suggestion entrait pour la plus large part dans les pratiques au moyen desquelles on obtenait l'anesthésie, avec ou sans sommeil apparent, chez des peuples qui ne connaissaient point encore l'usage de l'éther et du chloroforme.

C'est ainsi que chez les Indiens, essentiellement nerveux, impressionnables, susceptibles de suggestion, les dévots des diverses sectes, dûment préparés, supportent, à peu près sans en rien sentir, dans un élan d'exaltation religieuse, les supplices les plus variés : au point de se faire suspendre par des crampons de métal entrés profondément dans les chairs.

Les chirurgiens ont mis à profit cette disposition naturelle, et, paraît-il, sans chloroforme, sans éther, sans rien de semblable, par la suggestion pure et simple, ils les mettent en état de subir sans douleur des opérations telles que l'ablation d'énormes éléphantiasis.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Températures fébriles et antipyrétiques.

J'ai l'intention de vous faire connaître aujourd'hui le résultat d'un certain nombre d'observations que je viens de faire touchant l'action d'un nouvel agent antipyrétique, la thalline, que j'ai administrée à plusieurs malades sous la forme de sulfate et de tartrate, grâce à M. le professeur Jaksch (de Vienne), qui a bien voulu m'envoyer une centaine de grammes de ce médicament.

Voici comment j'ai procédé et les résultats que j'ai obtenus :

J'ai donné la thalline à 5 malades atteints de fièvre typhoïde : 3 hommes et 2 femmes; mais je l'ai prescrit à chacun d'eux un certain nombre de fois de telle sorte qu'en somme j'ai beaucoup plus de cinq observations.

En effet, le premier en a pris 13 fois; le second, 4 fois; le troisième, 3 fois; le quatrième, 3 fois, et le cinquième, 1 fois; total : 24 administrations. Je l'ai donnée aussi à 4 tuberculeux fébriles, 17 fois; enfin je l'ai fait prendre : 1 fois à un malade atteint de pneumonie, 1 fois aussi dans un cas d'érysipèle de la face, soit, en résumé, 43 administrations sur 11 malades. Les sels que j'ai employés ont été le tartrate et le sulfate de thalline, ce dernier surtout. Mais comme les effets de l'un et l'autre sels sont analogues, je ne vois aucune importance à les séparer dans l'étude des résultats obtenus.

Les doses administrées par vingt-quatre heures ont été : 1 gramme une fois; 75 centigrammes deux fois; 60 centigrammes une fois, et pour presque toutes les autres 50 centigrammes. Cependant j'ai prescrit quelquefois aussi 40, 30, 15 et même 10 centigrammes seulement.

Le mode d'administration a été le suivant : je prescrivais le médicament en nature, en poudre dans du pain azyme; et si la dose, dans les vingt-quatre heures, était de 50 centigrammes ou plus, je la divisais par prises de 25 centigrammes. Si elle était de 40 ou de 60 centigrammes, chaque prise était de 20 centigrammes; enfin la dose totale étant de 30 ou de 15 centigrammes, ma prescription était de 15 centigrammes par prise.

Au début, je faisais prendre chaque fraction tous les quarts d'heure; mais trouvant les doses trop rapprochées, j'ai préféré ne les donner que toutes les demi-heures; enfin, en dernier lieu, je suis arrivé à prescrire une prise toutes les heures seulement, quelle que fut la dose de chacune d'elles.

J'ai toujours commencé la médication à la même heure : onze heures du matin, après avoir eu soin préalablement de prendre bien exactement la température du malade. Puis, dès l'administration de la thalline, d'heure en heure on a relevé la température, à cause de la puissance du médicament, et jusqu'à six heures du soir. La courbe thermométrique ou courbe d'action de la thalline s'étend donc de midi à cinq heures, puisqu'à onze heures celle-ci n'est pas commencée et qu'à six heures elle est finie. Le résultat est

un effet antithermique, tel qu'aucune substance à dose aussi faible ne peut lui être comparée.

En effet, 1re observation de fièvre typhoïde : thalline commencée au 9e jour, la première fois à la dose de 75 centigrammes, abaissement de 3°,6 ; pendant les huit jours suivants (du 10e au 17e jour), dose 50 centigrammes, abaissement minimum 1°,2 ; maximum 3° ; moyenne pour les huit jours, 2°,7 ; les 18e et 19e jours, dose 45 centigrammes, abaissement 2°,55 ; enfin le 20e et le 21e jours, 30 centigrammes, abaissement 0°,8 le 20e jour, et 1° le 21e jour. Moyenne totale des 13 administrations : 2°,28 d'abaissement.

2e observation de fièvre typhoïde : du 14e au 17e jour, 50 centigrammes; minimum 2°,2; maximum 3°; moyenne 2°,55.

3e observation. Les 11e, 13e et 15e jours : 30 centigrammes; moyenne de l'abaissement, 1°,73.

4e observation. Le 8e jour : 75 centigrammes, abaissement de 4°; le 9e jour, 50 centigrammes, 2°,8; le 10e jour, 25 centigrammes, 1°,2.

5e observation. (Rechute d'une fièvre typhoïde, chez une femme). Administration le 7e jour, la malade avait 40°, abaissement de 2°,1.

Résumé des cinq observations de fièvre typhoïde : 24 administrations à doses variant entre 75 et 20 centigrammes; moyenne générale de l'abaissement, 2°,26.

Tuberculose fébrile, 2 malades, effets analogues. Le n° 1 a eu 11 administrations : 4 fois 50 centigrammes; moyenne d'abaissement, 2°,52; 2 fois 25 centigrammes, moyenne 2°,9; 3 fois 15 centigrammes : 2°,3; 2 fois 10 centigrammes, moyenne 2°,2. Résumé : doses variant de 50 à 10 centigrammes; moyenne de l'abaissement, 2°,48.

Deuxième tuberculeux. C'est le cas unique où j'ai prescrit la thalline à la dose de 1 gramme : c'était au début de ces études, alors que je la donnais toutes les demi-heures par prises de 25 centigrammes. L'abaissement a été de 5°,6. La conséquence en a été une température de collapsus (32°,4), telle qu'il a fallu tous les soins de M. Netter pour en retirer le malade.

Chez lui, l'abaissement s'est produit à deux reprises : la première fois, à la suite de l'administration de la dernière dose (à midi) le malade est tombé, puis à deux heures la température était à 34°,2 et à quatre heures à 37°,6. Mais les dernières doses ont-elles agi plus lentement? Toujours est-il qu'à cinq heures, la température était retombée à 34°,2 et qu'on lui administrait promptement du rhum et qu'on lui pratiquait des injections d'éther. Sous leur influence, à huit heures du soir, la température était remontée à 38°.

Chez les deux autres tuberculeux, les doses ont varié entre 60 et 10 centigrammes et l'abaissement entre 3° et 2°.

Chez le malade atteint de pneumonie, la thalline n'a été administrée qu'une fois, la dose a été de 40 centigrammes et l'abaissement thermométrique de 2°,2; enfin chez l'individu qui a eu un érysipèle, une seule dose, 50 centigrammes; abaissement de 2°,1.

Quant au chiffre du départ de la température, c'est-à-dire du chiffre représentant la température au moment où l'on donnait la première dose, il a toujours été supérieur à 39° chez les typhiques; supérieur à 38°,5 chez les tuberculeux; égal à 38° dans la pneumonie et à 39°,2 dans l'érysipèle.

De ces observations il résulte encore un enseignement, c'est celui qui est relatif au temps nécessaire pour que le médicament produise son effet maximum. Ce temps a été chez le premier typhoïdique une heure trois quarts en moyenne; chez le deuxième, une heure et demie; chez le troisième, le quatrième et le cinquième, de deux à trois heures; soit pour le groupe des cinq malades, une heure trois quarts en moyenne, c'est-à-dire que c'est une heure trois quarts après l'administration que la thalline a eu son maximum d'effet sur la température. Pour les tuberculeux l'intervalle nécessaire a été plus long : 2 h. 84/100e; pour la pneumonie deux heures et pour l'érysipèle trois quarts d'heure seulement. Ainsi la rapidité d'action varie selon la maladie, suivant la ténacité de la fièvre.

Quant à la durée de l'effet médicamenteux, c'est-à-dire le temps de l'effet nécessaire à la température pour revenir au chiffre qu'elle présentait avant l'administration de la thalline, elle est en réalité très courte. Tout d'abord la durée du maximum d'effet est presque nulle, car ce maximum à peine est-il atteint que déjà la température remonte. La durée de l'effet médicamenteux a été chez le premier typhoïdique en moyenne de 2 h. 38/100e; chez le second, trois heures; chez le troisième, 2 h. 66; chez le quatrième, trois heures, et deux heures chez le cinquième, soit une moyenne générale pour ces cinq malades de 2 h. 65/100e. Or, si à ce chiffre nous ajoutons les deux heures environ nécessaires pour arriver au maximum d'effet, nous avons pour la durée de l'effet complet, descendant et ascendant, une moyenne qui oscille entre quatre et cinq heures.

Chez nos quatre malades tuberculeux, le temps nécessaire à la température pour remonter de son minimum au chiffre primitif a été en moyenne de 3 h. 30/100e. Chez le malade atteint d'érysipèle, il a été de quatre heures. Quant à la pneumonie, nous ne pouvons nous prononcer, la défervescence ayant coïncidé pour ainsi dire avec l'administration de la thalline.

Ceci dit, voyons maintenant les effets de ce nouvel agent sur l'individu. Sans aucune exception nous avons vu, dès que la température s'était abaissée aux environs de son minimum, quelques sueurs survenir, moins abondantes toutefois qu'avec la kairine ou l'antipyrine; puis, lorsque, le minimum atteint, la période de réchauffement recommence, les malades éprouvent presque toujours une sensation subjective de froid, quelquefois un frisson peu intense et peu prolongé; en tous cas, nulle incommodité. Aucun trouble céphalique ni auriculaire, aucun symptôme gastrique, du moins chez les tuberculeux. D'où je conclus que les effets collatéraux ou accessoires de la thalline sont moins nombreux et moins pénibles que par les autres antipyrétiques.

Cependant la thalline exige une très grande prudence, une très grande réserve, car dès que l'on dépasse un peu la dose on est sous le coup du collapsus. D'où je considère qu'il faut donner la première fois une faible dose, c'est-à-dire tant que l'on ne sait pas comment le malade se comportera avec ce médicament : soit donc 25 centigrammes, divisés en deux doses que l'on donnera à une heure d'intervalle et le thermomètre à la main. Ce n'est pas seulement l'idiosyncrasie du malade qui est en jeu, mais aussi la qualité de la maladie et son effet sur l'organisme. Chez les tuberculeux nous avons ainsi constaté des effets plus intenses, quelle que fût la dose.

La thalline est un antithermique qui dépasse, sous ce point de vue, tous les autres antipyrétiques. Aucun de ceux-ci, en réalité, ne produit de pareils effets thermiques, ainsi que le prouvent toutes nos observations et celles qui ont été recueillies par le professeur Jaksch à Vienne. Aucun agent ne vaut donc, à si petite dose et avec aussi peu d'in-

convénients, la thalline. Ainsi, si on recourait à un autre mode d'administration, c'est-à-dire à 5 ou 10 centigrammes toutes les heures, on maintiendrait, selon toutes probabilités, les fébricitants dans une apyrexie permanente. C'est d'ailleurs une étude que j'ai l'intention de poursuivre. Quant à ses effets sur la maladie, ils sont nuls. Il rafraîchit l'organisme, mais il n'a aucune action sur le processus morbide, dont la courbe n'est en rien modifiée, non plus que la courbe thermique générale, en dehors de l'action du médicament.

En résumé, d'ailleurs, l'observation seule montrera, et après des années, s'il est désirable de supprimer la fièvre au cours d'une maladie fébrile : ce que nul ne sait encore aujourd'hui. Ce qui est certain c'est qu'avec la thalline nous avons le moyen de supprimer la température fébrile aussi longtemps que nous le voulons. J'avoue cependant que je n'oserais pas le faire dans une maladie naturellement fébrile. Dans la tuberculose, passe encore : elle peut être utile; il nous reste à savoir cependant à quel prix nous pouvons supprimer la fièvre. Mais en serait-il de même dans une maladie fébrile à cycle bien déterminé : aurions-nous avantage à la supprimer? Nul ne le sait. En revanche, il est avantageux de diminuer les combustions fébriles et de les ramener à des chiffres qui ne constituent pas l'hyperthermie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juin 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de remerciement de M. Feltz, récemment nommé correspondant, et de M. Sordes, lauréat de l'Académie;

2° Une note de M. le docteur Brottet de Vienne (Isère), complément d'un travail intitulé : *Du cowpox et de la culture vaccinale à Vienne*;

3° Une note de M. Lafon, intitulée : *l'Action des séléniates et des sélénites sur les alcaloïdes; nouvelle réaction.*

M. le Président propose une modification au mode de nomination des commissions de prix. (Adopté.)

RAPPORTS

M. Polaillon lit :

1° Un rapport sur une observation intitulée : *Plaie du coude par arrachement; septicémie aiguë à forme gangreneuse ou gangrène foudroyante; désarticulation de l'épaule; guérison,* par M. le professeur Paquet (de Lille). Le rapporteur rappelle que MM. Chauveau et Arloing ont découvert dans la gangrène foudroyante un micro-organisme inoculable. Il exprime l'espoir de voir arrêter sur place la propagation de ce micro-organisme par l'emploi des antiseptiques en injections dans les tissus, quand on s'y prendra assez à temps. Mais il reconnaît que, dans les circonstances où se trouvait le malade de M. Paquet, l'amputation était la seule chance de salut. Ce fait prouve que la guérison est encore possible, lors même que les lambeaux renferment une zone de tissus altérés; à la condition du moins que ces tissus soient débarrassés des gaz septiques qu'ils contiennent par une expression méthodique, et que les lambeaux soient soigneusement lavés.

Comme conclusion, M. Polaillon propose d'adresser des remerciements à M. Paquet et de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de correspondant national. (Adopté.)

2° Un rapport sur un mémoire intitulé : *Des débridements hâtifs appliqués au traitement des phlegmons de la fosse iliaque.* M. Polaillon est d'avis que, quand il s'agit de phlegmons stercoraux consécutifs à une perforation du cæcum, il faut pratiquer le débridement dès que la perforation est faite. Il faut alors agir comme M. Grellet l'indique, et même plus hâtivement qu'il ne l'a fait lui-même dans l'observation consignée dans son mémoire.

Comme conclusion, M. le rapporteur propose à l'Académie de remercier M. le docteur Grellet de son intéressante observation qui tend à résoudre un point important de la pratique chirurgicale. (Adopté.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'ÉRYSIPÈLE

M. Verneuil, tant en son nom qu'au nom de M. Trélat, donne lecture des conclusions suivantes, qu'ils proposent à l'Académie :

« La discussion qui vient d'occuper longuement l'Académie a démontré que l'érysipèle est éminemment contagieux, — que l'antisepsie en a certainement diminué la fréquence et la gravité, — qu'elle ne peut toutefois empêcher ni les malades venus du dehors d'infecter les salles d'hôpital, ni les malades sortis de l'hôpital de répandre au dehors des foyers d'épidémie.

D'où chaque année un certain nombre de décès exclusivement imputables à cette importation et cette infection réciproque et la persistance indéfinie du mal.

Pour remédier à cet état de choses, l'Académie de médecine croit indispensable d'avoir dans les hôpitaux des locaux particuliers où l'isolement des érysipélateux sera sérieusement pratiqué.

Elle demande donc formellement la création de ces locaux aux pouvoirs publics qui, dûment avertis, ne voudront pas assumer plus longtemps la responsabilité de ce qui existe aujourd'hui.

LECTURE

M. Olivier lit un mémoire sur *la contagion et le contage des oreillons.*

COMMUNICATION

M. Lagneau raconte que M. Hauréau, membre de l'Institut, a trouvé dans un manuscrit d'Abeilard la mention de l'anesthésie chirurgicale, pratiquée de son temps. A cette occasion, il cite quelques textes de Pline, Dioscoride, etc., relatifs à l'anesthésie obtenue soit par le contact, soit par l'ingestion, soit par l'olfaction de substances diverses.

Il se demande comment on a pu obtenir l'insensibilité par l'olfaction de substances non volatiles, bien qu'autrement actives, telles que la mandragore, l'opium, etc.

M. Maurice Perrin, dont M. Lagneau avait cité l'article Anesthésie, inséré dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* regrette qu'il n'ait pas lu aussi l'ouvrage spécial qu'il a publié sur ce sujet il y a vingt ans. Il y aurait trouvé tous les texte qu'il cite, et bien d'autres encore, entre autres un texte d'Albert le Grand donnant la formule d'une préparation qui devait dégager du chloroforme et qui servait à endormir.

M. Larrey, de son côté, regrette que M. Lagneau n'ait pas parlé des procédés traditionnellement employés dans l'Inde pour provoquer l'insensibilité : procédés certainement efficaces (comme l'ont démontré les rapports de plusieurs commissions médicales instituées par le gouvernement britannique) et qui ressemblent étonnamment aux procédés d'hypnotisme et de suggestion actuellement en vogue.

M. Lagneau répond qu'il a voulu s'en tenir aux anesthésiques proprement dits.

La séance est levée à trois heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 juin 1885. — Présidence de M. Hanot.

COMMUNICATIONS

Injections dans les veines. — M. Brown-Séquard continue ses expériences sur les injections de sang, de lait ou de solu-

tions salines dans les veines. Ces nouvelles expériences démontrent qu'en présence du sulfate de soude, les parois du vaisseau donnent lieu à la formation de globules. C'est le plasma des tissus qui est lui-même l'origine des globules, et le sulfate de soude les fait sortir. Elles démontrent, en outre, que lorsqu'on a injecté du lait dans les vaisseaux, la formation de globules des mammifères a cessé. Lorsqu'au contraire on injecte du sang dans les vaisseaux, il y a lieu d'admettre qu'il se fait des globules sanguins de mammifères.

Enfin M. Brown-Séquard rappelle avoir déjà démontré qu'on peut faire revenir à la vie des animaux mourant d'hémorrhagie, en leur injectant du lait dans les vaisseaux. Ces injections de lait n'offrent pas les dangers qu'on leur a attribués.

Un mycélium de la salive. — M. GALIPPE fait une communication sur un nouveau champignon qu'il a trouvé dans la salive.

M. BROWN-SÉQUARD rappelle que l'opinion générale est que la salive humaine injectée dans les vaisseaux détermine la mort. C'est peut-être à ce champignon qu'est due cette toxicité.

M. GALIPPE, tout en admettant que la salive a des propriétés très toxiques, ne croit pas que ce soit à ce champignon qu'il faille attribuer cette toxicité.

M. DASTRES a injecté de la salive recueillie directement dans les glandes salivaires par une fistule et n'a jamais eu d'accidents.

De l'action du mercure sur le sang chez les syphilitiques et les anémiques. — M. GALLIARD fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Rapport des sensations et des effets dynamiques. — M. FÉRÉ a fait une série d'expériences et présente des tracés graphiques qui montrent que l'intensité d'une sensation est en rapport avec l'effet dynamique, à tel point que les sensations peuvent être mesurées par les effets dynamiques qu'elles déterminent.

Influence des courants électriques extérieurs sur les courants autonomes des tissus. — M. D'ARSONVAL continue ses études sur les courants électriques dans les tissus vivants.

M. ONIMUS fait sur le même sujet la communication suivante :

Depuis longtemps, dit-il, et notamment à propos du rapport de M. Du Bois-Reymond au congrès international des électriciens, nous nous sommes toujours élevé uniquement contre l'interprétation et contre l'importance exclusive que l'on donnait aux courants nerveux et musculaires. Quant à la cause de ces courants, la question est un peu plus complexe: et, quant à nous, nous sommes persuadés que les phénomènes électro-capillaires sont la vraie cause de ces courants propres aux différents tissus de l'organisme. Nous espérons même pouvoir, d'après cette théorie, démontrer l'influence des courants électriques sur la nutrition des corps organisés.

En effet, du moment que tous les tissus, quels qu'ils soient, donnent lieu à des courants électriques, et qu'on est en droit de comparer chacun de ces tissus à une petite pile, on peut leur appliquer les lois qui régissent ces courants. Cette comparaison nous permet d'étudier l'influence des courants extérieurs sur la nutrition des tissus, au moyen des modifications de ces courants autonomes, car l'énergie de ces courants est en raison directe des phénomènes de nutrition, et l'on peut dire que les substances albuminoïdes brûlent dans les tissus, comme le métal brûle dans la pile.

Il est impossible de rechercher directement l'action d'un courant sur la nutrition intime d'un tissu, mais cette étude est rendue plus facile en faisant ces recherches sur une série de piles ; nous aurons ainsi l'action qu'exerce un courant que nous appellerons extérieur, sur les courants partiels qui sont autonomes, ou bien, en transportant cette étude à l'organisme, l'action qu'exerce un courant électrique provenant de machines sur les courants partiels qui se forment dans chaque tissu, ou enfin, en d'autres termes, l'influence des courants électriques sur la nutrition.

Pour cela nous avons réuni en deux groupes quatre éléments en tension. Un de ces groupes nous servait de point de comparaison et nous permettait de juger de la quantité de zinc qui était oxydée dans le même espace de temps, dans les conditions normales.

Dans le deuxième groupe, nous faisions passer d'un élément à l'autre, pendant huit à dix heures, un courant de 30 éléments. Voici quelques-uns des résultats que nous avons obtenus. Lorsque le courant extérieur passe par les 4 éléments, et en sens direct du courant propre de ces éléments, l'action chimique dans chaque élément est plus forte que dans la pile qui sert de comparaison et qui reste dans les conditions normales. Dans le même temps, les zincs de cette pile perdaient 9 grammes de leur poids, tandis que les zincs de la pile où l'on faisait agir un courant de 30 éléments perdaient 17 grammes de leur poids : l'action chimique était donc presque du double.

En ne faisant passer le courant extérieur que par 2 éléments, il y avait également une différence de poids entre les deux piles; l'usure du zinc était plus prononcée pour la pile où un autre courant était interposé dans une partie du circuit.

Lorsque le courant extérieur est dirigé en sens inverse du courant propre de la pile, il y a au contraire diminution dans l'énergie de l'oxydation des zincs, mais la différence est moins grande (10 grammes pour l'un et 7 grammes pour l'autre groupe).

On peut objecter à cette expérience que l'introduction d'un courant extérieur assez intense détermine lui-même des décompositions chimiques, et que cette action peut influer sur l'oxydation du zinc; qu'il n'y a donc qu'une simple action chimique surajoutée, et que rien ne prouve dans ce cas que ce courant ait une action sur les phénomènes chimiques propres à la pile.

A cela nous répondons : 1° que l'action décomposante du courant surajouté est la même, quelle que soit la direction que l'on donne à ce courant ; que, par conséquent, la différence très remarquable que nous constatons dans l'oxydation des zincs, selon la direction du courant, ne devrait pas exister; 2° que les effets sont bien moindres lorsqu'au lieu d'employer un courant à grande tension et à action chimique faible, on emploie un courant à tension faible et à action chimique forte, et cependant ce serait le contraire qui aurait lieu en admettant l'objection qui est faite.

Nous voyons donc par ces expériences qu'un courant extérieur, remarquable surtout par une grande tension, influe sur l'action chimique propre de chaque élément. Il agit ainsi par sa tension, et plus la tension est grande, plus le travail chimique autonome de chaque élément sera augmenté.

Lorsque nous faisons traverser un courant électrique par l'organisme, nous avons la même action sur les petites mais innombrables piles organiques que celle que nous venons de constater sur chacune de ces piles inorganiques, c'est-à-dire que nous augmenterons l'action chimique autonome de chaque tissu. Nous agirons ainsi sur la nutrition, et c'est principalement à cette action des courants continus qu'il faut attribuer leur influence trophique.

Ces expériences faciles à répéter prouvent d'une façon presque mathématique que les courants électriques agissent sur l'oxydation intime des tissus, et que leur direction a une influence réelle, selon qu'elle détermine une résistance plus ou moins grande à la facilité de recomposition des courants électro-capillaires.

Nous espérons également démontrer que l'influence de ces courants électro-capillaires est prépondérante dans les phénomènes d'endosmose et d'exosmose, ou, en d'autres termes, dans les phénomènes d'assimilation et de désassimilation.

Sur un champignon développé dans la salive humaine. — M. GALIPPE ne reviendra pas sur l'historique des recherches qui ont présidé à l'apparition de ce champignon ; elles ont été exposées en grande partie dans le travail qu'il a publié avec M. Bourquelot sur les filtres en terre poreuse et remontant au commencement de l'année 1883.

Ayant filtré de la salive à l'aide de l'appareil de Pasteur, et la salive n'ayant pas été transvasée, j'ai vu, dit-il, apparaître à l'extrémité inférieure de la bougie filtrante (celle-ci n'étant point en contact avec le liquide) une sorte de touffe blanche.

L'examen microscopique me montra que j'avais affaire à un champignon constitué par des tubes de mycélium et par des spores isolées ou réunies en chapelet, dont je ne pus déterminer les relations réciproques.

Les tubes de mycélium et les spores étaient d'un blanc nacré.

Mon premier soin fut de rechercher si je pouvais cultiver ce champignon en dehors de l'appareil Pasteur. A l'aide de tuyaux de pipe stérilisés par la chaleur, et de la salive également stérilisée, il me fut facile d'obtenir une végétation abondante, représentant exactement les caractères morphologiques du champignon originel. Les difficultés de la détermination restaient les mêmes.

Soumis à l'examen de M. le professeur Van Tieghem, ce champignon fut reconnu n'appartenir ni aux *Penicillium*, ni aux *Aspergillus* (avril 1884).

Sur le conseil de M. le professeur M. Cornu, j'ai cultivé ce champignon dans les cellules de Van Tieghem, en me servant de salive stérilisée comme substratum de culture.

J'ai pu ainsi étudier toutes les phases du développement de ce champignon. La spore initiale donne naissance à l'une de ses extrémités à une expansion sphérique dont le volume, d'abord très petit, va en s'accroissant de plus en plus. Cette sphère donne à son tour naissance à des expansions latérales et symétriques, qui s'allongent en produisant également des rameaux latéraux dont le nombre et la longueur vont en croissant avec une extrême rapidité. Les tubes de mycélium deviennent granuleux et se cloisonnent; les rameaux latéraux, quelquefois aussi les expansions terminales, se renflent à leur extrémité et donnent naissance à une première spore.

Les rameaux fructifères sont simples ou bifurqués. A la première spore succède une seconde, qui se forme dans la partie dilatée et terminale de la branche fructifère, et ainsi de suite, de telle sorte que la spore la plus vieille est à l'extrémité du chapelet, qui peut compter jusqu'à vingt-cinq spores. Les chapelets de spores ont une tendance à s'enrouler sur eux-mêmes.

Les spores qui ont végété dans les cellules de Van Tieghem au contact du liquide de culture sont légèrement gonflées. Leur diamètre transversal a en moyenne 5,26 (millièmes de millimètre), et leur diamètre longitudinal 6,36 (millièmes de millimètre).

Le diamètre de ces spores ne permet pas de supposer qu'elles existent normalement dans la salive humaine et qu'elles aient jusqu'ici échappé à l'attention des observateurs. Il est plus probable qu'elles sont apportées par l'air dans la salive et qu'elles végètent dans la bougie filtrante, envoyant à travers la paroi de celle-ci des tubes de mycélium. Jusqu'ici nous n'avons observé l'apparition de ce champignon que dans les appareils où de la salive avait été filtrée.

Nous savons déjà que ce champignon n'est ni un *Aspergillus*, ni un *Penicillium*.

D'après l'examen qu'en a fait M. M. Cornu et d'après nos propres recherches, il doit être rapporté au genre *Monilia*. Il n'est figuré ni dans Corda, ni dans Cooke, ni dans Brefeld. Nous proposons donc de lui donner le nom de *Monilia Sputicola* (Sp. n.)

La séance est levée.

VARIÉTÉS

La vie et les travaux de M. Noël Gueneau de Mussy (1).

Par M. Féréol.

Messieurs,

L'homme éminent et bon, le savant distingué et supérieurement honnête que nous venons de perdre, a écarté de son cercueil les discours officiels qui répugnaient à sa délicatesse peut-être autant qu'à sa modestie. Mais l'Académie a pensé que nous ne pouvions laisser disparaître en silence une personnalité si remarquable, une intelligence et un caractère qui ont tellement honoré notre compagnie, comme l'a si bien dit notre cher et respecté président; et elle m'a fait le grand honneur de me désigner pour élever la voix dans cette douloureuse circonstance.

En obéissant à son désir, je prends moins conseil de mon insuffisance que des sentiments de reconnaissance et d'amitié qui m'unissaient à mon maître. La faible marque que je vais tâcher de lui en donner restera, quoi que je fasse, bien au-dessous de mon désir, au-dessous surtout de tout ce que je lui dois.

(1) Notice lue à l'Académie de médecine dans la séance du 21 juin 1885.

I

Né à Paris, le 6 novembre 1813, d'une famille originaire de Semur en Auxois, qui occupait, depuis le dix-septième siècle, de hautes situations dans les parlements et la magistrature de Bourgogne, M. Noël Gueneau de Mussy eut pour père Philibert Gueneau de Mussy, conseiller et, on pourrait dire fondateur, avec Fontanes, Cuvier et Royer-Collard, de l'Université de France. Sa mère, femme aussi distinguée par les grâces de sa personne et les charmes de son esprit que par son caractère et ses hautes vertus, était la fille de Hallé, membre de l'Institut, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine, grand-père aussi de notre modeste et excellent confrère le docteur Hallé.

Son oncle, François Gueneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu et membre de notre Académie de médecine, était le père de notre éminent collègue M. Henri Gueneau de Mussy, qui seul nous reste aujourd'hui, et dont le nom désormais nous sera doublement cher. Bien que médecin, François Gueneau de Mussy appartenait également à l'Université; il fut directeur de l'École normale supérieure. Les deux frères étaient sortis de l'École polytechnique, où ils avaient été admis l'année même de sa fondation.

Parmi ses ascendants, nous trouvons encore une célébrité médicale, Lorry, l'un des médecins de Louis XV; et, dans un autre ordre d'illustration, un certain nombre des grands peintres de l'époque, tous les Hallé (trois générations de talents distingués), Largillière, Restout, Jouvenet, Fremin, Delafosse. Nous verrons à ce propos que les lois de l'atavisme n'ont pas menti. Notre collègue ne fut pas seulement un savant et un littérateur; il y eut aussi en lui un artiste.

Une parenté dont il se montrait moins fier, mais que d'autres lui pourraient envier, est celle de Voltaire à qui il se trouvait allié, dans la ligne maternelle, par les Marchand. Cette famille, une des plus vieilles de la bourgeoisie parisienne, était aussi l'une des plus jansénistes; et il est assez curieux que grâce à elle notre collègue se rattache à la fois par le sang à Voltaire, par les traditions à Port-Royal. Ce dernier lien n'était pas le seul du reste; et l'on en peut trouver un plus fort dans l'éducation que les Gueneau père et oncle avaient reçue chez les Oratoriens. *Ces Messieurs*, pour parler la langue de l'époque, ont légué aux Gueneau de Mussy, avec leurs livres et d'autres reliques qui ont été précieusement conservées, quelques-uns des plus beaux côtés de leur grand caractère : la haute probité, l'amour des grandes choses et le dédain des petites; mais ils ne leur avaient certainement rien laissé de leur rigorisme un peu étroit, de leur austérité un peu sombre.

J'allais oublier parmi cette ascendance un nom qui n'est pas le moindre, celui de Buffon qui était cousin du grand-père de nos collègues (1).

Toute cette hérédité, on le voit, était pleine de promesses : l'avenir devait les réaliser.

Le jeune Noël fit à Saint-Louis et à Stanislas d'excellentes humanités, terminées brillamment à seize ans, et qui laissèrent une

(1) En outre, pour Noël Gueneau de Mussy, il paraît probable que par les Delafosse il se rattachait à Molière. Il est vrai que la postérité de notre grand poète comique est restée fort ignorée; mais, lors du bi-centenaire de Molière, une demoiselle Delafosse fut officiellement invitée à y figurer, comme une des parentes les moins discutables du héros de la fête.

forte empreinte sur la vie entière de l'homme. Il n'oublia jamais ses auteurs, et leur revenait sans cesse avec délices. Aussi, quand il fut médecin, il se trouva en mesure, comme nos aînés du XVIIe siècle, de prescrire et de converser en latin; il fut de ceux qui, moins nombreux de jour en jour, ont dans la mémoire le texte grec d'Hippocrate. Il m'a raconté même qu'étant étudiant, il eut avec Nélaton une correspondance assez originale : il écrivait lui-même en grec; Nélaton ripostait en latin. Plus tard, en 1873, l'idée lui étant venue de traiter un de ces sujets un peu scabreux que la médecine a pourtant bien le droit d'aborder sans pruderie, il se donna le plaisir de l'écrire dans cette langue qui « *dans les mots brave l'honnêteté* », et il s'en tira fort à l'honneur du corps médical. Doué d'une mémoire heureuse surtout par sa ténacité, M. Gueneau de Mussy, à soixante et onze ans, récitait encore des pages entières de Virgile, et savait par cœur tous nos classiques français. L'anglais, l'italien lui étaient familiers, comme on peut le voir dans sa clinique médicale.

N'y a-t-il pas là un argument de quelque valeur à l'encontre de ceux qui, sous prétexte de progrès, voudraient diminuer pour les médecins l'importance des études latines et grecques?

Au sortir du collège, M. Gueneau de Mussy étudia pendant deux ans les sciences naturelles et accessoires, en même temps que l'anatomie. Longtemps avant l'ère moderne des laboratoires, il en eut un très bien monté pour l'époque. C'était celui de son grand-père, le célèbre Hallé, qui habitait avec Philibert Gueneau de Mussy, rue Pierre-Sarrazin. Le jeune homme y passait des journées entières, disséquant, manipulant la chimie.

C'est en 1832 qu'il inaugura sa carrière hospitalière comme stagiaire chez Dupuytren. Pendant la première épidémie de choléra, il lui arriva plus d'une fois de passer la nuit près des malades, et même, vaincu par la fatigue, de se coucher sur leurs lits. Il conserva de cette expérimentation personnelle la conviction que la transmission du choléra ne s'opère ni par le contact, ni par les voies respiratoires.

Il fut moins heureux dans l'épidémie de 1849; il croyait même ne s'être jamais très bien remis de l'atteinte assez forte qu'il subit alors. Le dévouement qu'il montra à ses malades, avant d'être touché lui-même, lui valut une médaille d'argent.

Reçu le premier au concours de l'externat, le premier également (mais *ex æquo* avec Piégu et Fauvel) au concours de l'internat en 1835, il hésita quelque temps sur la direction qu'il devait prendre. Il avait obtenu en 1837 la médaille d'or de l'École pratique, et se sentait attiré vers l'anatomie et la chirurgie. Chomel, dont il fut successivement l'externe, l'interne et le chef de clinique, eut sur lui dans cette circonstance une influence décisive. Sous les instances et la pression du maître, à qui l'élève avait voué un culte qui ne se démentit jamais, M. Gueneau de Mussy s'engagea résolument dans la voie médicale; il y trouva l'appui presque paternel de l'homme éminent qui l'y avait fait entrer, et dont il recueillit en grande partie l'héritage scientifique.

En 1839, il soutint et dédia à son oncle sa thèse inaugurale. A cette époque, les sujets de thèse se tiraient au sort, détestable système, abandonné bientôt par bonheur, mais qui imposa au candidat du jour le sujet suivant : « La berlue et la diplopie. »

Trois ans après, à son premier concours, en 1842, il était nommé médecin des hôpitaux, à l'âge de vingt-huit ans; et cinq ans plus tard, en 1847, agrégé à la Faculté. Nommé successivement médecin à Lourcine, à Saint-Antoine, à la Pitié, à l'Hôtel-Dieu, c'est dans ce dernier hôpital qu'il fit le plus long séjour; il y resta dix-sept ans, et le quitta, en 1878, à sa limite d'âge, avec l'honorariat. Si l'on tient compte de ses années de stage, M. Gueneau de Mussy était resté quarante-six ans dans les services hospitaliers. En outre, il fut attaché pendant trente ans comme médecin à l'École normale supérieure. Il aimait beaucoup ses fonctions qui lui rappelaient ses origines universitaires, et le mirent en relations avec une foule d'hommes éminents, tels que MM. Taine, Prévost-Paradol, Mgr Perraud et tant d'autres.

L'ensemble des travaux publiés par notre collègue pendant cette longue carrière est considérable. Leur seule énumération serait un travail dont je ne puis imposer la lecture à l'Académie. Je citerai seulement et brièvement les principaux.

Ses deux thèses d'agrégation (*De la fièvre hectique*, 1844; *Pathogénie des hémorrhagies*, 1847) ont été remarquées dans leur temps.

Son traité de l'*Angine glanduleuse*, précédé d'une introduction sur les diathèses, qui a paru en 1855, antérieurement aux publications de Bazin, a longtemps été considéré comme le meilleur chapitre de pathologie générale que nous eussions. Il avait le projet, avant de mourir, d'en faire une seconde édition, en y rattachant les études sur les endermoses qu'il avait faites dans les dernières années de sa vie, et en le mettant au niveau des découvertes récentes. Partisan décidé des théories microbiennes, grand admirateur de notre illustre collègue M. Pasteur, il revendiquait, au profit des données anciennes de la pathologie générale, l'importance capitale du terrain sur lequel le microbe est appelé à se développer. La mort ne lui a pas laissé le temps de remplir son dessein.

Ses leçons sur la *Phthisie pulmonaire*, recueillies par son interne Wieland, trop tôt enlevé à la science et à ses amis, leçons qu'il a reprises et complétées dans sa clinique médicale, constituent, au point de vue pratique et thérapeutique, un traité complet et excellent.

Presque toutes ses œuvres sont présentées sous forme de leçons. On peut dire, en effet, que M. Gueneau de Mussy était né professeur. Il aimait la jeunesse, qui le lui rendait bien. C'était avec bonheur qu'il lui donnait son temps, qu'il la faisait profiter de son expérience. Il avait eu du succès dans la chaire de l'École, où il avait remplacé Fouquier et Rostan. Plus tard, ses cours libres de pathologie interne, de thérapeutique, sa clinique libre surtout, furent très suivis par les étudiants et par les concurrents au Bureau central. On s'explique mal que la Faculté n'ait pas tenu à honneur de s'attacher définitivement un de ses agrégés les plus distingués, les plus en faveur auprès de la jeunesse, un homme dont le caractère était si élevé, le savoir incontestable, et qui paraissait à tous égards désigné pour remplir et illustrer les premières places de la science officielle. Privé de l'investiture, M. Gueneau de Mussy resta professeur libre jusqu'à la fin de sa carrière. Il fit paraître successivement quatre volumes de clinique médicale, le dernier quelques semaines seulement avant sa mort. Cette œuvre remarquable, essentiellement personnelle, est le résumé de toute une vie de travail; elle contient l'homme tout entier avec ses idées sur la pathologie générale, son expérience sur certains points spéciaux.

Les études sur l'auscultation de la poitrine et les pleurésies, sur l'adénopathie trachéo-bronchique, sur l'hygiène de la femme, et bien d'autres encore, sont entièrement originales. Tout un volume est consacré à la fièvre typhoïde; c'est un véritable traité théorique et pratique, le meilleur, à mon avis, et le plus complet que nous ayons. Il serait trop long d'insister sur toutes les parties de cet ouvrage, qui restera à consulter, comme on consulte encore aujourd'hui Graves ou Sydenham.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les épreuves d'admissibilité du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris sont terminées. Ont été admis à subir les épreuves suivantes : MM. les docteurs Auvard, Bureau, Doléris, Loviot et Stapfer.

— *École de médecine d'Alger.* — Un concours s'ouvrira le lundi 19 octobre 1885 pour une place de chef de clinique chirurgicale. Les candidats, docteurs en médecine, âgés de moins de trente-quatre ans, Français ou naturalisés Français, pourront se faire inscrire au secrétariat des Écoles d'enseignement à Alger jusqu'au 1er octobre prochain.

Un concours pour une place de chef de clinique obstétricale s'ouvrira le jeudi 22 octobre 1885. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au 15 octobre prochain au secrétariat des Écoles

d'enseignement d'Alger. Les conditions d'admissibilité sont les mêmes que pour le précédent concours.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur Chaspoul (de Marseille).

— M. Chatin, professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie des sciences, fera une herborisation publique le dimanche 28 juin, aux environs de Marines. — Le départ s'effectuera à la gare Saint-Lazare, à 6 h. 15 min. du matin, pour la station de Chars.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, fera une excursion géologique publique, dimanche prochain, 28 juin 1885, à Fresnes, Antony, Chatenay et Sceaux. — Pour prendre part à cette excursion, il suffit de se trouver au rendez-vous, gare du chemin de fer de Sceaux, où l'on prendra, à 9 h. 50 min. du matin, le train pour la station de Berny. On sera de retour à Paris à 5 h. 10 min.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18009.

N° 74. — SAMEDI 27 JUIN 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 27 JUIN 1885. — N° 74.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration. 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois · **18 fr.** — 1 an : **35 fr**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Spasmes œsophagiens causés par une gastrite chronique.

Dans une de ces leçons cliniques, si élégamment improvisées, que M. le professeur Peter fait, le lundi et le mercredi, à la Charité, au lit du malade, il a dernièrement insisté sur les spasmes de l'œsophage que provoquent parfois les gastrites chroniques, par alcoolisme notamment.

L'occasion était fournie par un homme de vingt-neuf ans, qui était entré à l'hôpital le 12 juin dernier, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 12, parce qu'il vomissait à peu près tout ce ce qu'il avalait.

Cet homme habitait Paris depuis onze ans; il était ouvrier dans une imprimerie, où il avait été d'abord occupé pendant la nuit au service des presses. Il avait pris alors l'habitude de boire beaucoup de vin dans l'espoir de mieux résister à la fatigue.

Pendant plusieurs années, sa santé s'était maintenue à peu près bonne, sauf un léger tremblement des mains, qui s'accentuait à certains moments, et une tendance de plus en plus marquée à l'emportement. Il raconte qu'il est sujet à des accès de colère folle, pendant lesquels il tremble beaucoup.

Il n'avait du reste ni insomnies, ni maux de tête, ni maux d'estomac avant 1883. A cette époque, il eut d'abord des douleurs de ventre qui revenaient à peu près à heure fixe, deux heures après le repas de midi; puis, quelques mois plus tard, commencèrent les vomissements dont il se plaint. Ces vomissements ont cela de particulier qu'ils se produisent presque aussitôt que cet homme vient d'avaler quelque aliment, surtout s'il s'agit d'un liquide.

Ces aliments reviennent en nature, sans mélange, sans avoir passé par l'estomac. Jusqu'au moment de la régurgitation qui les expulse, le malade éprouve une sensation de pesanteur, un malaise pénible, douloureux même, siégeant profondément vers la base du thorax, c'est-à-dire bien évidemment vers l'extrémité inférieure de l'œsophage.

D'après ces symptômes, M. Peter diagnostiqua un spasme de l'œsophage arrêtant les aliments au-dessus du cardia et amenant par conséquent les mêmes résultats fonctionnels qu'aurait pu produire un rétrécissement organique de ce conduit; mais avec cette différence que contre les rétrécissements purement spasmodiques, quelle qu'en soit la cause, le cathétérisme est tout-puissant.

A ce propos, M. Peter nous raconta l'histoire d'une jeune malade qui, elle aussi, vomissait tout. Pendant longtemps, on l'avait traitée inutilement dans son village, et comme elle dépérissait, on eut la pensée de l'envoyer consulter Trousseau, dont M. Peter était alors chef de clinique. On réunit l'argent du voyage par une collecte, et ce fut ainsi que son curé put l'amener un jour à ce savant maître.

Aussitôt après le récit des symptômes, dès le premier coup d'œil, Trousseau reconnut qu'il avait affaire à un spasme de l'œsophage d'origine purement nerveuse, et il annonça une guérison immédiate. Après avoir fait sonder l'œsophage par M. Peter, il ordonna à cette jeune fille de boire un verre de liquide devant lui. « Mais cela ne passera pas, objecta-t-elle, je vomis tout! » — « Cela passera très bien et vous ne vomirez plus; faites ce que je vous dis », s'écria-t-il. Et, en effet, le spasme avait cessé, le liquide passa très bien. Après une seconde séance de cathétérisme, cette jeune fille repartit pour son pays, radicalement et définitivement guérie.

Chez elle, le spasme était purement nerveux; il rentrait dans ces phénomènes que l'on est convenu d'appeler hystériques. C'est pourquoi Trousseau réussit si vite et si bien, plutôt encore par son injonction, par la confiance qu'il inspirait, par la conviction communicative qu'il exprimait, que par l'emploi de la sonde œsophagienne.

En effet, grand observateur comme il l'était, Trousseau n'ignorait pas la puissance de la *suggestion*, pour nous servir du terme moderne. Nous lui avons vu souvent effectuer des miracles par des pilules de *triticum*, autrement dit, de mie de pain.

Pour en revenir aux spasmes de l'œsophage, ils cessent naturellement moins vite quand une irritation chronique de l'estomac ou de l'œsophage les a provoqués. Alors, en effet, ils ont tendance à se renouveler à bref délai tant qu'on laisse subsister la cause qui les a produits par action réflexe.

Mais, même en pareil cas, on obtient de très bons effets du cathétérisme. Le malade qui rejetait tout avant qu'on eût passé la sonde, garde, au contraire, la plus grande partie de ce qu'il avale aussitôt après.

C'est ce qui se passe actuellement chez l'homme couché au n° 50 de la salle Saint-Côme. C'est ce qui arrivait également chez un autre homme qui vint se faire soigner le mois dernier dans ce même service.

Celui-ci, âgé d'une quarantaine d'années, exerçait une profession qui prédispose forcément à l'alcoolisme; il était expert dégustateur d'eau-de-vie dans une des villes des Charentes. Les dégustateurs ont bien soin de ne pas avaler les liqueurs qu'ils goûtent; mais comme, pour les bien apprécier, ils doivent les percevoir à la fois par les organes du goût et de l'olfaction, les vapeurs alcooliques qu'ils respirent ainsi durant des heures entières, les alcoolisent peu à peu. D'ailleurs le malade en question, s'il ne buvait pas de liqueurs, buvait beaucoup de vin, et de bon vin, pour se donner des forces.

Bref, il arrivait, le nez rouge, couvert d'acné, avec l'aspect d'un ivrogne endurci, et en même temps affaibli, émacié faute de nourriture, parce qu'il rejetait les aliments avant leur entrée dans l'estomac. On le sonda pendant vingt jours, pendant lesquels il put s'alimenter. Et il repartit, allant beaucoup mieux, muni d'une sonde œsophagienne, dont on lui avait appris à se servir lui-même.

Il en sera de même du malade qui a fait l'objet principal de cette leçon. Lui aussi, il va beaucoup mieux. Il reprend des forces; il s'apprête à quitter bientôt l'hôpital, sauf à recourir, en cas de besoin, au cathétérisme de l'œsophage. Pour combattre, chez lui, l'irritation chronique de l'estomac, on lui a appliqué, la semaine dernière, un vésicatoire assez large sur la région épigastrique.

Pour que les liquides puissent pénétrer jusqu'à l'estomac, il est encore obligé de les prendre en grande quantité d'une fois; s'il voulait boire à petits coups, il régurgiterait à mesure. Mais il digère bien ce qu'il mange, sans éprouver ni douleur ni malaise; et il se regarde comme à peu près guéri.

Phénomènes curieux observés à la suite d'une section du nerf médian.

Au point de vue physiologique, il est difficile d'imaginer une expérience plus intéressante que celle qui se produit aujourd'hui sous nos yeux.

En effet, il s'agit d'un nerf sectionné d'abord, puis dont les deux bouts se sont trouvés réunis par un pont très étroit de substance nerveuse régénérée. Ce sont là des conditions rares, toutes différentes de celles qui résultent d'une pure et simple section.

Aussi les choses ne se passent-elles nullement comme dans ce dernier cas.

Nous avons raconté qu'après la dénudation de ce nerf et du pont de substance nerveuse qui en réunissait les deux bouts, il y avait eu dans les premiers jours un réveil, graduel et très rapide, de la sensibilité, d'abord sur le médius, puis sur une partie de l'index. Jusqu'au mardi de la semaine dernière, il y eut constamment progrès à ce point de vue. Ce jour-là nous constatâmes avec M. Tillaux que sur les faces dorsale et palmaire de l'index, une pression forte était partout sentie, et qu'à la surface, au milieu de la zone restante d'anesthésie, il existait des points sensibles et même des points d'hyperesthésie disséminés.

Mais après cette première période d'amélioration continue en survint une autre en sens inverse.

Le malade éprouva quelques élancements dans les parties anesthésiées naguère. Puis l'anesthésie regagna une partie du terrain perdu. Les deux dernières phalanges de l'index redevinrent habituellement froides. Elles cessèrent d'être sensibles soit au contact, soit au froid, soit à la piqûre, soit à la pression. Lundi dernier, on pouvait de nouveau traverser avec une épingle ces deux dernières phalanges de l'index, les couvrir de glace, les serrer le plus fort possible sans que le malade s'en doutât.

Il n'en était pas de même du médius qui, ainsi que le pouce, conservait à peu près au même degré la sensibilité reconquise.

L'index, il est vrai, est celui des doigts que le nerf médian dessert de la façon la plus exclusive, y recevant le moins de filets anastomotiques des nerfs voisins. Aussi, même dans le cas de M. le professeur Richet, alors qu'une section du nerf médian laissait subsister la sensibilité soit dans son bout périphérique, soit dans sa zone de distribution, trouve-t-on noté que sur l'index cette sensibilité était devenue obtuse.

Sur ce doigt donc, lundi dernier, il ne restait à peu près plus rien de tout ce qui avait été gagné depuis la dénudation du nerf.

Mais ce jour-là même survinrent des douleurs lancinantes dans la main et le long des doigts, douleurs qui, cette fois encore, annoncèrent le début d'une nouvelle période, d'un changement de front, pour ainsi dire. Le lendemain, une pression forte était sentie sur tous les points du doigt, même sur la dernière phalange, qui restait cependant totalement insensible à toutes les excitations superficielles, comme l'était aussi, d'ailleurs, l'avant-dernière phalange sur la grande partie de sa surface.

Le mercredi, sur la face dorsale de cette avant-dernière phalange, la zone de sensibilité à la piqûre, à la température, au contact, formait un angle dont le sommet dépassait légèrement la ligne de jonction de cette phalange avec la dernière, et dont les côtés, en s'écartant, venaient rejoindre sur les bords du doigt la première phalange complètement sensible.

Une particularité extrêmement remarquable, c'est qu'en dehors de cette zone, sur une étendue de 1 centimètre environ en tous sens, par un pincement continu on faisait paraître le phénomène qui a été depuis longtemps décrit dans l'ataxie locomotrice sous le nom de *sensibilité retardée*.

On sait que chez certains malades atteints d'ataxie locomotrice, — nous en avons publié des exemples, — alors que l'altération des cordons postérieurs de la moelle épinière a déjà troublé profondément la sensibilité des membres inférieurs, il peut arriver qu'en piquant ceux-ci on n'y provoque aucune sensation, qu'on n'en provoque également aucune par un pincement de courte durée, mais que si l'on prolonge le pincement de la peau pendant une ou plusieurs secondes, on y fasse naître une douleur d'abord légère, puis qui s'accentue si l'on persiste et peut devenir insupportable.

De même, chez ce malade, indemne de toute lésion médullaire, mais dont un nerf périphérique se trouve divisé en deux tronçons qu'unit seulement un faisceau mince de fibres nerveuses nouvellement formées, dans la zone de distribution de ce nerf les parties sensibles sont limitées par une sorte de bordure, où les sensations ne sont perçues qu'à la condition d'être prolongées.

Si l'on pince la peau sur ces points, il faut la maintenir serrée entre les ongles pendant quelques secondes pour qu'enfin le malade en ait conscience. Il en est également ainsi quand il s'agit des sensations de température; elles

sont lentes à éveiller, même sur des points déjà sensibles à un contact passager ou à une piqûre d'un instant.

Ce retard dans les sensations présente des degrés divers.

Il est très marqué et très évident quand il coexiste avec une apparence d'anesthésie complète à un examen trop court, comme vers les bords de la région sensible sur les deux dernières phalanges de l'index, et dans toute l'étendue de ce petit îlot, insensible aux excitations momentanées, que nous avons précédemment décrit comme occupant une étendue de 1 centimètre carré environ sur la face dorsale de la dernière phalange du médius, tout près de l'ongle.

Il est moins frappant, mais on le retrouve par une exploration attentive, dans d'autres régions déjà sensibles dès le premier instant, mais d'une sensibilité un peu obtuse : par exemple, sur celui des bords du médius qui fait face à l'index, et sur la face palmaire du pouce vers la ligne médiane. Dans ces régions, la sensation, d'abord très faible, bien qu'immédiate, devient d'autant plus nette qu'on attend davantage avant d'interrompre le pincement ou le contact du corps froid.

Nous avons pensé qu'il était bon de signaler le plus tôt possible cette singularité à ceux qui voudraient l'étudier alors qu'elle existe, et nous aurons soin d'indiquer ainsi, au fur et à mesure, les diverses phases que pourrait encore présenter cette observation si instructive.

Les érysipèles dans les services de chirurgie.

A propos de la discussion qui vient de se terminer à l'Académie de médecine par le vote des conclusions que nous avons publiées mercredi dernier, M. Després nous communique la note suivante : — on sait que M. Després se refuse à admettre la contagion des érysipèles dans les services de chirurgie.

« L'an dernier, dit-il, j'ai publié une note sur deux érysipèles du service, salle Sainte-Rose et salle Saint-Jean, à l'hôpital de la Charité.

A côté de ces malades, des opérations ont été pratiquées, opérations étendues, graves, et aucune des malades n'a gagné d'érysipèle. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 747.) A deux reprises les mêmes faits se sont reproduits. Ces observations n'ont pas été lues sans doute par les chirurgiens qui s'obstinent à considérer l'érysipèle comme une maladie essentiellement contagieuse, pour laquelle il serait, dit-on, nécessaire de créer des salles d'isolement. Avant de laisser notre génération s'engager dans cette voie; avant de refaire ces anciens lazarets ou léproseries du moyen âge où l'on enfermait les malades, où ceux-ci étaient un objet de terreur et de répulsion pour leurs parents, pour leur entourage, il faudrait pourtant réfléchir et ne point regarder les choses à la légère.

C'est si commode de dire que l'érysipèle est contagieux, on ne peut accuser le chirurgien de maladresse, d'imprévoyance. Cette idée est agréable à tout le monde. Mais, en vérité, cela ne saurait passer sans discussion. L'abus des théories microbiennes est tel aujourd'hui, qu'il ne tend à rien moins qu'à faire nier l'existence des maladies *a frigore* et des maladies inflammatoires. L'amygdalite, le coryza, la bronchite, la pneumonie et l'érysipèle deviennent des maladies à microbe, c'est-à-dire des maladies contagieuses : les refroidissements n'y sont plus pour rien.

Je voudrais, à cette occasion, donner encore des faits destinés à éclairer les lecteurs.

Cette année, au mois de janvier, un malade entre dans la salle des hommes à la Charité, avec un panaris et un érysipèle bénin du dos de la main, qui ne s'étendit pas.

Le mois suivant, fin février, un malade sur la face de qui avait passé une roue de voiture, atteint de plaies multiples de la face, de fractures des deux mâchoires, eut un érysipèle de la face, dû à la difficulté de faire tenir les pansements sur la face et la tête. L'érysipèle dura 15 jours; le malade guérit.

Il n'y a eu jusqu'à ce jour dans la salle des hommes aucun cas d'érysipèle. Je ne compte pas un malade atteint d'éléphantiasis des deux jambes avec poussées érysipélateuses circonscrites des deux jambes se renouvelant tous les huit jours.

Mais, par contre, dans la salle des femmes, salle Sainte-Rose, vers le milieu d'avril, une malade eut un érysipèle du cuir chevelu et de la face autour d'une loupe ulcérée, érysipèle qui guérit bien du reste.

Depuis ce temps, il n'y a eu dans le service, ni sur les blessés, ni sur les opérés, aucun érysipèle.

Le 9 juin, dans la salle des femmes, une malade prit un érysipèle. C'était une malade alitée depuis plus de six mois pour une coxalgie. Elle avait eu des escarres à la région sacrée et la cicatrice de la plus grande escarre était en voie de réparation. C'est autour de cette plaie que l'érysipèle est survenu : la malade ne voulait plus de diachylum sur cette petite plaie. C'est trois jours avant l'apparition des règles que l'érysipèle est survenu. Malgré l'existence de cet érysipèle qui dure encore, j'ai opéré, à côté d'elle et en face, deux malades auxquelles j'ai enlevé, à l'une un sein, à l'autre les deux seins (sans réunion par première intention) : il y a seize et huit jours qu'elles sont opérées et aucune n'a pris d'érysipèle.

Le fort de ce fait, c'est l'apparition de l'érysipèle chez une malade qui ne se levait pas et qui, en aucune manière, n'avait pu aller chercher dans les cours ou dans les autres salles un érysipèle; c'est que la plaie n'était pas pansée et qu'on avait peut-être ouvert près de son lit une fenêtre alors que cette malade était sous l'imminence de ses règles.

Ce sont là les véritables causes de l'érysipèle. Une plaie irritée non pansée et un refroidissement, voilà ce qui suffit, voilà ce que l'on peut empêcher. Et ceux qui aujourd'hui voient reparaître en ville et dans les hôpitaux les érysipèles, doivent peut-être l'attribuer à la réunion par première intention, recherchée avec trop de persévérance dans les plaies avec perte de substance. »

Les conférences de l'hôpital Saint-Louis : diagnostic et traitement des lésions cutanées de la scrofule.

Pour faire ressortir d'une manière plus saillante les caractères pathognomoniques des lésions cutanées de la scrofule, M. Guibout place les *scrofulides* en regard des *syphilides* auxquelles il avait consacré ses trois dernières conférences.

Dans la syphilis, tout est changement et variété; dans la scrofule, tout est fixe et immuable. Les lésions cutanées de la syphilis sont nomades; les lésions de la scrofule sont comme rivées à leur siège primitif qu'elles ne quittent jamais; et cette fixité de siège, pendant une durée toujours très longue, de plusieurs années le plus souvent, suffirait pour les distinguer des *syphilides* qui sont ambulantes et qui

apparaissent dans leurs éruptions successives et sur les régions les plus diverses.

Les lésions de la syphilis sont *intermittentes* dans leur durée; les lésions de la scrofule sont essentiellement *permanentes;* et cette *continuité* absolue, pendant cinq, dix, quinze ans, suffirait encore pour les distinguer des syphilides qui paraissent et disparaissent à intervalles plus ou moins éloignés.

La syphilis est un *Protée :* elle se manifeste sur la peau par les lésions les plus diverses; chez le même malade, aux différentes périodes de son évolution, elle a les aspects les plus différents, parce que les lésions qui la représentent sont les plus nombreuses et les plus différentes. Dans la scrofule, au contraire, c'est toujours la même lésion : il n'y en a qu'une seule, du premier jour au dernier.

Donc, nous dit M. Guibout, dans la syphilis, *variété des sièges, variété de durée, variété de lésions*; et, dans la scrofule, *fixité de sièges, fixité de durée, fixité de lésions.*

La syphilis a sa couleur spéciale, rouge brun foncé; la scrofule a la sienne aussi, rouge vif framboisé; teintes vineuses disposées en larges plaques saillantes et nettement délimitées.

Les lésions syphilitiques se développent sur toute l'étendue du corps; elles n'épargnent aucune région; les lésions de la scrofule ne se trouvent guère qu'à la face et spécialement sur le nez et sur les joues; elles ne descendent guère plus bas que le cou.

La syphilis est héréditaire, virulente, inoculable et contagieuse par contact direct; la scrofule est également héréditaire, mais elle n'est ni virulente ni contagieuse par contact direct et inoculation.

La syphilis affecte tous les âges, tous les tempéraments, toutes les constitutions; la scrofule ne se développe guère avant la quatrième ou cinquième année; et, pour se développer, il lui faut un terrain spécial, une constitution à part, un *tempérament scrofuleux.* Ce tempérament s'accuse par certains caractères spéciaux : tête dont la grosseur est disproportionnée avec le reste du corps, ailes du nez épaisses, nez aplati, large, narines croûteuses, paupières chassieuses, bouche largement fendue, lèvres épaisses, diamètre transverse de la face plus grand que le diamètre vertical, cou volumineux et comme engorgé, jambes courtes, ensemble du corps sans harmonie, disgracieux, intelligence peu développée.

Les lésions de la scrofule ne sont pas plus douloureuses que celles de la syphilis; mais, tandis que les syphilides sont habituellement accompagnées d'un peu de fièvre et de trouble dans la santé générale, les lésions de la scrofule les plus graves n'amènent aucun désordre dans l'exercice physiologique des fonctions animales.

L'ulcère syphilitique est régulier, fait comme à l'emporte-pièce; l'ulcère scrofuleux est irrégulier, ses bords sont déchiquetés et décollés.

Dans son œuvre de destruction, la syphilis procède des parties profondes aux parties superficielles; la scrofule suit une marche inverse; elle commence par détruire la peau avant de détruire les cartilages et les os.

La scrofule, dans sa période de développement et d'état, produit toujours l'hypertrophie des parties qu'elle affecte; et, dans sa période de déclin, elle atrophie ces mêmes parties; elle laisse le nez aminci, lancéolé, et l'ouverture des fosses nasales rétrécie et oblitérée. Quand la scrofule guérit, elle se survit à elle-même, dit M. Guibout, par des difformités souvent hideuses et toujours irrémédiables. Les cicatrices de toutes ses lésions sont indélébiles comme celles de la syphilis; mais, tandis que ces dernières sont pâles, décolorées, lisses et sans adhérence aux tissus profonds, les cicatrices de la scrofule, au contraire, sont violacées inégales, réticulées, couturées, anfractueuses et intimement liées aux tissus sous-jacents.

Après cet exposé comparatif des lésions syphilitiques et scrofuleuses, M. Guibout énumère et décrit sommairement les six espèces de scrofulides admises par lui : 1° *scrofulide érythémateuse* avec ou sans squames; 2° *scrofulide phlegmoneuse;* 3° *scrofulide pustulo-crustacée,* appelée aussi *impétigo scrofuleux, impétigo rodens;* 4° *scrofulide acnéique* ou *cornée;* 5° *scrofulide tuberculeuse* avec ses deux variétés appelées autrefois *lupus vorax en surface,* et *lupus vorax en profondeur;* 6° *scrofulide rupiforme,* qu'il a décrite le premier, et dont il présente un remarquable spécimen.

Toutes les scrofulides sont des lésions *malignes;* elles désorganisent toutes la peau à des degrés différents; et souvent elles détruisent les organes et les os. Leur durée est *toujours essentiellement chronique.*

DE L'ACTION DU MERCURE SUR LE SANG

CHEZ LES SYPHILITIQUES ET LES ANÉMIQUES.

Par M. le docteur GALLIARD.

Les recherches hématimétriques, destinées à faire connaître l'action du mercure sur le sang, n'ont été pratiquées jusqu'ici que chez les animaux et chez les syphilitiques; de plus, les auteurs se sont préoccupés presque exclusivement de la seule numération des globules. Il convenait d'apprécier également cette action chez des anémiques, comme on l'a fait pour les autres métaux, spécialement pour le fer; en outre, il fallait ajouter à la numération des globules rouges l'évaluation très importante de l'hémoglobine. (Il ne sera pas question des globules blancs.)

L'auteur a pratiqué ses recherches dans le service de M. Hayem en 1880, d'après les procédés de ce maître, sur des sujets atteints de syphilis secondaire ou simplement anémiques.

I. *Dans la syphilis secondaire.* — Les observations ont porté sur 7 syphilitiques (6 femmes et 1 homme) pendant un espace de temps variant de vingt-cinq à cinquante-quatre jours; les malades prenaient soit 10 centigrammes de protoiodure en deux fois, soit 2 à 4 centigrammes de sublimé, ou subissaient des injections sous-cutanées de la solution de peptonate de mercure de Bamberger à la dose de 10 à 15 gouttes, représentant de 5 à 7 milligrammes et demi de sublimé.

Les résultats doivent être considérés séparément suivant qu'il s'agit de :

A. Syphilitiques non anémiques, mais au premier degré d'anémie de M. Hayem, c'est-à-dire avec une richesse hémoglobique (R) exprimée par un nombre de globules sains compris entre 3 millions et 4 millions, quel que soit le nombre des globules (N) du sujet. Dans cette première catégorie, qui comprend cinq sujets en expérience, on a obtenu des résultats relativement peu rapides; chez un sujet, les deux facteurs N et R ont diminué d'abord parallèlement de 500000; et, au bout de quarante-six jours de traitement, l'anémie s'est atténuée, la perte n'a plus été pour N que de 400000, pour R que de 170000. Chez trois autres, il y a d'abord eu diminution des deux facteurs pendant dix ou quinze jours; puis l'amélioration s'est produite pour le nombre des globules et pour la quantité d'hémoglobine. C'est que la syphilis détermine, comme on sait, l'anémie; et qu'il faut un certain temps, surtout dans les formes rebelles, pour en triompher à l'aide du mercure.

B. Syphilitiques au second degré d'anémie, la richesse hémoglobique étant exprimée par un nombre de globules sains com-

pris entre 2 millions et 3 millions. Chez une malade de cette catégorie, l'amélioration s'est produite beaucoup plus rapidement que chez les syphilitiques au premier degré d'anémie. Dès le dixième jour, on notait pour N une augmentation de 560 000, pour R une augmentation de 250 000; et, au trente-neuvième jour, il y avait augmentation : pour N, 700 000 ; pour R, 650 000. Le poids du corps gagnait 4 livres. C'est donc ici que le médicament a paru exercer le plus rapidement son influence favorable.

C. Syphilitiques mercurialisés, ayant des accidents d'hydrargyrisme, sternutite, etc. Ici l'anémie a persisté longtemps, même après la cessation des accidents.

II. *Dans l'anémie simple.* — Cinq jeunes femmes, anémiques au premier ou au second degré de M. Hayem, non syphilitiques, ont pris, pendant un espace de temps variant de quinze à cinquante-six jours, soit 1 ou 2 centigrammes de sublimé, soit 10 centigrammes de protoiodure. Elles ont bien supporté le médicament, surveillées du reste au point de vue des accidents d'hydrargyrisme qui ne sont survenus dans aucun cas. Voici les résultats :

A. Le nombre des globules rouges n'a augmenté que dans trois cas. L'augmentation maxima n'a pas dépassé le chiffre de 400 000; elle a atteint son apogée vers le dix-septième jour; puis le nombre des globules rouges s'est rapproché du chiffre primitif. Dans deux cas, il y a eu légère diminution du nombre des globules rouges (100 000 ou 200 000).

B. Les variations de l'hémoglobine sont plus importantes à considérer au point de vue de la constance des résultats et de la signification de l'expérience. La richesse hémoglobique a constamment augmenté. L'augmentation de R a été représentée par un chiffre variant de 250 000 à 570 000 globules sains. Elle a atteint son apogée au vingt-cinquième jour du traitement, en moyenne. A partir de ce moment, R a subi une légère diminution, mais a dépassé toujours le chiffre noté au début de l'expérience.

C. Le poids du corps chez les sujets a constamment augmenté.

Conclusions. — *Chez les syphilitiques,* l'anémie existe par le fait de la syphilis. Le mercure ne détermine pas immédiatement l'augmentation des globules et de leur richesse hémoglobique; mais le résultat est favorable si l'on continue assez longtemps d'une part et qu'on évite d'autre part les accidents d'hyrdrargyrisme.

Chez les anémiques, l'augmentation du nombre des globules n'est pas constante, sous l'influence de faibles doses de mercure; mais, chose bien plus importante, l'hémoglobine augmente constamment jusqu'au vingt-cinquième jour du traitement, en moyenne; la valeur individuelle du globule rouge augmente donc et se rapproche de celle du globule sain pris pour unité. A partir du vingt-cinquième jour, l'influence du mercure s'exerce encore favorablement pendant quelque temps; mais il faut éviter de prolonger la cure hydrargyrique.

On peut donc considérer le mercure comme un médicament capable, à l'exemple de certains autres métaux, de fabriquer l'hémoglobine. Son action est inférieure à celle du fer, et elle s'épuise relativement assez vite.

VARIÉTÉS

La vie et les travaux de M. Noël Gueneau de Mussy (1).

Par M. Féréol.

II

On se demande comment, au milieu des soins et des fatigues d'une clientèle très étendue, M. Gueneau de Mussy a pu trouver le temps et les forces de produire autant. Il est des natures privilégiées qui se reposent d'un travail par un travail différent. Pour M. Gueneau de Mussy, il n'y avait pas de loisirs; et comme je lui reprochais, il y a peu de temps, d'outrepasser ses forces, il me répondit par le mot d'Arnauld : « Travaillons pendant que nous sommes en vie; nous aurons l'éternité pour nous reposer. » Et, en effet, il travaillait, il travaillait sans cesse, jusque dans sa voiture, où on le voyait toujours le crayon à la main.

C'est en 1867 que vous l'avez appelé à être des vôtres, dans la section de thérapeutique. Cette branche de notre art avait été l'objet de ses constantes études. C'est lui qui, le premier, avait eu l'idée de fonder chez nous une Société de thérapeutique ; il en fut un des premiers présidents et ne cessa pas d'y faire de nombreuses et intéressantes communications. Nommé académicien, sa constante assiduité à vos séances vous a prouvé à quel point il estimait l'honneur de vous appartenir. L'an dernier même, déjà malade, il revenait de sa campagne exprès pour prendre part à nos travaux. Il siégeait ici, sur les bancs de gauche, entre M. Barthez, l'ami de sa jeunesse, et M. Bouley, dont le frère avait été son intime ami. Sa personne attirait et retenait le regard. Grand, d'allure aristocratique, le front haut et dégarni, la figure un peu triste et méditative, l'œil d'un bleu clair singulier, très enfoncé sous un sourcil proéminent, il avait, dans ces dernières années, laissé pousser sa barbe, à l'américaine d'abord (quelque peu par suite d'un enthousiasme tout théorique pour frère Jonathan, qu'il n'avait jamais connu que de loin, et qui, j'imagine, l'aurait quelque peu désenchanté de plus près); puis ensuite à l'italienne, ce qui lui donnait quelque ressemblance avec Michel-Ange ; l'analogie était augmentée par une coiffure qu'il avait adoptée contre les courants d'air qui hantent beaucoup trop la salle de nos séances; coiffure très confortable d'ailleurs et en même temps très artistique, car elle était calquée sur celle qu'on voit souvent dans les peintures italiennes de la grande époque et notamment dans les portraits du Dante. Il demandait souvent la parole et était toujours écouté, ce qui est une faveur chez nous. Il prit une part importante à plusieurs de vos discussions, notamment à celles qui eurent lieu sur la tuberculose, sur la fièvre typhoïde, sur les pleurésies, etc. Les questions d'hygiène, de thérapeutique, l'appelaient volontiers à la tribune. Peu de temps avant sa mort, ne pouvant assister à l'important débat sur la natalité soulevé par notre collègue M. Lagneau, il publia, dans un journal de médecine (*France médicale*), une lettre adressée à son ami M. Rochard, lettre qui fut fort remarquée et dont nous avons tous regretté qu'il n'ait pas fait donner lecture à cette tribune.

Son dernier travail est une étude très intéressante sur l'hygiène des Juifs au temps de Moïse. Notre éminent collègue M. Bouley a présenté, de sa part, à l'Académie cette œuvre remarquable et en a fait ressortir toute l'originalité. Cependant elle ne satisfaisait pas pleinement son auteur; il l'a reprise à nouveau, complétée, développée dans sa villa de Valescure, où il était allé chercher l'adoucissement de ses souffrances; et on peut presque dire qu'il est mort la plume à la main.

Ce qui le reposait le mieux, selon lui, c'était d'écrire quelques pages sur les beaux-arts qu'il aimait passionnément, et auxquels il devait, m'a-t-il dit souvent, les plus doux moments de son existence. Il avait étudié les principaux musées de l'Europe, et, quand il en parlait, on retrouvait en lui le vieux sang des Hallé et des Largillière.

Il n'aimait pas moins la musique; ami et admirateur de Gounod, il fut pendant longtemps un des auditeurs assidus des concerts de notre Conservatoire.

Un homme si heureusement doué ne pouvait manquer d'être un peu poète; j'ai lu de lui, en effet, des vers d'un souffle tout Lamartinien. Il s'en cachait pourtant, sauf à ses plus intimes. Mais, jusque dans ses derniers jours, alors que, vaincu par le mal, il lui fallait renoncer aux travaux qu'il avait en tête, pour tromper la lenteur des heures d'insomnie, il mettait en vers français les psaumes de David.

Un des plus beaux traits de son caractère était la passion de la justice; il poussait jusqu'à l'extrême les scrupules de la conscience. L'écueil où elle sombre d'ordinaire pour nous, il faut bien avoir le courage de nous le dire, bien que l'aveu soit humiliant, c'est le concours. L'intimité profonde qui nous lie à nos élèves fait

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 juin 1885.

que nous les considérons en quelque sorte comme un prolongement de nous-mêmes; et quand nous devenons leurs juges, il arrive parfois que nous oublions la justice. M. Gueneau de Mussy avait gardé sous ce rapport les saines traditions universitaires. Je l'ai vu, juge d'un concours, garder soigneusement, sans les lire, les nombreuses lettres de recommandation qu'il recevait; les nominations faites, il mit au courant sa correspondance en retard.

Sa bienveillance était générale, universelle. Mais il n'avait qu'un petit nombre d'amis véritables; à ceux-là il se donnait tout entier, et avec quelle grâce, quelles délicatesses! Il ne supposait jamais le mal et ne l'admettait même pas facilement; mais il ne composait jamais avec lui quand il l'avait constaté. On était surpris alors de rencontrer, chez cet homme d'une politesse exquise, des raideurs qui allaient jusqu'à la brutalité. Sa bonté, sa générosité, ceux-là qui en ont fait l'épreuve peuvent seuls en parler dignement; par bonheur, ils sont nombreux.

Son succès dans la pratique médicale est connu de tous. C'est peu de dire qu'il était aimé de ses clients; la plupart avaient pour lui un véritable culte. Son savoir, sa courtoisie avec les confrères de France et les étrangers lui avaient assuré une des premières places parmi nos grands consultants, et les honneurs ne lui manquèrent pas plus que le reste (1).

Un tel homme était fait pour les joies de la famille; il les connut toutes, et toutes ses douleurs aussi. Marié une première fois à Mlle Roset, petite-fille du grand Antoine Laurent de Jussieu, il eut le malheur de la perdre encore jeune. Elle lui avait donné cinq fils; l'un d'eux mourut en bas âge; et cette première blessure au cœur paternel ne s'est jamais cicatrisée qu'incomplètement. Mais combien fut plus douloureuse la perte de l'abbé René Gueneau de Mussy, mort à trente et un ans, il y a dix-huit mois à peine! Ce jeune homme, d'une intelligence hors ligne, et d'une âme vraiment angélique, avait passé par l'École polytechnique et par l'École des mines avant d'être ordonné prêtre. Le père subit l'horrible torture de voir ce fils, pour qui il avait une tendresse profonde mêlée de vénération, s'éteindre lentement sous ses yeux, sans qu'il fût possible de retarder le moment fatal. M. Gueneau de Mussy ne se releva pas de cette trop cruelle épreuve; à partir de ce moment, sa santé ne fit plus que décliner. Ils reposent tous deux aujourd'hui dans le petit cimetière de Nocé (Orne), auprès d'un élégant domaine planté par le père de famille. C'est là, dans son château de Beaulieu, que, depuis dix-huit ans, il allait, avec tous les siens, passer quelques semaines en automne; c'est là surtout qu'il travaillait, dans le calme des champs, à côté de l'animation qu'y mettaient ses enfants, dont le nombre s'était accru de deux belles jeunes filles pleines de grâce et d'entrain, et qui étaient, avec leurs frères aînés, la joie de son cœur et de ses yeux.

M. Gueneau de Mussy, après un assez long veuvage, s'était en effet remarié; il avait épousé une jeune Irlandaise, fille d'un médecin distingué, qui avait été l'élève et l'intime ami d'Astley Cooper. Mlle Mac Swiney, en entrant dans cette maison restée en deuil, y apporta le bonheur; elle fut tout de suite et restera toujours une vraie mère pour les fils de son mari, une amie pour ses amis. Ceux qui ont pu voir M. Gueneau de Mussy dans ce charmant cadre de Beaulieu, entouré de sa femme et de ses enfants, en conserveront un souvenir ineffaçable.

Il s'était aussi, tout récemment, construit une villa délicieuse sur les bords de cette Méditerranée qu'il aimait passionnément, et qui l'attirait depuis longtemps, dans cette baie de Saint-Raphaël où tout semble s'harmoniser pour le calme de l'âme et le bonheur des yeux. C'est dans ce coin de terre privilégié du ciel, et qu'il baptisa pour lui du nom de *Monrepos*, qu'il alla se préparer en effet à entrer dans le repos éternel.

(1) M. Gueneau de Mussy était officier de la Légion d'honneur. Il portait également un ordre étranger qui lui avait été conféré par Maximilien, l'empereur du Mexique, dont le sort malheureux et le caractère chevaleresque lui avaient inspiré une sympathique admiration.

Déjà depuis longtemps, et surtout depuis la mort de son fils, il sentait sa santé profondément atteinte; ses amis essayaient en vain de le détromper et de se tromper eux-mêmes. Cet homme, vigoureusement constitué, et foncièrement optimiste, avait vécu toute sa vie sous la crainte de la maladie. Sa nosomanie n'était un secret pour personne. Depuis plus de quarante ans, il s'était cru tour à tour paraplégique, tuberculeux, cardiaque... Il était tout simplement arthritique, et, pour me servir d'une métaphore qu'il appliquait volontiers aux autres, *il était en proie à la tunique de Nessus*, autrement dit aux arthralgies des rhumatisants. On pouvait donc espérer, au début des derniers accidents, qu'il traversait une crise nouvelle d'hypocondrie. Mais non; cette fois il ne se trompait pas. Il lutta toutefois et avec énergie; il voulait absolument terminer la publication du quatrième volume de sa Clinique, et il sentait que ses jours étaient comptés. C'est au commencement de février seulement qu'il put partir pour Valescure. Treize jours après son arrivée, il fut pris d'une violente hématémèse qui faillit l'emporter. Il se remit cependant; grâce à sa force d'âme, à l'optimisme qui était le fond de sa nature, au don qu'il avait de s'objectiver et de se traiter comme il eût traité un de ses malades, il eut une période assez longue d'amélioration et finit par croire lui-même à la possibilité d'une guérison. Mais ce n'était qu'un répit. Bientôt il devint évident pour tout son entourage et pour lui-même qu'il était perdu. Sa résignation et sa sérénité furent alors admirables; et je ne puis résister au désir de donner lecture à l'Académie de quelques passages de sa correspondance.

« Je suis absolument calme, m'écrivait-il, et même disposé à la gaieté, très heureux de me trouver en face de cette splendide nature qui me fait admirer la grandeur et la bonté du Créateur...

« Mes filles me jouent du Beethoven et du Chopin; je suis entouré, quand je quitte la contemplation de la mer et des montagnes, de belles gravures d'après Raphaël, Léonard et le Corrège, que ma femme a groupées autour de moi. Comme je l'écrivais à une dame de mes amies, il est bon de vivre, même malade, dans de pareilles conditions, et il ne serait pas bien pénible de mourir. »

Tout récemment encore, il m'écrivait :

« Je suis ici au milieu des fleurs; les roses ont des dimensions invraisemblables; tous les cystes sont saupoudrés de leurs jolies petites fleurs roses et blanches; les genêts sont couverts de grappes d'or; c'est une fête de la nature; j'en jouis beaucoup et je fais travailler au jardin comme si j'en devais jouir encore... A bientôt, chers amis. Fernet et vous, vous me trouverez bien maigri, l'esprit bien affaissé; le cœur résiste; il vous fera bon accueil. »

Cette dernière lettre est du 24 mai; le 27 il rentrait à Paris, et, dans la nuit du 1er au 2 juin, entouré de presque tous les siens, « il s'endormait, pour me servir d'une parole qui lui appartient, sur l'oreiller de la foi chrétienne, souhaitant le même bonheur à tous ceux qu'il avait aimés ».

Croire n'est pas un acte de la volonté. Mais il est impossible de ne pas admirer, de ne pas envier même, fût-elle une illusion, la foi de ceux qui se reposent avec certitude dans une espérance, dont le divin Platon déjà disait « qu'il fallait s'en enchanter ».

L'Académie presque tout entière, une importante délégation de la Faculté de médecine, une députation de l'École normale, son directeur en tête, une autre députation du collège Stanislas, beaucoup de nos collègues des hôpitaux et des confrères de la ville, des internes, des élèves en médecine en grand nombre, une foule émue et recueillie, ont fait à cet homme de bien un touchant cortège.

Puissent la vivacité, l'unanimité de ces regrets, apporter quelque adoucissement à la douleur des siens!

Sa mémoire est défendue de l'oubli par les œuvres qu'il laisse, aussi bien que par le suprême hommage que vous avez voulu lui rendre et dont nul n'était plus digne. Quel plus bel exemple pourrions-nous offrir aux jeunes générations que celui d'une existence qui peut tout entière se résumer en deux mots : *Honneur et travail.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 juin, M. Lannois, pharmacien de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de pharmacien de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Charles Masson, décédé hier à l'âge de soixante-six ans, après une longue et douloureuse maladie. — Ses obsèques ont eu lieu vendredi 26 juin en l'église Sainte-Clotilde.

— M. le docteur Baillon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 28 juin 1885, à Mantes et Limay.

Le départ de Paris pour Mantes aura lieu à 8 h. 10 min. du matin par la gare du chemin de fer de l'Ouest.

Des diverses déviations de la colonne vertébrale (scolioses et mal de Pott), par le docteur E. Duval. In-8° de 50 pages, accompagné de 13 planches. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18020.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Hypnotisme et suggestion.

Avant d'aborder l'étude qui doit faire le sujet de cette leçon, je veux vous dire quelques mots des paralysies dites psychiques, c'est-à-dire dépendant d'une idée, ou paralysies *imaginatives*. Je ne dis pas imaginaires, car elles existent réellement comme si elles étaient d'origine organique.

Ces paralysies, connues depuis longtemps, se rencontrent presque toujours chez des femmes et chez des femmes hystériques. Elles sont réelles, quoiqu'elles dépendent d'une idée, car il suffit quelquefois d'agir sur l'esprit du malade pour en déterminer la guérison. De là plusieurs méthodes de traitement : 1° par persuasion mentale ; le succès est lent, mais on y arrive ; 2° par le procédé des thaumaturges : « Levez-vous et marchez. » Quand on réussit, c'est très bien, mais on ne réussit pas toujours, et l'on risque alors de se rendre parfaitement ridicule.

C'est là, je le répète, un sujet commun, mais sur lequel il y a beaucoup à faire. Nous voyons bien l'influence de l'idée sur la production et sur la disposition de ces paralysies, mais nous ne voyons pas les intermédiaires.

Dans la névrose hypnotique, on peut, sans inconvénient pour les malades, déterminer chez eux des suggestions d'idées et, sous l'influence de ces idées, produire des phénomènes somatiques correspondants, des paralysies par exemple. Ce sont ces phénomènes que je veux étudier aujourd'hui sur l'une de nos malades.

Il s'agit d'une jeune fille hystéro-épileptique, ce que l'on peut appeler une grande hystérique. Elle est âgée de vingt-trois à vingt-quatre ans. Son hystéro-épilepsie dure depuis une dizaine d'années. Ses grandes attaques sont maintenant très rares ; mais ce qu'elle présente encore, ce sont : une anesthésie double, une diplopie monoculaire, etc., des stigmates hystériques de toute nature.

Or, chez elle, l'hypnotisme qu'on détermine est le grand hypnotisme parfaitement distinct du petit hypnotisme. Il existe entre les deux, en effet, des différences d'ordre secondaire. Les grands hypnotiques sont assez rares et n'acquièrent tout leur développement qu'après une sorte d'entraînement. C'est à ces grands hypnotiques qu'il faut avoir affaire pour vaincre le scepticisme avec lequel bien des gens accueillent encore ces faits.

Dans le grand hypnotisme on voit trois états particuliers se développer successivement comme trois maladies, et rien de plus. Ce sont trois périodes à caractères psychiques particuliers : la période léthargique, la période cataleptique et la période somnambulique.

Chez notre malade, je vous ai dit qu'il y avait anesthésie complète, générale, double ; rétrécissement du champ visuel ; diplopie monoculaire ; le sens musculaire est très atteint ; la jeune fille ne sait, les yeux fermés, où est son nez, sa tête, etc.

Dans la première période — période léthargique — l'hypnotisation est très facile et rapide. On observe deux ordres de phénomènes : des phénomènes somatiques et des phénomènes psychiques. Les premiers sont : l'apparence du sommeil sans rêves, ou du moins la malade n'a souvenance d'aucun rêve ; la résolution absolue des membres ; enfin, caractère somatique très important, on peut étudier la neurologie musculaire physiologique la plus délicate. En effet, chez notre malade, il n'est pas un muscle qui ne se contracte au moindre attouchement, pas un nerf qui ne fasse également, au moindre contact, contracter les muscles qu'il anime. De plus, on observe aussi, phénomène encore très important, une exagération des réflexes portée au plus haut degré. Par contre, rien de particulier du côté de la respiration ni de la circulation. Quant aux phénomènes psychiques, c'est un sommeil profond, le sujet est, mentalement, absolument inerte, la suggestion n'est pas possible, le malade n'y répond pas.

Dans la seconde période ou période cataleptique, nous produisons un état léthargique tout à fait différent du précédent, état dans lequel nous pouvons étudier la suggestion. Ici l'hyperesthésie musculaire disparaît ; les caractères somatiques sont négatifs, comparés à ceux de la période précédente, les nerfs ne répondent plus aux excitations. Par contre, tout membre déplacé conserve l'attitude qu'on lui donne. C'est un état cataleptique vrai, avec souplesse des membres et attitudes harmonieuses ; ce qui prouve que nous pouvons déjà impressionner l'esprit, car ces attitudes sont déjà le résultat de la suggestion que nous avons donnée au malade, d'autant plus que la physionomie elle-même du sujet est en rapport avec cette attitude.

Une autre preuve, plus convaincante encore qu'il n'y a là

aucune simulation, aucune supercherie, c'est que nous pouvons déterminer chez le même individu d'un côté du corps la période cataleptique et de l'autre la léthargie de la première période avec l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, qui est l'un de ses caractères.

Si maintenant nous examinons l'état général, nous constatons une immobilité complète, l'immobilité d'une statue; de plus, pour moi, l'état mental est dans une inertie absolue, complète, mais avec la possibilité d'y réveiller une idée ou un groupe d'idées associées à cette idée. Cependant ces idées ne se généralisent pas, de sorte qu'en réalité le moi n'existe pas encore. Ainsi donc, dans cet état, la conscience n'intervient pas, et les phénomènes sont purement automatiques, inconscients.

Un autre caractère somatique intéressant est celui de la respiration chez les cataleptiques, qui donne un tracé presque nul, analogue, pour ainsi dire, au tracé fourni aussi dans cet état par l'un des membres placés dans telle ou telle attitude. Au contraire, a-t-on affaire à un simulateur, le tracé respiratoire devient de plus en plus agité, par suite de l'effort qu'il fait pour simuler la catalepsie; il en est de même du tracé des membres qui présente des oscillations d'autant plus grandes que le sujet est plus fatigué.

Procédons maintenant à la suggestion et imprimons à notre malade une idée capable de réveiller un groupe d'idées qui lui soient associées. Ainsi, comme suggestion rudimentaire, donnons à la main l'attitude d'un baiser à envoyer et nous verrons immédiatement un sourire se dessiner sur la figure; au contraire, fermons les mains, donnons-lui l'attitude des poings fermés menaçant un être imaginaire, et toute la physionomie exprimera la colère. Il y a là l'influence du geste sur la physionomie, c'est-à-dire une association, un phénomène de cérébration inconsciente.

Faisons l'expérience contraire, c'est-à-dire donnons à la figure, par l'électrisation, telle ou telle expression, et nous verrons immédiatement le geste lui répondre.

Telle est la suggestion à l'état rudimentaire, qui caractérise la période cataleptique.

La troisième période, ou période somnambulique, est celle qui a été jusqu'à présent la plus étudiée et où la suggestion se développe de la façon la plus remarquable. L'attitude n'est plus celle d'une statue, d'une immobilité absolue, mais bien d'une personne endormie : les yeux, à demi clos seulement, peuvent voir, si nous le voulons.

Les phénomènes somatiques sont négatifs; la main soulevée ne garde pas l'attitude qu'on lui donne, mais elle retombe d'elle-même; point de réflexe exagéré ni hyperexcitabilité neuro-musculaire, mais il y a une hyperesthésie de la peau telle qu'il suffit de passer la main au-dessus d'elle, sans même la toucher, pour déterminer un certain degré de contraction, une rigidité différente de celle de la période léthargique.

Quant à l'état mental, il est comme dans la catalepsie : tout dort, mais d'un sommeil moins profond, d'un sommeil qui est plutôt de l'engourdissement, de sorte que par la suggestion nous pouvons déterminer un réveil partiel plus étendu. Il y a dans cet état une tendance à la reconstitution du moi. La malade commence à recouvrer la volonté et paraît même protester un peu. Néanmoins elle est encore un automate, bien que les mouvements qu'elle exécute soient plutôt ce que j'appellerai subconsciente. Ce que je lui dis de faire (se lever, s'asseoir, lever le bras, etc.), elle l'exécute. Je lui donne un parapluie en lui disant qu'il pleut, elle ouvre ledit parapluie; lui dirais-je, au contraire, qu'il fait un très beau soleil, que la température est très élevée, elle ferme son parapluie et paraît avoir très chaud. Je lui donne un ouvrage de broderie ou de tapisserie à faire, elle l'exécute, mais sa besogne est moins bonne, parce qu'elle le fait inconsciemment. Toute hallucination peut lui être suggérée et se perpétuer même à l'état de veille. Ainsi, pour une série de cartons blancs sur l'un desquels on lui suggère qu'il existe un portrait quelconque, on bat les cartons, on les mêle comme un jeu de cartes et, quel qu'en soit le nombre, elle retrouvera après le réveil celui sur lequel elle a cru voir ledit portrait, et reconnaîtra ce portrait comme s'il existait réellement.

Voilà les phénomènes de la suggestion sur lesquels je voulais dans cette leçon appeler votre attention.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De l'expertise médico-légale relative à la transmission de la syphilis d'un nourrisson à sa nourrice (1).

III

Nous avons indiqué jusqu'à présent le programme à suivre pour les recherches relatives à notre enquête. Ce programme étant connu de vous, nettement arrêté dans votre esprit, il s'agit de se mettre à l'œuvre et d'examiner l'enfant en vue de ce programme qui est celui de votre rôle d'expert.

Première question. — L'enfant a-t-il ou non la syphilis? Ceci est affaire de pure clinique. Donc procédez à votre examen tout comme vous le feriez dans toute autre circonstance, si vous étiez consultés au sujet d'un enfant sur lequel on aurait à craindre l'invasion de la syphilis. Mais procédez-y toutefois en vous aidant des commémoratifs, des renseignements qui vous auraient été fournis par la nourrice et par les parents sur les lésions présentées par l'enfant, c'est-à-dire cherchez *partout* la syphilis, cherchez-la tout spécialement encore là où l'on vous a dit qu'elle aura sévi. Pour cela faites déshabiller l'enfant, examinez-le nu, absolument nu, car c'est le seul moyen de ne rien laisser échapper. Examinez d'abord l'enfant *d'ensemble,* pour prendre notion de son habitus général, de sa santé, et surtout de son degré de développement. Puis inspectez toute la peau, région par région, en insistant sur celles où, positivement, se plaît la syphilis chez l'enfant, telles que le visage, et notamment le pourtour des lèvres, les régions lombo-fessière, crurale postérieure, génito-crurale, scrotale, etc.

De même, inspectez toutes les muqueuses et spécialement, plus que n'importe quel département muqueux, la bouche de l'enfant, toute la bouche, à savoir : les lèvres, la langue, la face muqueuse des joues, le palais, la gorge.

Examinez aussi, avec le même soin, les ongles et leur pourtour, les yeux, les oreilles, les testicules plus souvent affectés chez l'enfant qu'on ne le pense généralement, les os accessibles à l'exploration, notamment les os du crâne, les tibias. Assurez-vous de l'état des ganglions, surtout aux régions inguinales, sous-maxillaires, etc., etc.

En un mot, il vous faut tout voir et tout explorer de ce qui peut être vu et exploré, puis relever avec soin

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 juin 1885.

les symptômes observés ainsi que les troubles fonctionnels constatables ou déclarés, tels que : état de la voix, vomissements, diarrhée, troubles nutritifs, etc., et les décrire. Il est bien rare, bien exceptionnel, que si l'enfant est réellement syphilitique, vous n'aboutissiez pas à découvrir quelques lésions, quelques symptômes qui vous permettent d'instituer votre diagnostic et de conclure à la syphilis.

Eh bien, je suppose, vous avez constaté la syphilis chez l'enfant; alors une seconde question se présente à résoudre.

Deuxième question. — Quelle est cette syphilis? Est-elle d'origine héréditaire ou acquise? C'est là une question de diagnostic différentiel, majeure en l'espèce. C'est elle qui, dans nombre de cas, fait le fond même du procès. C'est sur elle que se livrera la bataille à l'audience, sur elle que bien souvent l'avocat des parents du nourrisson portera tous ses efforts, en disant : « Eh bien, nous le croyons, nous voulons bien le croire, oui la nourrice est affectée de syphilis; oui l'enfant, l'enfant pour lequel nous portons ici la parole, est également affecté de syphilis. Mais de ces deux syphilis laquelle a servi d'origine à l'autre? On prétend, on se croit en droit de prétendre que la syphilis de la nourrice dérive de l'enfant. Mais pourquoi donc tout aussi bien la syphilis de la nourrice n'aurait-elle pas servi d'origine à celle du nourrisson? »

A moins que les faits ne soient grossièrement évidents, absolument démontrés, soyez sûrs que tout le plan de la partie défenderesse, comme on dit au Palais, tendra à jeter un doute dans l'esprit des juges sur ce point particulier : « La syphilis du nourrisson ne pourrait-elle pas dériver de la syphilis de la nourrice? »

Or il est une réponse péremptoire à opposer à cet argument : c'est de démontrer, s'il est possible, le caractère héréditaire de la syphilis de l'enfant, car s'il est dûment établi que cette syphilis comporte ce caractère, il devient de toute évidence qu'elle n'a pu dériver d'une contagion reçue de la nourrice, que la nourrice n'y est pour rien, qu'elle n'a pu qu'en être victime. Donc tout est là. Et c'est assez dire quel soin particulier vous devez apporter à cette partie de l'enquête.

Eh bien, en général, et toutes réserves faites pour certains cas particuliers, ce diagnostic différentiel à instituer entre une syphilis héréditaire et une syphilis acquise chez un tout jeune enfant n'offre pas grandes difficultés, car il repose sur trois ordres de signes cliniques aussi aisément constatables que nettement démonstratifs. Ces trois signes, les voici :

Dans la syphilis acquise, existence nécessaire d'un chancre comme exorde de la maladie. Dans la syphilis héréditaire, absence du chancre comme accident initial de la maladie.

C'est, vous le savez, un fait démontré par l'observation clinique et par l'expérimentation que toute syphilis acquise, c'est-à-dire résultant d'une contagion, fait son début par un accident spécial, le chancre, lequel se produit au siège même où s'est exercée cette contagion. Et j'ajouterai immédiatement, — ce que vous ne savez pas moins, — que ce chancre s'accompagne fatalement d'une adénopathie de voisinage, bien connue comme symptômes et comme évolution sous le nom de bubon primitif, adénopathie symptomatique du chancre.

Cela, notez-le bien, n'est pas de la science théorique et variable suivant les doctrines et les fluctuations des systèmes; c'est de la science précise, faite, accomplie, non sujette à fluctuations et à retours. Et, d'autre part, ce qui n'est pas moins solidement établi aujourd'hui, ce qui résulte de l'observation générale, ce qui ne trouverait pas un seul contradicteur parmi tous les médecins du globe, c'est que : la syphilis héréditaire ne débute *jamais* par un chancre. Le chancre est pour elle un accident qui n'existe pas, qui ne s'est jamais observé, que personne n'a jamais rencontré. Donc, si l'enfant en question tient la syphilis d'une contagion quelconque, survenue après sa naissance, s'il la tient, par exemple, de sa nourrice, comme on le prétend généralement en pareille occurrence, cet enfant doit avoir eu un chancre. Comme inversement, s'il tient la syphilis de ses parents, par hérédité, il ne doit pas avoir eu de chancre, il est impossible qu'il en ait eu.

D'où la nécessité absolue de chercher le chancre. Cherchez-le soigneusement, minutieusement; cherchez-le partout où il peut s'être produit, et surtout à la bouche, car si l'enfant tient la syphilis de sa nourrice, c'est par la bouche surtout qu'il a pu la recevoir. Cherchez-le sous toutes ses formes et dans toutes ses manifestations possibles, soit comme plaie à vif, et en pleine évolution, soit comme reliquat, sous forme de cicatrice, de macule, d'induration locale persistante. Recherchez s'il n'existe nulle part quelqu'une de ces adénopathies locales, polyganglionnaires, dures, chroniques dans leur évolution et longuement persistantes, telles qu'en produit le chancre.

Et cette recherche faite, concluez : de deux choses l'une, vos recherches ont, je suppose, été couronnées de succès; vous avez trouvé le chancre ou vous en avez trouvé les traces. Eh bien, cela veut dire de toute évidence que la syphilis de l'enfant n'était pas, ne peut pas être d'ordre héréditaire. Concluez catégoriquement, vous en avez le droit, à une syphilis acquise par contagion.

Ou bien vos recherches sont restées stériles; vous n'avez rien trouvé qui ressemblât à un chancre. Concluez (réserves faites pour le cas possible où ce chancre aurait pu exister et s'être dissipé sans laisser de traces ni d'adénopathie appréciable, ce qui n'est guère admissible qu'au cas où l'expertise aurait été faite tardivement, à plusieurs mois de date pour le moins, de l'origine possible de la contagion), concluez, dis-je, que cette absence de toute lésion assimilable à un chancre constitue un appoint formel en faveur de la qualité héréditaire de la syphilis de l'enfant.

Un second signe très important est que l'évolution des accidents est absolument différente dans la syphilis héréditaire et dans la syphilis acquise de l'enfant. Mais ceci est tellement banal et tellement accepté de tous qu'il suffira de l'énoncer sans commentaires.

Chacun sait que la syphilis héréditaire fait explosion d'emblée par des accidents de la nature de ceux qu'en langage technique, on appelle des accidents généraux, accidents constitutionnels, tels que syphilides cutanées, syphilides muqueuses, onyxis, gommes, lésions osseuses, lésions viscérales, etc. On ne sait pas moins que ces lésions sont habituellement multiples, éparpillées, disséminées, qu'elles affectent souvent plusieurs systèmes.

Voyez, par exemple, ce qui se produit ici si fréquemment sur nos petits syphilitiques héréditaires. Nous les trouvons affectés, souvent dans la même semaine où la diathèse a commencé à se manifester sur eux, de syphilides leur couvrant la face, les régions fessières et crurales, etc., de plaques muqueuses buccales, de coryza, d'onyxis, sans parler de lésions viscérales concomitantes.

Eh bien, est-ce là le mode d'évolution d'une syphilis ac-

quise, même chez l'enfant? Mais pas le moins du monde. Une syphilis acquise évolue chez l'enfant comme chez l'adulte, c'est-à-dire de la manière suivante : d'abord un accident local ou d'apparence locale tout au moins, le chancre; puis après le chancre, plus rien pendant un certain temps, un silence, une pause de six à sept semaines; et alors seulement explosion des accidents généraux.

Voilà, certes, deux modes d'évolution absolument différents. Eh bien, lequel trouvez-vous chez l'enfant? Lequel constatez-vous directement ou de par les témoignages, les déclarations que vous avez reçues?

Une autre considération de même ordre doit trouver place ici.

S'il est démontré que des accidents syphilitiques d'ordre constitutionnel ou général, c'est-à-dire autres que le chancre, se soient produits sur un enfant au cours des sept à huit premières semaines, cela seul suffit à attester une syphilis héréditaire et à conclure à la possibilité d'une syphilis acquise par contagion. Pourquoi cela? C'est d'abord parce que la syphilis héréditaire fait habituellement invasion dans le cours du premier ou du deuxième mois après la naissance, avec un maximum de fréquence très accentué vers la troisième à la cinquième semaine. C'est, en second lieu, que la syphilis acquise ne peut faire *au plus tôt* sa première manifestation constitutionnelle avant la fin du deuxième mois.

En effet, supposez un nourrisson contractant la syphilis dans sa première semaine. Étant donné que le chancre de contagion incube toujours de quinze jours (minimum) à trente et trente-cinq jours, ce chancre n'apparaîtra guère sur l'enfant qu'au vingtième jour au plus tôt. Et, de plus, comme les premiers accidents secondaires ne succèdent jamais au chancre qu'à échéance de quarante à quarante-cinq jours, ils n'apparaîtront après la naissance de l'enfant qu'après $15 + 40 = 55$ jours, c'est-à-dire *au plus tôt* vers la fin du deuxième mois.

Donc une syphilis acquise par contagion dès la naissance ne peut avoir de manifestations constitutionnelles avant la fin du deuxième mois ou le commencement du troisième. Donc, si, avant ce terme, vous rencontrez des manifestations constitutionnelles (par exemple, au cours du premier mois), vous pouvez affirmer sans crainte qu'ils ne sauraient dériver d'une syphilis acquise, qu'ils sont par conséquent le produit d'une syphilis héréditaire.

Un troisième élément de diagnostic entre la syphilis héréditaire et la syphilis acquise nous est fourni par les particularités de la physionomie générale et des accidents morbides de la syphilis acquise.

Sauf des exceptions bien rares, la syphilis héréditaire se distingue cliniquement de la syphilis acquise par une physionomie toute spéciale et par divers accidents non moins spéciaux qui ne laissent place à aucune erreur possible et qu'un médecin quelque peu expérimenté reconnaîtra du premier coup d'œil.

En effet, d'abord, l'enfant qui naît avec une syphilis héréditaire naît souvent avant terme; ou même, s'il vient à terme, il naît souvent avec un développement enrayé, insuffisant, de beaucoup inférieur à la normale. C'est souvent un avorton plutôt qu'un enfant, qui a grand'peine à vivre ou se traîne quelques semaines dans un état de cachexie ou d'agonie lente. Puis, s'il survit, vous savez tous comment il se présente : c'est un petit être rabougri, atrophié, chétif, débile, malingre, présentant l'aspect d'une décrépitude particulière, d'une sénilité lamentable. C'est un simien, un petit vieillard en miniature, à facies ridé, à peau terreuse, bistrée, enfumée, trop grande pour le contenir, flasque et plissée, etc., etc.

Est-ce ainsi que se présente jamais l'enfant qui, né sain, vient à être d'aventure affecté de syphilis? Pas le moins du monde. C'est un enfant comme tous les autres, de développement normal, ordinaire, avec la syphilis en plus. J'accorde que, en certains cas, il puisse être éprouvé rudement par la syphilis et aboutir d'une façon plus ou moins rapide à un état d'athrepsie et de cachexie qui le rapproche à un certain degré du petit syphilitique héréditaire. Mais, d'abord, il n'aboutit à cet état qu'après un certain temps. Puis, ce n'est là qu'un cas particulier et assez rare. Le plus souvent la syphilis acquise de l'enfant est une syphilis bien tolérée, compatible avec la conservation d'un état de santé passable ou même à peu de chose près normal.

Chacun sait qu'il n'existe aucune parité comme gravité, comme pronostic, comme qualité des manifestations locales et plus encore comme atteinte à l'état général entre la syphilis héréditaire et la syphilis acquise. L'une est affreusement grave; l'autre est relativement bénigne.

Donc, au seul point de vue de l'aspect, de la physionomie générale, l'enfant hérédo-syphilitique se distingue absolument et profondément de l'enfant syphilitique par contagion survenue après sa naissance. Il s'en distingue tellement qu'un coup d'œil suffira le plus souvent pour distinguer l'une de l'autre.

En second lieu, la syphilis héréditaire se distingue de la syphilis acquise chez le nourrisson par divers accidents dont les uns lui appartiennent absolument en propre et dont les autres ne sont guère réalisables par la syphilis acquise qu'à terme plus ou moins éloigné.

Citons, parmi les premiers, ces curieuses déformations crâniennes qu'a si bien étudiées mon ami si regretté le professeur Parrot et auxquelles il a donné le nom de crâne natiforme; ces protubérances frontales, ce front olympien que présentent parfois nos petits hérédo-syphilitiques; ces déformations nasales telles que l'écrasement du nez à sa base; l'hydrocéphalie, etc., etc.

Citons parmi les accidents du second groupe : 1° ces syphilides profuses de forme ulcérative, couvrant parfois toute une région ou plusieurs régions :

Exemple : ces syphilides ulcéro-croûteuses en nappe qui couvrent parfois tout le visage de l'enfant d'un masque noir, hideux et repoussant; ou bien encore ces syphilides papulo-excoriatrices, à rayons fissuraires qui encadrent toute la bouche, etc.; 2° les éruptions pemphigoïdes, notamment ce pemphigus si caractéristique des extrémités; 3° ces péri-onyxis multiples qui encadrent tous les ongles; 4° accordons aussi une mention toute spéciale à ce fameux accident de syphilis congénitale, le coryza; à l'otorrhée purulente; à la kératite interstitielle d'Hutchinson; aux lésions osseuses; à ces dislocations de l'épiphyse et de la diaphyse, d'où dérivent parfois ces curieuses pseudo-paralysies infantiles des membres; sans parler aussi des lésions viscérales qui s'ajoutent parfois à ce tableau.

Eh bien, est-ce que la syphilis acquise produit rien de tout cela, au moins à l'époque où nous avons à l'envisager ici? Non certes. Aucun de ces accidents ne rentre dans son cadre. Tout cela est du domaine de la syphilis héréditaire et lui appartient exclusivement. Et notez bien, je vous prie, qu'il n'y a pas d'équivoque possible sur les divers points

qui composent le parallèle que je viens de vous tracer entre la syphilis héréditaire et la syphilis acquise. Tout cela ressort de la clinique, tout cela est déduit de l'observation. Il n'est pas de contradiction possible à introduire ici dans le débat.

Présentez à n'importe quel médecin ayant quelque expérience de la syphilis, un enfant de quelques semaines, offrant ce masque spécial de « petit vieux » que je vous signalais tout à l'heure, cette atrophie générale, avec des pemphigus aux extrémités, avec du jetage nasal, avec du syphilides ulcéro-croûteuses de la face, avec une pseudo-paralysie d'un membre, etc., etc., et demandez-lui : Qu'est-ce que cela? Sans hésitation, ce médecin vous répondra : Cela, c'est de la syphilis, et de la syphilis héréditaire. L'évidence est formelle, absolue.

Et si vous insistiez, en disant à ce médecin que « peut-être bien, à l'audience, on s'efforcera de rattacher ces accidents à une syphilis récemment contractée par le nourrisson », ce médecin, choqué dans son bon sens clinique et dans ses convictions d'observateur, se bornerait à répondre : Soit! un tel argument aura peut-être quelques chances de succès à l'audience dans la bouche d'un avocat aux abois, parce qu'on peut tout dire à l'audience, alors qu'on parle à des gens dont le métier n'est pas d'observer des malades. Mais attribuer de tels symptômes à une syphilis acquise et récente est un non-sens clinique, une hérésie médicale qui ne supporte pas l'examen et ne mérite pas discussion.

Tels sont les trois ordres de signes que vous aurez à consulter dans votre expertise pour instituer le diagnostic différentiel d'une syphilis héréditaire et d'une syphilis acquise.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 juin 1885. — Présidence de M. Vidal.

COMMUNICATIONS

Ulcération du voile du palais. — **M. Féréol** donne des nouvelles de la malade dont il a parlé dans la dernière séance (voy. *Gazette des hôpitaux*, p. 573). Il l'a soumise d'abord, pendant huit jours, à un traitement par l'iodure de potassium. Il l'a présentée à M. Cornil qui n'a pas trouvé de bacilles et qui ne voit aucune raison de croire à la syphilis plutôt qu'à une affection de toute autre nature. Dans ces huit derniers jours, la lésion restant stationnaire, il a eu recours au traitement spécifique, frictions mercurielles et 6 grammes d'iodure de potassium. Ce traitement a été bien supporté. Mais la lésion paraît plutôt s'étendre et le traitement paraît avoir exercé une influence fâcheuse sur l'enfant qu'allaite la malade.

M. Vidal croit qu'il vaudrait mieux s'en tenir au mercure seul et que c'est surtout à l'iodure de potassium qu'il faut attribuer l'influence fâcheuse constatée chez l'enfant. Il pense que l'existence de la lésion peut être due à une nécrose osseuse.

M. Féréol fait observer que c'est plutôt le mercure qui paraît avoir influencé l'enfant; car, tant qu'il n'a donné que l'iodure, l'enfant n'a présenté aucun trouble. Il n'ajoute pas qu'il n'y a certainement pas de nécrose osseuse.

M. Fernet lit un éloge de Gueneau de Mussy, qui est accueilli par des marques unanimes d'approbation.

M. le Président, après avoir remercié M. Fernet au nom de la Société, l'informe qu'une souscription est ouverte pour faire faire un buste en bronze de Gueneau de Mussy. (Voir aux nouvelles.)

Inoculation tuberculeuse. — **M. Merklen** communique l'observation d'une femme de vingt-six ans, sans antécédents tuberculeux héréditaires ou personnels, qui a soigné pendant six mois son mari mort phthisique, partageant son lit, subissant beaucoup de fatigue, restant d'ailleurs bien portante. Deux mois après la mort de son mari, elle vit apparaître de petits boutons sur le médius et l'index de la main droite, bientôt suivis de nodosités à la face antérieure de l'avant-bras. Les mêmes lésions apparurent bientôt sur le dos de la main et la région externe de l'avant-bras. La malade ne souffrait pas; mais elle commençait à maigrir. Bientôt ces lésions présentèrent tous les caractères du tubercule anatomique, de la gomme tuberculeuse cutanée. On y trouva les bacilles de Koch. L'auscultation des deux poumons révèle des signes d'infiltration tuberculeuse.

M. Merklen croit qu'il s'agit là d'une véritable inoculation tuberculeuse par suite du contact des doigts avec les vêtements, les crachats du malade mort tuberculeux; puis d'une tuberculose pulmonaire secondaire. Cette opinion a d'ailleurs été confirmée par M. Besnier qui a examiné cette malade.

M. Vidal a observé un fait analogue, mais qui diffère du précédent en ce sens que les tubercules cutanés ont apparu secondairement à la tuberculose pulmonaire.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XLVIII

16 août 1813. — Le maréchal s'engage dans les sentiers des champs et des vignes pour aller rejoindre le gros de l'armée vers Tarragone. Dans la matinée nous rentrons dans cette place, à la grande surprise et à la satisfaction de la garnison. L'ennemi ne s'est nulle part opposé à notre marche; on apprit que l'armée anglaise se concentrait à Cambrils et au col de Balaguer; le maréchal ne jugea pas à propos d'aller l'y attaquer.

17 août. — On apprend que le général Robert, gouverneur de Tortose, a fait une sortie contre l'ennemi auquel il a fait des prisonniers et brûlé un pont de bateaux établi sur l'Èbre.

18 août. — On a repris les travaux pour la destruction des fortifications de Tarragone; on charge les mines, on jette à la mer boulets et munitions, on mutile les canons, on tire à bout portant avec des pièces de 24 sur le corps même des canons dont on brise aussi les oreillons, on entasse les affûts et les bois de construction pour les livrer aux flammes, les fusils sont brisés, les bombes disposées pour les faire éclater, enfin on emploie tous les moyens capables de détruire ce que nos habiles généraux savaient naguère si bien conserver et utiliser pour le succès de nos armes.

19 août. — Ordre général d'évacuer la place à six heures du soir, heure fixée pour le feu aux mines. Afin d'être témoin de ce spectacle terrible, j'allai me placer sur le mont Olivo. Ces murs, ces tours, ces bastions dont la prise coûta, il y a deux ans, tant de sang aux soldats des deux nations, je les vis s'écrouler en quelques instants au milieu d'explosions épouvantables; d'épaisses colonnes de fumée, de vastes gerbes de feu s'élevaient de toutes parts sur différents points de la ville, avec un fracas infernal qui ébranlait le sol jusqu'au rocher qui me servait d'observatoire; je n'assistai du reste qu'au début de cette scène extraordinaire qui se prolongea jusqu'au lendemain matin; pendant le défilé d'une de nos colonnes entre la ville et l'aqueduc, trois soldats furent victimes de l'explosion d'une mine creusée sous ce dernier édifice.

Nous rejoignîmes péniblement la route maritime encombrée d'hommes, de chevaux, de fourgons, etc.; à la pointe du jour, nous arrivons à Vendrell d'où l'on entendait encore les détonations qui réduisaient la fière Tarragone en un monceau de ruines.

22 août. — Nous avions laissé Villafranca sans garnison, l'en-

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 juin 1885.

nemi s'y était présenté pendant notre absence et s'était borné à s'emparer des armes d'une centaine de malades confiés aux soins des médecins de la ville.

23 août. — La disette de vivres se fait sentir d'une manière alarmante; l'hôpital est encombré de malades; les maladies n'ont heureusement aucun mauvais caractère, ce sont des fièvres intermittentes bilieuses dont nos troupes paraissent avoir contracté le germe pendant leur séjour sur les bords du Xucar et près des rizières de Valence. Nous sommes avisés de nous tenir prêts à partir.

24 août. — A la pointe du jour, toute l'armée prend la route de Barcelone; on fait halte au col d'Ordal qui est la crête de la montagne, passage très facile à défendre et dont l'ennemi a très souvent profité. On descend pendant deux heures par une belle route, on traverse plusieurs ponts établis sur de profonds ravins. A l'issue des montagnes, on passe la rivière de Llobregat sur un grand pont que notre armée a fortifié et qui conduit à Molinos del Rey. Une demi-heure après, on arrive à San Felice de Llobregat, résidence provisoire du quartier général.

26 août. — San Felice est un assez beau village traversé par la grande route; les femmes et les enfants s'y occupent beaucoup à faire du point de perruque noir, simple ou brodé. Les productions de la campagne sont fort variées : froment, maïs, millet, chanvre, blé noir, vigne, oliviers, arbres fruitiers, peupliers. C'est dans cette localité et dans les montagnes d'Ordal que j'ai aperçu les premiers *chênes rouvres;* ils n'y sont pas communs.

27 août. — Le nombre des malades s'étant beaucoup accru dans les hôpitaux de Barcelone, j'y suis appelé pour coopérer au service sanitaire. La route qui conduit à la capitale de la Catalogne traverse une campagne aussi remarquable par sa culture que par le grand nombre de villages, de fermes, de maisons de plaisance qui la peuplent. Je n'ai rien vu en Espagne qui approche de la beauté de ce pays. Je suis logé dans la maison d'un docteur récemment décédé.

Séjour à Barcelone.

10 septembre. — Pendant la nuit dernière, un escadron du 4e régiment de hussards et un bataillon d'infanterie qui formaient nos avant-postes au village de Palleja, au delà du pont de Molinos del Rey, se sont laissé surprendre par la guérilla de Manso; nous y avons perdu 80 chevaux et une soixantaine d'hommes tués ou faits prisonniers. Chaque jour nous faisons des pas rétrogrades dans l'art de faire la guerre; trop confiants dans nos succès passés, trop persuadés que nous n'avons plus rien à apprendre et rien à oublier, habitués à dédaigner un ennemi qui cependant s'aguerrit de jour en jour, et qui nous donne de temps en temps des leçons humiliantes, nos officiers restent dans une coupable sécurité, la discipline du soldat se relâche d'une manière bien alarmante. Quand on observe froidement et sans passion, il est facile de constater des symptômes de démoralisation et de décadence dans notre armée.

13 novembre. — L'armée anglo-espagnole réunie dans le Panadès faisait depuis quelques jours des démonstrations indiquant une attaque générale prochaine. Le maréchal Suchet résolut de prévenir cette attaque par un mouvement offensif. Dans la nuit du 12 au 13, nos troupes se portèrent directement vers le col d'Ordal où les Anglais avaient établi deux redoutes; tandis qu'une division de l'armée impériale de Catalogne devait tourner la position de l'ennemi et se rendre, dès la pointe du jour, à Villafranca. La division Harispe, qui formait notre avant-garde, eut à peine passé le pont de Molinos pour s'enfoncer dans les montagnes, que les postes ennemis commencèrent la fusillade en se repliant vers le col; on décida d'enlever les redoutes à la baïonnette; la résistance de l'ennemi fut vigoureuse, opiniâtre; elle eût peut-être déconcerté notre audace si l'élan donné par quelques-uns de nos officiers et notamment par les commandants Bugeaud et de Feuchères n'eût fait surmonter tous les obstacles. Après un engagement des plus chauds où l'ennemi fit preuve d'un grand sang-froid, nous restâmes maîtres de la position. Le terrain était jonché de cadavres et de blessés anglais; notre perte fut de beaucoup inférieure à la leur. La clarté de la lune favorisait l'attaque de nos soldats en mettant à découvert les redoutes et en rendant possible un feu concentrique, tandis que les inégalités du sol les dérobait à la vue de l'ennemi; cependant celui-ci se retira avec ordre et alla se ranger en bataille à l'issue des défilés de la montagne. L'attaque reprit au milieu du jour; l'avantage resta d'abord indécis; un escadron de nos dragons, chargé avec impétuosité par les hussards de Brunswick, fut obligé de se replier; le commandant fut fait prisonnier; mais bientôt, renforcés par le 4e hussards qui avait à venger l'affront de Palleja, nos cavaliers reprirent le dessus, l'ennemi fut mis en désordre, quatre pièces d'artillerie attelées furent prises. Le général Harispe voulait saisir ce moment pour renouveler la charge, mais le chef de l'armée ne fut pas de cet avis. La division de l'armée de Catalogne ne se rendit qu'après coup à Villafranca, de telle sorte que l'ennemi eut le loisir de se rallier au delà de cette ville et d'exécuter sa retraite sur Tarragone. Le résultat de cette affaire fut, outre la prise de quatre pièces d'artillerie, celle de 600 prisonniers anglais dont 200 sont blessés. Notre perte fut minime.

17 août. — Le maréchal rentre à Barcelone; nos troupes reprennent leurs positions primitives.

18 septembre. — Un colonel anglais arrive pour traiter de l'échange des prisonniers.

16 octobre. — Plusieurs familles quittent la partie de la Catalogne occupée par nos troupes pour se réfugier à Tarragone, à Reus et dans d'autres villes où le commerce peut mieux assurer leur subsistance. On dit que, dans les Baléares, beaucoup de familles prennent le même parti à cause de la cherté des vivres dans ces îles.

20 octobre. — Un fourrage de la division Musnier, composé de 200 cavaliers et d'un bataillon d'infanterie a été attaqué par deux régiments espagnols; dans cet engagement, l'ennemi a perdu 40 hommes; nous avons eu 8 hommes hors de combat.

10 novembre. — L'armée d'Aragon et celle de Catalogne sont réunies en une seule, sous le commandement du duc d'Albuféra.

13 novembre. — Départ du maréchal pour Girone.

1er décembre. — Dans la nuit dernière, une partie de nos troupes s'est porté rapidement vers Villafranca; on avait espéré y surprendre les Anglais; mais, malgré toutes les précautions prises pour cacher cette expédition, l'ennemi a été instruit à temps et s'est retiré vers Tarragone; on n'a pu que faire quelques prisonniers et s'emparer d'un magasin de souliers. Nos troupes sont rentrées dans leurs cantonnements.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

180. M. MASINGUE. De la plaie de l'estomac par arme à feu. — 181. M. ROSIÈRE. Contribution à l'étude de la dilatation forcée appliquée au traitement des hémorrhoïdes. — 182. M. DURIAU. De la taille biliaire. — 183. M. MONTAGNE. Contribution à l'étude de l'alimentation envisagée au point de vue physiologique, et en particulier à l'hôpital et dans les établissements de la ville du Havre. — 184. M. THALINGER. Des kystes du vagin et particulièrement des kystes de la paroi antérieure. — 185. M. FRANC. Influence de la position de la femme dans le traitement des déviations en arrière de la matrice.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société médicale des hôpitaux, dans sa dernière séance, a ouvert une souscription pour faire faire un buste en bronze de M. Gueneau de Mussy. Elle a élu, à cet effet, un comité d'organisation composé de MM. Féréol, Huchard et Fernet.

— Par décret, en date du 27 juin 1885, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — (Choix.) M. Czernicki, secrétaire du comité consultatif de santé. — Est maintenu audit comité.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Pons. — Est maintenu aux hôpitaux de la division d'Alger.

Au grade de médecin-major de deuxième classe — M. Noël. — Est maintenu à l'École de Saint-Cyr.

(Choix.) M. Redon. — Est maintenu à l'École polytechnique.

— Par décret, en date du 22 juin 1885, MM. les pharmaciens diplômés de première classe Dupuy, Jacquin, Terlod, Ferry, Gayme, Bocquillon, Mallot, Granier, Armengeat, Dupain, Massol, Coillot, Held, Decesse, Dupuch, Abbes, Chardeyron, Dumas, Aubert, Guillot, Garrigue, Grandsire, Jeannon, Bernard, Guilliot, ont été nommés au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe dans la réserve de l'armée de terre.

— Les questions données au concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris, sont :

a. Pour l'épreuve opératoire : 1° ligature de l'artère humérale à la partie moyenne du bras ; amputation de la jambe au lieu d'élection ; 2° ligature de l'artère radiale à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'avant-bras ; amputation du premier métatarsien avec le gros orteil.

b. Pour l'épreuve orale : 1° les kystes des maxillaires ; 2° le genu valgum ; 3° la cataracte traumatique.

MM. Garnier, Jarjavay, Labbé et Ramonat s'étant retirés du concours, les candidats restent seulement au nombre de seize.

— *Faculté des sciences de Poitiers.* — M. Ernest Durrande est nommé préparateur de physique à la Faculté des sciences de Poitiers, en remplacement de M. Morillon, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Merz, suppléant d'anatomie et de physiologie, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, en remplacement de M. Vincent, appelé à d'autres fonctions.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Baudrimont, professeur de pharmacie chimique, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1884-1885, par M. Chastaing, agrégé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18027.

N° 76. — JEUDI 2 JUILLET 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 2 JUILLET 1885. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration. 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'ordre du jour est si peu chargé que l'Académie s'est décidée à supprimer entièrement, au lieu de la remettre au lendemain, la séance du second mardi de juillet, tombant le 14.

Espérons que c'est là un acheminement vers le système des vacances, que jusqu'ici la majorité repoussait, on ne sait pourquoi.

Être censé tenir séance quand la salle est à peu près vide, quand le bureau n'est représenté par aucun de ses membres élus, — ainsi qu'il arrive souvent à partir de la mi-juillet, — quand on ne trouve plus que de loin en loin, à grand'peine, quelque orateur ou quelque lecteur assez dévoué pour élever la voix dans ce désert : est-ce bien rehausser l'éclat d'une assemblée, qui paraît alors perdre le souffle, après s'être montrée pleine de vie durant neuf mois?

Aujourd'hui on a entendu une lecture de M. Nicaise et deux rapports de M. Constantin Paul. Nous en donnons le résumé plus loin.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

I. Abcès de la cuisse. — II. Carie des cartilages costaux, fistule persistante.

I. Parmi les opérations que nous avons à pratiquer aujourd'hui, nous avons l'ouverture d'un vaste abcès de la région postérieure de la cuisse pour lequel il a déjà fallu intervenir deux fois. Dans chacune d'elles, on a évacué au moins 700 à 800 grammes d'un pus verdâtre, phlegmoneux, sans flocon. Mais quelque soin qui ait été donné au foyer, ses parois ne se sont pas rapprochées, et une nouvelle collection purulente s'est formée. Aussi aujourd'hui n'est-ce plus à une simple ponction avec aspiration que nous aurons recours comme les deux premières fois.

Mais à quelle nature d'abcès avons-nous affaire? A un abcès froid ossifluent ou à un abcès non symptomatique?

Il ne me paraît pas qu'il s'agisse ici de quelque abcès symptomatique, de quelque abcès venant de l'articulation de la hanche, puisque la malade marche assez facilement. Il ne provient pas non plus du bassin, je n'ai rien trouvé dans l'excavation pelvienne, non plus par le palper que par le toucher rectal, et par aucun mode d'exploration. Peut-être viendrait-il de quelque point extérieur du bassin ; mais là-dessus je ne puis rien dire, car partout où je touche la malade, au niveau du phlegmon, celle-ci crie et se plaint de souffrir très vivement. En somme, il ne m'est pas possible de déterminer l'origine véritable du foyer purulent. J'espère cependant que nous nous trouvons en face d'un abcès froid simple, développé dans la partie supérieure de la cuisse, sans néanmoins en pouvoir indiquer la cause.

Dans ces conditions, que devons-nous faire? Commencer par agir comme s'il s'agissait d'un abcès simple non symptomatique, c'est-à-dire non plus ponctionner le foyer comme les deux premières fois, mais inciser les téguments avec le thermo-cautère, afin de réduire au minimum l'écoulement du sang, de stimuler aussi la plaie et empêcher la réunion de ses bords de se faire trop rapidement. Après avoir ainsi évacué le liquide et fait un fort lavage antiseptique du foyer purulent, je procéderai au grattage de la membrane pyogénique, ou mieux à son abrasion, autrefois on eût dit pour avoir une plaie fraîche, aujourd'hui on dira pour la destruction de tous les bacilles qui pourraient se trouver dans son épaisseur. En effet, si, selon les théories modernes, les bacilles sont la véritable cause de la tuberculose et les véritables agents de sa transmission, il est certain que tant que leur présence dans les parois du foyer persistera, la malade ne pourra pas guérir.

Mais si, chemin faisant, nous reconnaissons que le tissu osseux lui-même est envahi, qu'il est malade, j'en ferai aussi l'abrasion en évidant la portion atteinte.

Des accidents consécutifs sont possibles : tout d'abord, quelque perte de sang d'autant plus considérable que nous opérerons dans une région où nous rencontrerons de grosses artères et un plexus vasculaire important; de là la nécessité d'une opération rapidement faite. Comme pansement antiseptique nous aurons recours au sublimé, à une solution de deutochlorure de mercure au millième.

P. S. — L'opération a été faite comme elle avait été indiquée. Le foyer purulent a été ouvert, ses parois grattées,

abrasées. L'examen microscopique n'a décelé la présence d'aucun bacille. La malade a été aussi bien que possible, malgré certains accidents survenus dès le soir de l'opération. Ces accidents ont été des vomissements, lesquels ont persisté jusqu'à hier matin et paraissent être le résultat du pansement avec le sublimé. Les gencives présentent d'ailleurs un liséré gris et l'haleine a une odeur nettement mercurielle. Nous avons dès hier supprimé le pansement mercuriel en le remplaçant par un pansement avec l'alcool; les vomissements se sont arrêtés; mais d'autre part la température s'est relevée de 37 à 39 degrés. Notre intention est, après vingt-quatre heures de repos, de reprendre le pansement au deutochlorure de mercure jusqu'à ce que de nouveaux accidents se produisent, auquel cas nous le supprimerons définitivement.

II. Notre seconde malade est une femme de quarante-neuf ans, d'habitude bien portante, pourvue d'un certain embonpoint, au facies assez coloré, enfin qui ne tousse jamais.

Il y a un an, elle éprouva quelques douleurs du côté du sternum, douleurs suivies au bout de peu de temps de l'apparition d'un abcès. C'est alors qu'elle vint à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Le Fort, remplacé provisoirement par M. Reclus. Ce dernier dut ouvrir deux fois successivement l'abcès; mais bientôt remplacé à son tour par M. Kirmisson, ce chirurgien reconnut l'existence d'une lésion osseuse et retira une portion de côte de la longueur du petit doigt, parfaitement cariée. Ceci se passait au mois de mai ou juin de l'an dernier.

Depuis lors la petite plaie ne s'est jamais fermée, un trajet fistuleux s'est formé et a persisté jusqu'à présent, donnant lieu à un suintement purulent très irritant pour la peau qui s'en trouve continuellement mouillée.

C'est dans ces conditions d'une fistule persistante qu'après avoir quitté l'hôpital pendant plusieurs mois, elle est revenue dans notre service, il y a environ cinq ou six semaines.

Depuis une trentaine de jours environ, nous avons pansé sans résultat la plaie par la méthode antiseptique. A plusieurs reprises j'avais sondé la plaie sans rien trouver de particulier, lorsque, hier, dans une nouvelle exploration, mon stylet a rencontré, au fond du foyer, un certain degré d'induration. Ce n'est pas que cette dureté soit analogue à celle qu'offrirait le tissu osseux, mais une sorte de dureté élastique comme celle que présenteraient les cartilages costaux.

Or la plaie est située au niveau du cartilage des septième, huitième et neuvième côtes. Il est donc possible que ce soit là que siège la lésion véritable, primitive, laquelle entretiendrait la suppuration qui s'écoule par la fistule en question.

C'est alors que je me suis demandé si nous n'avions pas affaire à quelque diathèse tuberculeuse ou scrofuleuse. Heureusement il n'en est rien; cette femme est très bien portante, à part sa lésion costale, et l'examen des viscères ne m'a rien fait découvrir ailleurs.

Je vais donc, tout à l'heure, explorer chez elle le fond de la plaie en incisant avec le thermocautère jusqu'à ce que j'arrive sur le cartilage. Si, comme je le suppose, il est malade, j'en ferai la résection ou le grattage selon l'état dans lequel je le trouverai.

En somme, il s'agit d'une opération facile, mais ennuyeuse en ce sens que l'on ne peut pas en tracer le plan à l'avance.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Épanchement pleurétique séro-fibrineux; thoracentèse.

Je vous parlerai aujourd'hui du malade couché au n° 1 de la salle des hommes, auquel nous avons fait la thoracentèse samedi dernier.

Cet homme a quarante-trois ans; il est scieur de pierres, habitué par conséquent à un travail pénible en plein air. Au mois de janvier dernier, il entra à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. Ferrand, pour une pleurésie du côté gauche. Au bout de quelque temps, il se trouva assez bien pour reprendre son travail. Mais peu à peu la respiration redevint difficile, et, il y a trois semaines, il éprouva les mêmes phénomènes qu'au début de sa maladie, c'est-à-dire un étouffement assez considérable, la perte de l'appétit, une assez grande faiblesse, enfin l'impossibilité de travailler. C'est alors qu'il s'est décidé à entrer, il y a six jours, le 6 de ce mois, dans nos salles.

A son arrivée, nous constatons une respiration accélérée, un tirage considérable, une dyspnée tellement intense qu'elle l'empêche de dormir, de se coucher même, et qu'elle menace sa vie. Il n'y a pas eu de point de côté, si ce n'est, la veille de son entrée à la Charité, une très légère douleur à la base de la poitrine du côté gauche. L'examen du thorax nous montre une déviation à gauche avec saillie très prononcée à la base, ou mieux à partir du tiers inférieur, saillie telle que les espaces intercostaux paraissent élargis et que les côtes ne sont plus apparentes. On observe, en plus, un léger œdème de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané de ce même côté. Enfin la mensuration de la poitrine donne à la partie moyenne une différence en plus de 3 centimètres pour la moitié gauche, et de 5 centimètres à la base. Du côté droit, au contraire, il semble qu'il existe une certaine dépression, laquelle serait la conséquence d'une ancienne pleurésie de ce côté.

A la percussion, on constate à partir des deux tiers inférieurs de la poitrine, du côté gauche, une matité très prononcée, l'absence de vibrations thoraciques, un silence absolu, le murmure respiratoire aboli, un bourdonnement très léger de la voix, pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone. Au-dessus du niveau où s'arrête la matité, la respiration est normale, sans souffle exagéré ni bruit skodique. En avant seulement on perçoit un léger frottement au niveau où la poitrine commence à résonner.

Du côté droit, la respiration est normale, sauf tout à fait à la base où le murmure est un peu faible, ce qui tient très probablement à l'existence d'adhérences anciennes.

Fièvre modérée, 38°,5, 92 pulsations, 44 à 50 respirations, dyspnée extrême.

Tel était l'état de notre malade à son arrivée à l'hôpital, état dont le diagnostic était des plus faciles : épanchement pleurétique gauche occupant les deux tiers inférieurs de la poitrine, non en rapport avec l'intensité de la dyspnée et avec la saillie du thorax du côté gauche. Ce défaut de relation nous conduisait à admettre l'existence de quelque obstacle s'opposant à l'extension de l'épanchement vers les parties supérieures de la plèvre, soit des adhérences limitant l'épanchement, l'enkystant pour ainsi dire.

D'autre part, il était nécessaire d'examiner l'état du cœur, de constater s'il n'était pas gêné par l'épanchement pleurétique, si quelque syncope grave n'était pas à redouter. Les bruits du cœur étaient faibles, mais ils étaient perceptibles;

on n'entendait à gauche qu'un seul son qui semblait la réunion des deux bruits; tandis qu'en haut et à droite on percevait un second bruit, de sorte qu'il semblait au premier moment qu'il y eût un déplacement considérable de l'organe cardiaque.

L'œdème des parois thoraciques et l'absence de pectoriloquie aphone auraient pu nous faire penser qu'il s'agissait d'un épanchement purulent. Cependant je crus bien que nous aurions affaire à un liquide transparent, à une sérosité fibrineuse (d'ailleurs la loi de Baccelli compte de nombreuses exceptions), d'autant plus que notre malade ne présentait pas de phénomènes généraux adynamiques, pas de fièvre, pas de frissons le soir, ni transpirations, point d'abattement, ni de subdelirium, mais une intelligence parfaitement conservée.

En un mot, je diagnostiquai donc l'épanchement d'un liquide séro-fibrineux enkysté dans la partie inférieure de la plèvre gauche avec déplacement du cœur, non aussi considérable que les battements pouvaient le faire supposer, lesquels à droite correspondaient à une dilatation aortique.

La thoracentèse, formellement indiquée par l'état de suffocation du malade, a confirmé le diagnostic.

Pour moi, la thoracentèse est un moyen de traitement exceptionnel, auquel on ne doit avoir recours que lorsque les indications en sont formelles. Elle n'est pas une opération réellement innocente, elle a été parfois suivie de mort subite pendant l'écoulement au dehors du liquide pleural. Quelquefois aussi une sécrétion bronchique est venue aggraver l'état du malade. Elle n'est pas innocente enfin, puisque le liquide est quelquefois devenu purulent après l'opération, de séro-fibrineux qu'il était jusque-là, transformant ainsi une pleurésie séro-fibrineuse en pleurésie purulente.

Ce sont ces trois faits : la mort subite, la sécrétion bronchique, et la purulence de l'épanchement qui m'ont conduit à m'opposer à toute thoracentèse dont les indications ne sont pas formelles. J'insiste là-dessus parce qu'il y a peu d'années on faisait la thoracentèse presque pour tout épanchement pleurétique; aujourd'hui on la pratique un peu moins souvent, mais encore trop cependant à mon gré.

Les indications précises de la thoracentèse sont : 1° un épanchement très considérable, et encore faut-il savoir attendre un peu, et savoir aussi que l'épanchement a résisté à tout traitement rationnel; 2° la suffocation du malade, une dyspnée intense, croissante, alors même que l'épanchement n'est pas encore extrêmement considérable; 3° un déplacement considérable du cœur, pouvant faire redouter quelque syncope léthale au moindre effort ou mouvement du malade.

Telles sont les trois indications, à part lesquelles la thoracentèse n'existe pas pour moi : je parle seulement, bien entendu, des épanchements séro-fibrineux.

Chez mon malade, la saillie thoracique gauche me paraissait bizarre, et je disais qu'en pareille circonstance il était prudent de faire d'abord une ponction exploratrice comme un moyen de diagnostic différentiel entre une tumeur solide et un épanchement pleural.

Nous avons fait cette ponction par le procédé de M. Potain, et nous avons retiré 1 500 grammes d'un liquide séro-fibrineux contenant quelques rares leucocytes, d'un liquide inflammatoire ordinaire. Le soulagement a été immédiat, il se prononçait au fur et à mesure que le liquide s'écoulait, et la respiration devenait plus libre. Depuis lors, l'amélioration a persisté, la matité n'existe presque plus, la sonorité et le murmure respiratoire lui ont succédé, et, depuis samedi, jour de l'opération, le liquide ne s'est pas renouvelé.

Quant au cœur, s'il avait été déplacé réellement en haut et à droite, comme les bruits semblaient l'indiquer, il serait revenu à sa place dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui ont suivi l'opération. Or il présente les mêmes signes physiques qu'auparavant; à la région précordiale les deux bruits sont normaux, tandis qu'à droite, dans le troisième espace intercostal existe un souffle unique intense, et à la main on sent quelques battements. Il y a là, en somme, deux foyers de bruit : le premier appartenant au cœur lui-même; le second à une dilatation aortique d'autant mieux prouvée que notre malade a des artères flexueuses athéromateuses.

Quant au pronostic, d'après ce qui s'est passé depuis l'opération, nous avons toute espérance dans la guérison de notre malade et dans la non-récidive de l'épanchement. Cependant, si celui-ci avait quelque tendance à se reproduire, nous prescririons l'application de vésicatoires sur la poitrine en même temps que nous lui donnerions de la teinture de digitale, du sirop diacode et une bonne alimentation.

J'ajoute seulement deux mots en terminant, pour vous dire que, dans la thoracentèse, l'appareil auquel je donne la préférence est celui de M. Potain, comme étant plus prompt et plus innocent.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Hystérectomie vaginale.

Dans ces dernières années, l'ablation totale de l'utérus par le vagin a rallié des partisans, grâce aux perfectionnements qui ont été apportés à la méthode opératoire et aux pansements. Il est indubitable, en effet, que l'on ne peut attribuer le peu de succès des opérations de Récamier et Lisfranc qu'à l'insuffisance des moyens dont on disposait à cette époque.

Nous avons eu quatre fois l'occasion de pratiquer cette opération à Paris : une fois pour un fibrome interstitiel; deux fois pour l'ablation de sarcomes; une fois pour un épithélioma. Les trois premières malades ont guéri sans présenter aucune complication; la dernière a succombé à l'épuisement dû, en partie, à la longue durée de l'opération, et surtout à la faiblesse où l'avaient réduite des hémorrhagies antérieures.

C'est en octobre 1882 que j'ai fait pour la première fois cette opération sur une femme âgée d'une soixantaine d'années. L'observation de cette malade jointe à celles des deux autres malades que j'ai opérées dans la même année a fait l'objet d'une clinique qui a été présentée à l'Académie de médecine dans la séance du 3 juillet 1883.

Le manuel opératoire que nous avons appliqué a été longuement décrit à ce propos, et comparé avec ceux des divers chirurgiens qui, à cette époque, avaient comme nous pratiqué cette opération.

Voici en quoi consiste notre procédé :

Le vagin ayant été préalablement lavé avec une solution de sublimé à 1/1000e, nous le dilatons le plus largement possible au moyen de valves coudées à manche qui sont maintenues par des aides; puis, saisissant le col avec des

pinces à mors dentés, nous disséquons circulairement la portion du vagin qui l'entoure. Nous poursuivons ensuite la dissection à la surface externe de l'utérus à travers le tissu cellulaire sous-péritonéal, et, pour faciliter ce temps de l'opération, nous coupons le col sur les deux côtés de façon à mieux apprécier l'épaisseur des parois de l'organe. Nous continuons ainsi jusque sur les culs-de-sac péritonéaux, le postérieur d'abord, l'antérieur ensuite, qui servent à leur tour de points de repère pendant que, sur les côtés, la dissection est faite régulièrement à travers la base des ligaments larges.

Toutes ces manœuvres opératoires seraient rendues difficiles par la perte de sang provenant des artères utéro-vaginales, si nous n'avions soin de faire l'hémostasie successivement avec nos longues pinces hémostatiques.

C'est surtout au moment où l'on détache les ligaments larges de la surface utérine qu'il faut redoubler de précaution et de rapidité pour faire le pincement des vaisseaux artériels et veineux. Au cours de l'opération, on peut imprimer à l'utérus de petits mouvements de bascule dans un sens ou dans l'autre pour faciliter la dissection.

Lorsque l'utérus est enlevé, nous avons l'habitude d'attirer l'ovaire et la trompe de chaque côté, et de les lier en laissant au besoin sortir les fils en dehors de la vulve. Il est rarement utile de faire d'autres ligatures, les principaux vaisseaux du ligament large se trouvant liés du même coup; si, d'ailleurs, quelque vaisseau continuait à saigner, on n'aurait qu'à laisser une pince hémostatique à demeure pendant vingt-quatre heures.

L'opération terminée, il reste, au fond du vagin, une plaie constituée d'un feuillet inférieur, qui n'est autre que la muqueuse du vagin; d'un feuillet supérieur, le péritoine; et dans leur intervalle, un tissu cellulaire qui les sépare.

Plutôt que de laisser cette plaie ouverte, comme on l'a conseillé, nous préférons affronter les bords dans le sens antéro-postérieur. Dans ce but, au moyen du long chasse-fils que nous avons fait autrefois construire par Mathieu père, nous passons des anses de fil métallique séparées, qui rapprochent à la fois les feuillets vaginal, péritonéal et intermédiaire d'un côté avec les mêmes tissus du côté opposé.

Suivant l'étendue de la perte de substance, on peut mettre de 5 à 20 points de suture.

L'opération terminée, nous nous contentons de faire des lavages répétés avec des liquides antiseptiques (eau phéniquée, solution de sublimé, etc.), et de soumettre les malades au même traitement que les opérées de gastrotomie.

Pour un chirurgien exercé, cette opération est relativement facile et exempte de danger toutes les fois que la tumeur est limitée à l'utérus, mais il n'en est pas de même lorsque l'affection s'est propagée aux tissus voisins, en particulier dans les ligaments larges, comme cela a lieu pour certains épithéliomas; malheureusement, il n'est pas toujours facile de reconnaître cette propagation qui existe quelquefois lors même que le mal paraît bien circonscrit au col de l'utérus.

Pour les fibromes interstitiels de petit volume, qui s'accompagnent d'hémorrhagies dangereuses, rebelles à tout traitement, nous ne craignons pas d'affirmer que l'ablation de l'utérus par la voie vaginale est plus facile et plus utile que celle des ovaires, qui a été préconisée par certains chirurgiens. Nous n'hésitons pas à dire qu'il faudra lui donner la préférence, d'autant plus qu'en pareil cas elle est sûrement à l'abri des hémorrhagies et des dégénérescences de l'organe.

Il est inutile de publier de nouveau ici les observations tirées de notre pratique; elles ont été relatées avec détails dans nos travaux antérieurs.

THÉRAPEUTIQUE

Le phosphate de chaux; son action thérapeutique et son meilleur mode d'administration.

Par M. le docteur P.-L. Guinnet.

Le rôle actif du phosphate de chaux dans l'accomplissement des phénomènes qui concourent au développement des êtres organisés et au maintien de la vie ne fait doute aujourd'hui pour personne.

Dans les végétaux, quoique le ligneux n'en soit pas dépourvu, la matière azotée en contient une quantité considérable. Le chimiste Corenwider avait déjà signalé ce fait dès 1856. « En enlevant, dit-il, par un réactif, la matière azotée des plantes, on leur enlève en même temps tous les phosphates, qui ont une existence indépendante des organes et circulent pour concourir à des phénomènes d'un ordre plus élevé. »

Oui, certes, d'un ordre plus élevé, puisque le phosphate de chaux se concentre abondamment dans la graine, terme ultime de la végétation. Lorsque les agriculteurs s'aperçurent que le poids du blé est en raison de la quantité de phosphate qu'il contient; lorsque Georges Ville eut démontré que ce même blé peut germer et se développer dans un sol privé de phosphate, mais qu'il ne peut produire de graines, la théorie actuelle des engrais prit la place de la vieille routine, le phosphate fut substitué aux fumiers, parce qu'il était plus puissant.

De toutes parts on fouilla le sol; les gisements de phosphate de chaux furent recherchés avec soin. Certaines régions de la France en fournirent de plus ou moins mélangé de terre glaise et de substances inertes; le département du Lot fut reconnu l'un des mieux partagés. Mais c'est dans le sud de l'Espagne, dans l'Estramadure, que l'on trouve encore les gisements les plus précieux; certains terrains en contiennent jusqu'à 90 p. 100. Il y a loin de là aux engrais du commerce décorés souvent du nom de superphosphates, et renfermant beaucoup de substances sans valeur.

Puisque le phosphate de chaux est indispensable aux végétaux pour leur donner la vie, puisqu'il est sans cesse enlevé à ceux-ci pour être condensé dans l'organisme animal, puisque toutes les parties du corps, et particulièrement le squelette des animaux supérieurs en contiennent une énorme quantité, il est donc également précieux pour ceux-ci. La déduction était très simple, et les physiologistes constatèrent facilement que la relation entre la chaleur et l'activité de l'animal, et la quantité de phosphate de chaux qu'il contient était toujours en rapport exact.

Ce fut cependant plus tard qu'il fut établi que les os, leviers vivants, servant d'attaches aux muscles, constituent en plus un réservoir de phosphate de chaux, substance dynamique indispensable dont l'action se fait sentir quand elle est versée dans la circulation.

Chez les femmes enceintes, ainsi que l'a prouvé Ducret, les os s'épaississent, ceux du crâne en particulier; des concrétions, nommées *ostéophytes* par Follin, se forment à la surface du bassin; le phosphate forme ainsi une véritable réserve pour l'accroissement du fœtus; aussi les urines finissent-elles par en être privées.

Lorsque les femmes sont faibles, d'une constitution débile, si l'on n'introduit pas du phosphate dans l'organisme pendant la grossesse, des douleurs vagues se manifestent, l'ostéomalacie survient, une bouffissure que l'on prenait trop souvent jadis pour de la pléthore, ne tarde pas à se manifester.

Dans les fractures des os, l'administration du phosphate avance la consolidation : c'est un fait parfaitement reconnu. Les plaies mêmes sont favorablement influencées par cet agent puissant de la nutrition.

La phtisie trouve un puissant secours dans le phosphate de chaux qui produit toujours l'amélioration du malade et contribue à sa guérison dans les cas où elle est possible. C'est le médicament par excellence des rachitiques, des convalescents, des enfants dont la croissance est lente et la dentition laborieuse. Enfin il n'est pas possible de faire de la thérapeutique efficace sans avoir recours, dans mille circonstances, à ce précieux médicament, à cet *aliment indispensable*.

Sa présence en quantité suffisante entretient la vie et lutte contre les cachexies les plus graves. Son absence, au contraire, amène l'étiolement, le dépérissement et la mort. Ainsi que le fer, il est indispensable à l'organisme; mais, tandis que le fer en excès peut être nuisible, l'abus du phosphate est inoffensif, puisque, pris même en excès, il est éliminé par les urines.

De même que tous les ferrugineux sont précieux, à divers degrés, toutes les préparations phosphatiques peuvent être utilisées. Cependant celle qui agit le plus rapidement et qui est le plus facilement assimilée est la meilleure. Le sirop de phosphate de chaux gélatineux du docteur Reinvillier remplit seul ce double but, ainsi que l'ont démontré, par des expériences multipliées, nombre de praticiens d'une valeur éprouvée.

Le regretté Quevenne, le savant pharmacien de l'hôpital de la Charité, avait, à la suite de ses importants travaux, vu attacher son nom à la préparation du fer réduit par l'hydrogène. Le sirop de phosphate de chaux gélatineux du docteur Reinvillier a pris un rang analogue dans la thérapeutique. Dans tous les cas où l'emploi du phosphate de chaux est indiqué, il n'existe pas de préparation dont l'usage soit aussi répandu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juin 1885. — Présidence de M. Bergeron.

LECTURE

Hygroma de la cuisse à grains riziformes; nature tuberculeuse des hygromas et des synovites à grains fibrineux. — M. NICAISE raconte trois opérations pratiquées par lui le 15 avril, le 5 mai et le 3 juin derniers sur des malades atteints de kystes renfermant des grains riziformes, et qui, à l'examen microscopique pratiqué par M. Poulet, parurent de nature tuberculeuse. Chez des lapins inoculés, soit avec des débris de la paroi de ces kystes, soit avec des portions de grains riziformes y contenus, l'inoculation semble avoir produit un résultat positif.

Voici donc, ajoute M. Nicaise, trois faits d'hygroma ou de synovite à grains riziformes, tous les trois de nature tuberculeuse. MM. Poulet et Vaillard ont observé un quatrième fait dans lequel ils ont encore rencontré des follicules tuberculeux.

En est-il toujours ainsi? L'hygroma et les synovites à grains riziformes sont-ils tous de nature tuberculeuse? Il serait prématuré de l'affirmer. Dans les faits que je viens de rapporter, la nature tuberculeuse est démontrée par le follicule tuberculeux, par le bacille et, je pense, par l'inoculation sur les animaux qui seront examinés en temps utile.

On peut donc croire qu'il existe une inflammation tuberculeuse spéciale des membranes séreuses, qui donne lieu à la formation d'une grande quantité de masses fibrineuses.

C'est un dernier point sur lequel je veux insister.

Non seulement chez la première malade le siège de la tumeur est anormal, non seulement on constate que la lésion est de nature tuberculeuse; mais nous trouvons que le processus inflammatoire qui accompagne les tubercules a quelque chose de remarquable, puisque nous avons comme produit inflammatoire une masse fibrineuse de près de 400 grammes, sans exsudat séreux ni purulent. Il s'agit là d'un mode particulier des rapports de l'inflammation et de la tuberculose. Il n'y a pas simple prolifération des cellules ou diapédèse des globules blancs autour du tubercule. Le microbe pyogène n'est pas venu s'ajouter au tubercule. Il y a autre chose. Le tubercule s'accompagne d'une inflammation qui produit un exsudat considérable de nature fibrineuse.

Il y a quelques mois, un de mes malades, atteint d'arthrite fongueuse du genou avait en même temps, autour de l'articulation, une sorte de gomme tuberculeuse de voisinage mollasse et semi-fluctuante. Je l'incisai pour enlever le foyer tuberculeux et je tombai sur une masse fibrineuse riche, rougeâtre, translucide, remplissant exactement une cavité dont les parois renfermaient des follicules tuberculeux. J'avais cru, au contraire, trouver des fongosités suppurées. C'était en petit ce que j'ai trouvé dans de plus grandes proportions chez ma malade au kyste fémoral. (Comm. : MM. Villemin, Cornil, Trélat.)

RAPPORTS

M. CONSTANTIN PAUL lit :

I. Un rapport sur un mémoire intitulé : *Note sur le respirateur élastique de M. le docteur Basile Feris sur l'emphysème pulmonaire.*

L'appareil de M. Feris est un bandage élastique tout à fait semblable à un bandage inguinal double qu'on met à l'envers, c'est-à-dire les pelotes relevées vers le haut. Les deux ressorts prennent leur point d'appui en arrière sur les côtés de la colonne vertébrale, et les pelotes viennent se placer en avant au niveau de la jonction des cartilages costaux avec les côtes.

Cet appareil a été appliqué par l'auteur sur vingt-sept malades emphysémateux. Il n'y a eu d'insuccès que sur deux vieillards, dont le thorax avait perdu beaucoup de sa mobilité.

M. le rapporteur l'a expérimenté sur lui-même, et il conclut de ses expériences que le respirateur élastique exerce sur la poitrine une pression qui vient suppléer l'action des muscles inspirateurs. Les muscles inspirateurs n'en éprouvent pas de fatigue si la compression est équivalente et non supérieure à la tonicité normale des expirateurs.

Cet appareil doit être placé de manière que ses points d'appui soient sur les côtés de la colonne vertébrale et les points d'action à la hauteur du deuxième espace intercostal, au niveau de la jonction des côtes et des cartilages costaux.

Cet appareil soulage en cas de dyspnée habituelle. Il est encore utile quand la dyspnée est intense; et il ne devient insuffisant que quand la dyspnée est excessive, comme dans certaines attaques d'asthme.

Cet appareil est peu coûteux; il est d'un usage facile; il rend de véritables services.

M. le rapporteur propose : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur; 2° d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

II. Un second rapport sur un mémoire intitulé : *De la coniose biliaire et de ses symptômes*, par M. le docteur Merle.

Il arrive souvent que la lithiase biliaire ne peut être diagnostiquée avec certitude faute d'indications pour aller saisir la gravelle au passage.

M. Merle prétend que les malades atteints de lithiase biliaire sont pris à certains moments de coliques impérieuses suivies de garde-robes répétées coup sur coup, et que, si on examine les garde-robes, on trouve que les matières évacuées, solides d'abord, deviennent de plus en plus liquides et qu'elles contiennent de plus en plus de sable biliaire.

Pour constituer ce sable facilement, M. Merle se borne à ajouter à la garde-robe une certaine quantité d'eau chaude. Cela suffit pour détacher un certain nombre de graviers qui tombent au fond du vase, tandis que les fèces surnagent. Une simple décantation et un lavage permettent d'isoler le sable biliaire.

M. le docteur Merle, qui d'abord observa le fait sur lui-même, l'a ensuite constaté chez d'autres et rapporte dans son travail quatre observations à l'appui de cette thèse.

« Nous devons savoir gré à M. Merle, dit le rapporteur, d'avoir appelé l'attention sur des symptômes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic de la lithiase biliaire plus fréquente sans doute que les gros calculs.

Les observations du docteur Merle sont bien peu nombreuses et son travail n'est qu'une ébauche. »

M. le rapporteur demande donc que l'Académie veuille bien encourager M. Merle à continuer ses recherches. (Adopté.)

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 juin 1885. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Hystérectomie vaginale. — M. TILLAUX communique l'observation d'une malade à laquelle il vient de pratiquer avec succès l'hystérectomie vaginale pour un épithélioma. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 513 et 539.)

M. TERRIER vient de pratiquer la même opération pour un cas analogue et il a également obtenu un succès. Il insiste sur les précautions antiseptiques qu'il a prises : désinfection du champ opératoire plusieurs jours avant l'opération, par des injections de liqueur de Van Sviéten, et par des tampons de gaze iodoformée. Mêmes précautions au cours de l'opération, qui peut être résumée de la façon suivante : emploi des pinces de Museux pour attirer le col à la vulve; emploi des dilatateurs ordinaires pour dilater le vagin; incision de ce dernier dans la demi-circonférence antérieure, ouverture du péritoine, incision du cul-de-sac postérieur; l'utérus ne tenant plus dès lors que par les deux ligaments larges, M. Terrier traversa l'un de ceux-ci par une aiguille munie d'un fil double et lia le ligament large comme on le fait pour le pédicule d'un kyste ovarique ; le fil cassa; il dut en replacer un autre, puis attira l'utérus et sectionna entre lui et le ligament large lié. Il fit de même pour l'autre ligament large, il y eut une légère hémorrhagie par les artères vaginales; il dut en lier trois. Ensuite il ferma le vagin par une simple anse de fil. Il mit dans le vagin un tampon de ouate iodoformée. Les suites de l'opération furent des plus simples. La température ne dépassa pas 38°,5. Le cinquième jour, il retira le tube qu'il avait placé dans la cavité péritonéale. La malade est en voie de guérison.

M. TRÉLAT, devant faire prochainement la même opération, l'a d'abord pratiquée sur le cadavre. Il insiste sur la difficulté de faire basculer l'utérus, sur l'importance de la ligature des ligaments larges qui peut facilement glisser. Il fait remarquer que l'ouverture péritonéale nécessitée par cette opération est très petite. Il appelle également l'attention sur la difficulté que présente la séparation de l'utérus et de la vessie, difficulté encore augmentée dans les cas d'antéversion utérine. Enfin, au point de vue du diagnostic et des indications de l'hystérectomie vaginale, il attache la plus grande importance au toucher rectal.

Traitement du tétanos. — M. VERNEUIL apporte de nouveaux documents relatifs à la question du traitement du tétanos qu'il a abordée dans une précédente séance. Il a eu récemment un revers dans son service malgré l'emploi rigoureux du traitement par le chloral associé à la morphine. Son malade est mort subitement au dixième jour.

M. Demmelère, médecin à l'hôpital de Versailles, lui a communiqué une observation dans laquelle il s'agissait d'un malade ayant eu un panaris. Deux mois après la cicatrisation, ce malade fut atteint de tétanos. On prescrivit 6 grammes de chloral. Comme il s'agissait d'un paludéen, on donna le sulfate de quinine qui resta sans résultat. Le chloral fut porté à la dose de 15 et 20 grammes; on y ajouta l'opium. Il y eut de l'amélioration. On continua le chloral à la dose de 20 grammes et l'opium à la dose de 20 centigrammes. Comme il apparut de nouvelles secousses, le chloral fut porté à la dose de 24 grammes et l'extrait thébaïque à celle de 30 centigrammes. Le malade est complètement guéri.

Dans ce cas, fait remarquer M. Verneuil, la véritable cause du tétanos est restée inconnue, puisqu'il n'est apparu que deux mois après la guérison du panaris. Le début fut insolite : on put croire à un réveil paludéen. Il fait observer, à propos de ce cas, la tolérance de l'estomac pour le chloral, puisque ce malade en a absorbé jusqu'à 24 grammes dans les 24 heures. Le chloral ne détermine donc pas de perforations stomacales ou intestinales, comme on l'en a accusé à tort. Il fait remarquer également l'insuffisance du chloral seul, puisqu'il n'y eut d'amélioration qu'à partir du moment où lui fut associé l'opium. Peut-être la tolérance de l'estomac s'explique-t-elle par cette association des deux médicaments. Enfin il insiste sur ces points : longue durée de la maladie, danger jusqu'au dernier jour, danger d'abandonner trop tôt la médication, nécessité absolue de ne pas en changer pendant tout le cours de la maladie.

Une seconde observation a été communiquée à M. Verneuil, par le docteur Robuchon, de l'île Dieu, en Vendée. Il s'agit ici d'une plaie contuse de la face palmaire du petit doigt, tétanos, traitement par le chloral et l'opium, mort. L'auteur, selon M. Verneuil, n'a pas employé de doses assez élevées de chloral, le malade a refusé d'abord ses soins et le traitement a été commencé trop tard. Enfin, à plusieurs reprises, on a laissé le chloral pour le laudanum seul, et chaque fois il y a eu aggravation.

M. Pousson (de Bordeaux) a communiqué une troisième observation : ulcère du petit orteil, incision, tétanos, traitement par le chloral et la belladone, guérison. Dans ce cas encore, les convulsions reparaissent chaque fois qu'on croit pouvoir cesser le chloral.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Premiers pansements des fractures ouvertes (1), par M. le docteur R. Largeau, ancien interne des hôpitaux.

Dans la pratique civile comme dans la chirurgie d'armée, les fractures ouvertes doivent être traitées antiseptiquement le plus tôt possible. Les praticiens qui ne disposent pas ordinairement d'un nombre d'aides suffisants, ni de toutes les pièces du pansement listérien, se borneront à un lavage complet de la plaie et du foyer dans les cas simples; dans les cas graves, à débrider pour réduire un fragment hernié, à enlever des esquilles libres, à arrêter les hémorrhagies. A l'hôpital, dans un service bien entraîné à l'antisepsie, on appliquera un traitement complet : anesthésie, débridements, ablation d'esquilles, résections, sutures, drainage, etc.

Sur le champ de bataille, chaque soldat sera porteur d'un paquet de pansement antiseptique qu'il pourra au besoin appliquer lui-même immédiatement. A l'ambulance, on décidera d'un pansement plus complet.

Immobilisation immédiate dans un appareil de Scultet, en dehors de l'hôpital, loin de la ville; dans un appareil plâtré ou la gouttière de M. Benjamin Anger, à l'hôpital.

Suspension du membre avec le hamac simple ou l'appareil de Salter.

Le pansement antiseptique appliqué aux fractures ouvertes a donné d'excellents résultats, surtout quand il a été appliqué dès le début. De toutes les méthodes de traitement des fractures au début, la plus rationnelle est celle que l'auteur conseille pour les hôpitaux; c'est celle aussi qui a donné les meilleurs résultats.

(1) In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Cauterets, 24 juin 1885.

Monsieur et très honoré confrère,

Plusieurs médecins de Cauterets reçoivent journellement des lettres par lesquelles on leur demande s'il est vrai que l'établissement de la Raillère ait été endommagé ou même détruit par un grand orage et que sa source ait subi des modifications profondes dans sa composition.

Permettez-moi de solliciter de votre bienveillance l'insertion dans votre honorable journal de ces quelques lignes, destinées à protester, au nom de mes collègues et au mien, contre la propagation de ces bruits absurdes qui n'ont d'autre fondement que la malveillance et le désir de porter atteinte à la prospérité croissante de la station.

Je me fais un devoir de déclarer que l'établissement de la Raillère n'a éprouvé aucun dommage et fonctionne comme par le passé, et d'ajouter que sa précieuse source n'a pas subi le moindre changement dans sa composition et son débit.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments très distingués.

Dr Achille Bouyer,

Médecin inspecteur des eaux de Cauterets.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La dernière épreuve du concours des accoucheurs des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminée lundi soir, 29 juin 1885. M. le docteur Doléris a été nommé accoucheur des hôpitaux.

— *École de médecine de Paris.* — MM. Desplats et Bourgoin, agrégés, sont rappelés à l'exercice, du 6 juillet au 20 août 1885.

— M. le docteur Clément a été élu, dimanche dernier, conseiller général du canton de Laforce (Dordogne).

— La Société de médecine légale tiendra sa prochaine séance le lundi 6 juillet 1885, à quatre heures très précises, au Palais de Justice (salle des référés).

— M. le professeur Chatin (de l'Institut) fera une herborisation publique, le dimanche 5 juillet, dans la forêt de Montmorency.

Le départ s'effectuera de la gare du Nord, à 8 h. 55 min., pour la station d'Ermont.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, fera une excursion géologique publique, le dimanche 5 juillet 1885, à la côte des Éparmailles, Provins, Poigny et Longueville.

Le rendez-vous est à la gare de l'Est, où l'on prendra à 7 heures moins 5 minutes le train pour Provins. On sera de retour à Paris à 8 h. 44 min.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par la Compagnie des chemins de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au laboratoire de géologie, galerie de minéralogie, avant samedi soir à 4 heures.

Du vinage et de l'alcoolisme des vins, par le docteur L. Lunier, membre de l'Académie de médecine. Gr. in-8° de 40 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, F. Savy.

Les voyages en mer et les poitrinaires, par le docteur L. Thaon. In-8°. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, O. Berthier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18038.

N° 77. — SAMEDI 4 JUILLET 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 4 JUILLET 1885. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paralysie subite des quatre membres chez un jeune homme de dix-neuf ans.

Voici encore un de ces cas de paralysie qui, malgré l'âge des sujets, rappellent un peu, par la brusquerie du début et par la localisation dans le système locomoteur, l'affection médullaire nommée *paralysie atrophique de l'enfance* (1). Mais certains traits particuliers qu'il présente, les escarres multiples, etc., feraient plutôt songer à ces névrites périphériques, généralisées, systématiques, sur lesquelles l'attention se fixe depuis peu; tandis que d'autres, notamment la paralysie des sphincters, ramènent à l'idée d'une lésion spinale.

Comme le fait de M. Peter, dont il a été récemment question dans la *Gazette des hôpitaux* (2), celui-ci, d'une physionomie plus saisissante, est venu se présenter à l'étude dans un des services de la Charité.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans, couché au n° 3 de la salle Saint-Félix, dans le service de M. Desnos, et qui, le jour des funérailles de Victor Hugo, vers huit heures du soir, étant à table, fut frappé en quelques minutes d'une paralysie portant sur les quatre membres et accompagnée de troubles trophiques.

Disons brièvement à la suite de quelles circonstances est survenue cette paralysie, dont la cause efficiente n'est pas très facile à déterminer.

Ce jeune homme était employé, depuis plusieurs années déjà, chez un marchand de vins de l'esplanade des Invalides. Sa santé était généralement très bonne, sauf que, l'année dernière, s'étant mis à grandir avec une extrême rapidité, — jusque vers l'âge de dix-huit ans il était de petite taille, — il s'était plaint, à plusieurs reprises, de lassitudes et même de douleurs le long des muscles, dans les bras et les jambes.

Mais il y avait déjà plusieurs mois qu'il n'avait rien ressenti de semblable, lorsque débutèrent les accidents dont nous allons avoir à parler.

Le dimanche, veille des funérailles de Victor Hugo, il était allé à l'Arc de Triomphe voir le catafalque; puis il avait pris un bain froid. La nuit avait été pluvieuse, le temps était loin d'être chaud ; et il s'était mis en sueur par la marche.

A la suite de ce bain froid, il rentra chez son patron, qui lui trouva l'air fatigué et somnolent. Chargé de mettre un peu de vin en bouteilles, il s'endormit à deux reprises à la cave, ce qui ne lui arrivait jamais. Cependant le reste de la journée se passa bien ; et le lundi, ayant à servir un très grand nombre de consommateurs, il se montra d'une activité et d'une gaieté plutôt plus grandes que d'ordinaire.

Il eut beaucoup de fatigues ce jour-là, car son patron faisait partie du cortège, et il était seul à tirer du vin pour tous ceux qui se désaltéraient soit en allant voir la cérémonie, soit au retour.

Il lui arriva donc très souvent, durant cette journée, de descendre à la cave, étant baigné de sueur, et de subir, sans transition, des variations de température considérables.

Vers sept heures et demie du soir, on se mit à table en famille chez son patron. Il mangea de bon appétit, riant, chantant même, et surprenant par son entrain. Vers huit heures, tout à coup il lâcha sa fourchette, en se plaignant de ressentir des crampes douloureuses dans les bras. On lui conseilla de s'agiter pour faire circuler le sang, et, se levant de table, il alla de-ci de-là durant quelques minutes, en secouant ses bras dans tous les sens, sans parvenir à faire cesser les fourmillements, les crampes et les douleurs qu'il y éprouvait. Ces douleurs avaient gagné les épaules et le milieu du dos où elles étaient devenues plus vives que partout ailleurs, sans pourtant l'être au point d'arracher des cris à ce jeune homme.

On l'étendit sur une banquette, on le frictionna. La douleur du dos s'était apaisée ; mais à leur tour les membres inférieurs devenaient le siège de fourmillements, d'élancements et de crampes, et le malade, qui déjà ne pouvait plus entr'ouvrir ses mains, sentit qu'ils se paralysaient. Il en fut très effrayé, au point de ne plus bien savoir lui-même s'il n'a pas perdu connaissance.

Mais nous avons fait sur ce sujet une enquête minu-

(1) Voir notamment *Gazette des hôpitaux*, année 1872, p. 185, 193; année 1879, p. 937; année 1880, p. 437; année 1881, p. 507; année 1882, p. 529, 555, 625, 802; année 1883, p. 249, 313, 387, 771; année 1884, p. 561, etc.

(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1885, p. 401.

tieuse, et du témoignage unanime de toutes les personnes présentes, interrogées par nous, il résulte qu'il n'a pas cessé un seul instant d'entendre les questions qu'on lui posait, d'y répondre, et de prouver de toutes les manières qu'il conservait sans interruption la conscience de ce qui se passait soit en lui, soit autour de lui, quoique cette paralysie subite l'affectât beaucoup, et cela se conçoit. Toute douleur, toute sensation pénible avait maintenant cessé; mais les mains et les membres inférieurs restaient flasques, n'obéissant plus le moins du monde à la volonté.

A partir du début, les diverses phases que nous venons de décrire s'étaient succédé en un temps très court, que le patron, sa femme et la cuisinière évaluent à cinq ou six minutes, et le malade lui-même à un quart d'heure environ.

Voyant qu'il ne pouvait plus remuer les jambes, après l'avoir frictionné en vain durant quelque temps sur une banquette, on le déshabilla et on le mit au lit. Un pharmacien, qu'on avait consulté, avait conseillé de le frotter avec de l'alcool camphré, de lui envelopper les poignets avec des compresses imbibées d'alcool camphré ou d'eau sédative et d'attendre au lendemain pour voir comment cela aurait tourné.

Le pauvre garçon passa une nuit très agitée, se plaignant d'avoir trop chaud, d'étouffer dans son lit, ayant évidemment la fièvre. A plusieurs reprises, on lui demanda s'il avait besoin d'uriner et il répondit toujours que non.

Le lendemain, on fit appeler un médecin, qui constata que la vessie était distendue, mais paralysée comme les mains et la partie inférieure du corps. Il trouva aussi, paraît-il, qu'une piqûre d'épingle n'était pas sentie à ce moment vers le milieu d'un des mollets. Il y avait un peu de gonflement vers les chevilles.

Des sinapismes furent appliqués le long de la colonne vertébrale; et quelques heures plus tard, voyant que la situation ne changeait pas, on transporta, sur un brancard, ce malade à la Charité.

Ce soir-là, le 2 juin, la température fut trouvée de 38°,8, et elle monta progressivement, jusqu'à atteindre le surlendemain 40°,7.

L'inappétence était absolue. Le malade n'urinait pas seul. Il resta deux jours sans aller à la garde-robe; puis il eut la diarrhée, et, par suite de la paralysie du sphincter anal, il se trouva constamment souillé de matières fécales liquides.

Le long du dos, les sinapismes qui avaient été placés en ville et qui étaient restés en place durant plusieurs heures avaient amené une inflammation très vive du derme, ce qui mettait obstacle à tout traitement actif, tel qu'application de ventouses scarifiées ou de pointes de feu, etc., dans le voisinage de la moelle épinière.

Il paraissait cependant évident que là se trouvait le siège du mal. C'était vers le milieu du dos, entre les deux épaules, que le malade avait ressenti, au début, durant un instant, des douleurs très vives, à partir desquelles la paralysie s'était déclarée.

Maintenant il ne souffrait plus spontanément de nulle part; et cependant la sensibilité paraissait à peu près intacte sur toute la surface du corps. Partout le malade sentait très bien quand on le pinçait, quand on le piquait, quand on le touchait, et l'intensité de l'impression lui semblait à peu près égale sur tous les points.

Il n'y avait plus de différence notable, que relativement à la température, fort mal perçue, tant sur les pieds que sur une partie assez étendue de chaque jambe : jusque près du genou sur la jambe droite et jusqu'à cinq travers de doigt au-dessous du genou sur la jambe gauche. Quand on le touchait avec un corps froid au-dessous de cette limite, le malade ne percevait que le contact et non le froid.

On se rappelle que, le premier jour, le médecin appelé d'abord avait trouvé de l'analgésie dans ces mêmes régions, tandis que plus haut la sensibilité se montrait complètement intacte sous toutes ses formes.

Ce qui dominait dès le premier instant, c'était la paralysie du mouvement, affectant la moitié inférieure du corps, les sphincters, les muscles de l'avant-bras et ceux de la main.

Mais ce n'était pas tout. Des troubles trophiques, d'une exceptionnelle gravité, vinrent bientôt compliquer la scène. Une vaste escarre s'était produite sur le sacrum; d'autres escarres avaient apparu sur le talon, et même sur des points qui ne subissaient aucune pression, sur le bord du pied et sur les orteils. Les cavités articulaires des deux genoux s'étaient remplies de liquide. Les membres inférieurs s'étaient œdématiés.

Vers le milieu de la seconde semaine, la situation paraissait menaçante : on pouvait craindre de voir s'étendre jusque sur le derme enflammé du dos le travail de mortification qui venait de produire des escarres sur le sacrum et sur les pieds; la température, qui avait baissé d'abord vers le cinquième jour, montait de nouveau, mais cette fois avec de grandes oscillations, de près de 2 degrés par jour.

Cependant les choses s'arrangèrent mieux qu'on ne l'espérait. Grâce à des pansements antiseptiques et à des soins de propreté très minutieuse, l'escarre de la région sacrée ne s'étendit plus. Les taches gangreneuses des pieds se limitèrent et prirent la forme sèche. La peau du dos cessa d'être enflammée. L'état général s'améliora.

Vers le commencement de la troisième semaine, le malade put uriner seul. Déjà, depuis deux ou trois jours, il remuait les doigts et les mains, et, sans pouvoir les amener jusqu'à une extension ou une flexion complète, il s'en servait un peu, par exemple pour saisir son verre. En même temps, ou à peu près, il avait ressenti par intervalles d'abord quelques fourmillements vers la plante des pieds, puis le long des jambes, des élancements très subits, très momentanés, qui provoquaient chaque fois un mouvement de flexion du genou, comme par action réflexe. Ce mouvement élevait de quelques doigts le genou au-dessus du plan du lit.

Était-ce un vrai mouvement réflexe? On peut en douter d'autant plus que le réflexe rotulien, les autres réflexes tendineux, à la percussion, de même que le réflexe plantaire, au chatouillement, etc., étaient tout à fait abolis. D'ailleurs il ne s'agissait pas d'une excitation extérieure ayant à suivre jusqu'à la moelle la moitié d'un arc nerveux, puis l'autre moitié du même arc pour aller de la moelle aux muscles. Une sensation spontanée peut être d'origine centrale. Il est même possible que ce soit ici un effet plutôt qu'une cause : c'est-à-dire que cette impression de douleur soudaine, et d'ailleurs peu vive, accompagne la contraction convulsive et comme crampoïde de quelque faisceau musculaire.

Quoi qu'il en soit, l'apparition de ces sensations spontanées annonçait, en ce qui touche la paralysie, le commencement d'une période d'amélioration progressive, qui malheureusement n'alla pas très loin.

Un jour, quatre jours environ après les premières

douleurs lancinantes, comme nous examinions avec soin ce malade, au moment où il nous sentit passer la main sous ses genoux, il les souleva de lui-même, et cela à plusieurs reprises. Deux jours plus tard, il le faisait encore ; mais ce progrès s'est arrêté, et ces derniers jours il nous a semblé qu'il avait plutôt perdu que gagné à ce point de vue.

En revanche, la sensibilité est redevenue absolument normale jusqu'à l'extrémité des pieds. Aujourd'hui la température y est perçue tout aussi bien que la douleur et le contact.

L'appétit revient. Le malade mange avec plaisir un beefsteak, tandis qu'il avait, récemment encore, un dégoût profond pour la viande.

Bien que les genoux, surtout le droit, soient moins gonflés, l'œdème des membres inférieurs persiste toujours, et c'est une des raisons qui, avec l'état général, ont mis obstacle jusqu'à présent aux explorations électriques. Il est probable qu'on trouvera beaucoup de muscles atrophiés. A l'avant-bras et à la main, il en est déjà qui le paraissent au premier coup d'œil et cela fait comprendre pourquoi les mouvements y restent limités.

Cette observation, dont nous aurons soin de donner jusqu'au bout les détails, est très intéressante à divers points de vue. Elle soulève bien des questions, et d'abord celle d'étiologie.

On peut incriminer des causes de deux ordres pour expliquer le début soudain de cette paralysie : les refroidissements ou l'excès de fatigue.

Les refroidissements ont été multiples : il y a eu la veille un bain froid ; le jour même, le passage fréquent de l'air chaud du dehors à l'air froid d'une cave, où ce jeune homme, tout en sueur, séjournait pour tirer du vin. Or chacun sait combien souvent le froid a paru jouer un rôle dans la production des myélites.

L'excès de fatigue n'est pas douteux durant cette journée où les consommateurs affluaient en masse et où l'absence du patron laissait ce jeune homme seul chargé de toute la besogne. Or les affections médullaires dues au surmenage ne sont pas rares. Souvent même on a attribué certaines paralysies subites à la fatigue qu'avait causée, sans surmenage proprement dit, la contraction soutenue des muscles dans une position anomale, pendant le coït par exemple.

Nous allons en rappeler deux faits, qu'il sera bon de rapprocher de l'histoire de la malade de M. Peter chez laquelle, à la suite d'un simple coït pratiqué durant la nuit des noces d'un second mariage, survint une méningo-myélite progressive avec paralysie portant sur les quatre membres.

Paralysies subites à la suite du coït.

L'un de ces faits remonte à près d'un demi-siècle. Il a été très bien connu dans le monde médical, car la victime de cet accident, personnage en vue, qui avait été professeur célèbre, le racontait à qui voulait l'entendre. Je doute qu'on l'ait publié ; mais il mérite certainement de l'être.

Le personnage en question, malgré son zèle pour la science, était un homme à bonnes fortunes, et il aimait surtout l'imprévu. Un jour, rendant une visite dans une maison où la salle à manger était séparée du salon par une double porte, il rencontra dans cette salle à manger une jeune fille à laquelle il plaisait et qui se chargea de l'introduire elle-même auprès de ses parents, au salon. L'occasion du passage dans cette double porte, entre ces deux pièces renfermant du monde, lui parut tentante et il se hâta de la mettre à profit. Puis il entra au salon, s'assit, conversa gaiement, avec entrain, faisant montre de beaucoup d'esprit, malgré un sentiment de lassitude pénible dans la région lombaire et dans les jambes. Mais quand, après quelques minutes d'une conversation brillante, il voulut quitter son fauteuil, impossible ! Il était et il resta dès lors absolument paraplégique.

L'autre fait est très analogue, avec cette différence pourtant que le coït n'avait pas été pratiqué debout, mais demi-assis, dans une position très difficile à maintenir. Il s'agit d'un riche négociant que j'ai personnellement connu et qui parvint d'ailleurs à un âge avancé en conservant une santé parfaite, sauf cette paralysie complète des deux jambes, qui persista toujours sans modification.

Ces faits se rapprochent du précédent (où le coït ne joua aucun rôle, mais où l'excès de fatigue peut être incriminé) par la brusquerie du début ; mais la limitation de la paralysie, l'absence de fièvre, etc., permettent de supposer que la lésion y fut une apoplexie médullaire, hypothèse la moins probable pour le malade de M. Desnos et tout à fait à écarter pour la malade de M. Peter, chez laquelle la paralysie (succédant au coït), progressive, ascendante, fut infiniment moins complète.

Nous devons ajouter que cette dernière malade, après le traitement antiphlogistique très énergique dont la *Gazette des hôpitaux* a rendu compte, a vu son état s'améliorer avec une rapidité fort grande. Elle est sortie de la Charité à peu près guérie, sauf un peu d'atrophie portant sur certains muscles, particulièrement de la face. On se rappelle que chez elle le diagnostic de M. Peter avait été méningo-myélite. Cela cadre parfaitement avec l'ensemble des symptômes, les phénomènes douloureux, paralytiques, disséminés, et les résultats obtenus.

Quant au malade de M. Desnos, la discussion des symptômes qu'il éprouve et de leur interprétation anatomo-pathologique la plus probable fera le sujet d'une autre Revue clinique.

Les conférences de l'hôpital Saint-Louis : diagnostic et traitement des lésions cutanées de la scrofule (1).

Dans sa sixième conférence, M. Guibout expose le traitement de la scrofule, en le considérant spécialement par rapport aux lésions cutanées pathognomoniques de cette diathèse. Le traitement de la scrofule doit être envisagé à deux points de vue : 1° *traitement général*, s'adressant à la diathèse elle-même ; 2° *traitement local*, dirigé contre les scrofulides, c'est-à-dire contre les lésions, par lesquelles la scrofule se manifeste sur notre tégument externe.

1° *Traitement de la diathèse.* — Il n'y a pas de médicament qui mérite, pour la scrofule, le nom de *spécifique*, et qui soit pour elle ce que le mercure et l'iodure de potassium sont pour la syphilis. Cependant nous possédons plusieurs agents thérapeutiques dont l'efficacité contre cette diathèse ne saurait être contestée. Parmi ces médicaments, citons, en première ligne, l'iode et ses divers composés. Les médecins qui, les premiers, l'ont préconisé avec raison, sont : à Genève, M. Coindet ; à Paris, M. Lugol, un de nos prédécesseurs à l'hôpital Saint-Louis, et M. Boinet. L'iode,

(1) Voir le numéro du 27 juin 1885, p. 587.

étant un corps très irritant, ne saurait être administré pur, même en inhalations, comme le voulait M. Piorry. On le donne à l'état de diverses combinaisons : ainsi à l'état d'iodure d'amidon, et à la dose de 10 à 15 grammes par jour, à l'état d'iodure de potassium, sel dans lequel on peut augmenter la proportion d'iode, en y ajoutant une proportion plus ou moins grande de teinture d'iode, 10 à 15 gouttes, pour un julep contenant 1 ou 2 grammes d'iodure de potassium, et que l'on fait prendre tous les jours; on a alors l'iodure de potassium ioduré. Nous prescrivons avec succès la potion suivante, qui est prise chaque jour en trois doses :

Julep gommeux.	150 grammes.
Iodure de potassium. . .	2 —
Teinture d'iode.	10 ou 15 gouttes.
Tannin	1 gramme.
Sirop de quinquina. . .	30 —

En même temps que les iodiques, il faut employer l'huile de foie de morue, le fer, le quinquina, différentes eaux minérales, telles que les eaux de la Bauche, de Spa, d'Orezza, de Bussang; le vin généreux. — Recommandez l'habitation sur le bord de la mer, et les bains de mer; une saison aux eaux d'Uriage, de Saint-Gervais, de Cauterets, de Barèges; l'hydrothérapie dirigée suivant toutes les méthodes les plus perfectionnées; les bains sulfureux; l'hygiène la plus soignée, la campagne, l'exercice au grand air, les travaux manuels, tout ce qui peut développer les forces physiques; l'escrime, les armes, la gymnastique, l'équitation; la nourriture la plus tonique, la plus succulente, la plus animalisée, le développement des fonctions de la peau par des frictions sèches, excitantes, alcooliques, balsamiques, par des douches de diverses sortes, par des vêtements de laine, etc. On aura soin d'exciter l'appétit et l'énergie gastro-intestinale par diverses préparations stomachiques, telles que la teinture amère de Baumé, l'élixir stomachique amer de Houghton, que l'on fera prendre immédiatement avant chaque repas, et que l'on alternera avec la potion suivante, administrée à la dose d'une grande cuillerée avant le repas, trois fois par jour :

Eau distillée de menthe. . . .	150 grammes.
Sulfate de strychnine.	2 centigrammes.
Sirop de menthe	30 grammes,

Quelques purgations salines, prescrites de temps en temps, seront utiles pour stimuler les fonctions digestives.

Après ces données thérapeutiques, relatives au traitement de la diathèse, M. Guibout aborde le traitement local des lésions cutanées de cette diathèse, c'est-à-dire des *scrofulides.*

Ce sont des lésions *malignes*, dont il faut s'efforcer de détruire le caractère essentiellement ulcératif, destructeur et désorganisateur de la peau; il faut transformer ces lésions, changer leur nature, en excitant un travail réparateur et cicatriciel. Ces indications se remplissent par des modificateurs énergiques, et il y en a de trois sortes :

1° *Des topiques doués de propriétés irritantes.* Étendez sur des tubercules scrofuleux ou sur une plaque de scrofulide érythémateuse une couche de la pommade suivante, que vous laisserez appliquée pendant vingt-quatre heures :

Biiodure de mercure.	15 grammes.
Axonge fraîche.	30 —

Vous aurez une éruption impétigineuse; renouvelez un grand nombre de fois ces applications, et plusieurs éruptions impétigineuses artificielles, successives, pourront avoir détruit, en se substituant à elle, la lésion cutanée primitive, préexistante, et de nature scrofuleuse.

2° *Des incisions, des scarifications* répétées un grand nombre de fois sur des surfaces ulcéreuses et tuberculeuses y produiront une déplétion salutaire, une modification complète, et remplaceront, par un véritable réseau cicatriciel de formation nouvelle et consécutif aux scarifications, le tissu morbide, de mauvaise nature, qui se trouvera ainsi détruit.

3° *Des cautérisations* pratiquées avec le thermocautère de Paquelin détruiront couche par couche les tissus mauvais, ulcéreux ou végétants, et on aura chance, après un nombre toujours très considérable de repullulations de mauvaise nature, de voir enfin, et consécutivement à de très nombreuses cautérisations, se produire un tissu cicatriciel valable et durable.

Il ne faut pas oublier que, la scrofule étant une maladie essentiellement générale, diathésique, chronique, à évolution toujours très longue, ces moyens doivent être employés pendant un temps très long aussi, pendant plusieurs années quelquefois, avec une courageuse persévérance, et concurremment avec le traitement général hygiénique et médicamenteux que nous avons indiqué, dont il ne faut jamais se départir, et auquel il faut toujours donner la plus grande importance, puisqu'il s'adresse à la santé générale, de laquelle dépend la guérison.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juillet 1885. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

De la castration dans les cas de fibromes utérins. — M. TERRILLON a eu l'occasion de pratiquer deux fois l'ablation des ovaires dans des cas de fibromes utérins. Après avoir rappelé l'observation de M. Duplay et les cas relatés dans la thèse de M. Teissier, il donne le résumé de ses deux observations personnelles.

Dans la première, il s'agit d'une femme de quarante ans, petite, maigre, ayant été réglée à treize ans et souffrant depuis un an et demi de douleurs vives et de pertes causées par un fibro-myome de l'utérus. Depuis un an, cette tumeur augmentait notablement de volume et était le point de départ de douleurs intolérables, d'une constipation opiniâtre et d'une grande gêne du côté de la vessie qu'elle comprimait. Cette malade gardait le lit depuis un an. M. Terrillon la reçut dans son service et la tint en observation pendant deux mois. Il constata l'existence d'une tumeur très dure située derrière la symphyse du pubis et remontant jusqu'au-dessous de l'ombilic. Le col était effacé et les culs-de-sac vaginaux étaient repoussés par des bosselures. La tumeur se sentait également par le toucher rectal et l'on pouvait facilement se rendre compte de son immobilité. L'hystéromètre indiquait 9 centimètres et demi et une concavité manifeste en avant. Les douleurs devenant de plus en plus intolérables, M. Terrillon pensa à l'hystérectomie; mais, en raison des difficultés de cette opération, par suite de l'absence de tout pédicule et de l'immobilité de la tumeur, il préféra recourir à l'ablation des deux ovaires. Il fit une incision sur la ligne médiane, qu'il dut prolonger jusqu'à l'ombilic, et vit de suite que l'hystérectomie serait impossible. Il enleva d'abord assez facilement l'ovaire gauche; quoique le pédicule de l'ovaire fût très petit, il put passer un fil double et le lier. La recherche et l'ablation de l'ovaire droit furent beaucoup plus difficiles. M. Monod, qui assis-

tait M. Terrillon, dut introduire le doigt dans le vagin et faire saillir le plus possible l'utérus en avant. Grâce à cette intervention, l'ovaire droit put être saisi et lié comme le gauche. L'opération avait duré une heure. Il y eut neuf fils de suture profonde. Les suites opératoires furent des plus simples et la malade est aujourd'hui guérie; elle marche, ne souffre plus et n'a plus de règles.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme de trente-deux ans qui, depuis l'âge de vingt-huit ans, a des pertes abondantes qui ont amené une anémie profonde. Hémorrhagies considérables menaçant de devenir mortelles, douleurs violentes, constipation opiniâtre, parfois même phénomènes d'étranglement passager, impotence absolue depuis près de deux ans et demi, tel était l'état de cette malade au moment de son entrée à l'hôpital. Il s'agissait d'une tumeur peu volumineuse, bosselée, remplissant le petit bassin. L'utérus mesurait 15 centimètres de longueur. La tumeur constituait, du côté du rectum, un obstacle formidable. L'hystérectomie présentait également dans ce cas les plus grandes difficultés, M. Terrillon pratiqua la castration. Les suites immédiates de l'opération furent bonnes. Le sixième jour, il y eut des phénomènes d'obstruction, qui purent être combattus. Le douzième jour, nouvelle obstruction. Peu de jours après, apparition d'une parotidite double. Ces poussées congestives du côté des parotides à la suite de la castration ont été signalées dans la thèse de M. Teissier. Enfin survint chez cette femme une phlébite des veines du bassin; elle mourut d'inanition trente-sept jours après l'opération.

A l'autopsie, on ne trouva rien du côté du péritoine. Le rectum était aplati comme un ruban sur une étendue de 25 centimètres; au-dessus se trouvait un amas de matières dures, anciennes. M. Terrillon s'était demandé s'il ne devait pas faire un anus contre nature. L'existence de la phlébite l'en empêcha. L'examen de l'utérus et de la tumeur montra que l'hystérectomie eût été impossible.

M. TERRIER fait observer que chez ces malades on supprime les douleurs par l'ablation des deux ovaires parce qu'on supprime les règles. Il a eu l'occasion de pratiquer la même opération chez deux malades, dont l'une avait été antérieurement opérée déjà d'un kyste ovarique.

Quant à la seconde malade de M. Terrillon, M. Terrier pense que la castration n'était pas aussi formellement indiquée et qu'il eût été plus rationnel de faire tout le possible pour tout enlever. C'était là le seul moyen de remédier à la compression du rectum. Dans un cas de ce genre, il a énucléé la tumeur et a ainsi constitué une vaste cavité, une coque utérine, qu'il a suturé à la paroi abdominale. La malade a bien guéri.

M. MARC SÉE demande à M. Terrillon quel était l'état des ovaires.

M. TERRILLON répond qu'ils étaient sains.

M. VERNEUIL, dans le second cas de M. Terrillon, l'extirpation de l'utérus étant impossible et une opération palliative étant seule praticable, aurait préféré établir d'emblée un anus contre nature.

M. TERRILLON fait observer qu'il avait surtout pour but, en pratiquant la castration, de combattre les hémorrhagies.

Pansements antiseptiques. — **M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE**, ayant reconnu que la gaze antiseptique ou gaze phéniquée était mal préparée en France et ne donnait plus la même sécurité au point de vue de l'antisepsie, a modifié son mode de pansement de la façon suivante : il applique directement sur la plaie une poudre composée contenant de l'iodoforme, de la poudre de quinquina, du benjoin, de la poudre d'eucalyptus et du carbonate de magnésie, puis il recouvre le tout de charpie de bois ou de ouate de bois. Ce pansement a sur la gaze iodoformée l'avantage de ne pas causer d'accidents tels que ceux qui ont été constatés par l'absorption de l'iodoforme, de pouvoir être laissé en place plus longtemps, quatre à huit jours selon les cas, et enfin d'être infiniment moins coûteux. Il a pansé de cette façon un grand nombre d'opérés et a obtenu de très bons résultats.

M. GILLETTE, pour combattre la mauvaise odeur de l'iodoforme, le mélange à du charbon, du sulfate de quinine et de la menthe. Il obtient de très bons résultats de ce mélange.

M. TRÉLAT emploie régulièrement l'iodoforme. Mais comme cela sent très mauvais et est très coûteux, il est tout disposé à employer désormais le pansement proposé par M. Lucas-Championnière.

M. MARC SÉE fait observer que le pansement dont vient de parler M. Lucas-Championnière n'est autre que celui qu'il a lui-même préconisé, avec cette différence qu'il emploie le sous-nitrate de bismuth et qu'avant de faire la suture il insuffle de cette poudre dans la plaie.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE répond que ce n'est pas tout à fait le même pansement, et que d'ailleurs il n'a pas inventé celui dont il vient de parler, lequel est depuis longtemps employé en Allemagne

Opération de Letiévant et d'Estlander. — **M. DELORME** communique l'observation d'un malade atteint de pleurésie purulente et chez lequel, après l'empyème, il a dû pratiquer une thoraco-plastie. Ce malade est mort d'une pleurésie purulente du côté opposé.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire de botanique (1), par M. le professeur H. Baillon.

Nous présentons à nos lecteurs deux nouveaux fascicules de cet excellent dictionnaire.

Les fascicules XVIe (*Dich-Dual*) et XVIIe (*Dual-Eubi*) ne le cèdent en rien aux fascicules précédents. Toujours la même richesse de renseignements. Des articles excessivement nombreux, d'une concision voulue, mais rendant les plus grands services à ceux qui veulent suivre le mouvement scientifique. A côté de ces articles, il est juste de signaler ceux qui, prenant un développement considérable forment de véritables petites monographies. Signalons à ce titre les articles : *Dichogame*, *Digestion*, *Dimorphisme* et *Dissémination*.

Suivant le plan de l'ouvrage, chaque fascicule est accompagné d'une magnifique chromolithographie. Le fascicule XVIe nous donne les Peziza cupressina et coronata en grandeur naturelle et grossissement, coupes, thèques et paraphyses. Avec le fascicule XVIIe nous recevons le *Mentzelia ornata*.

Au milieu de renseignements tout scientifiques, on rencontre parfois des notes bien douloureuses et qui cachent tout un drame. Lisez plutôt à l'article Durieu de Maisonneuve : « Souffrant depuis longtemps et accusé par un misérable, haut placé, d'une erreur grossière de détermination qu'il n'avait pas commise, il en conçut un chagrin mortel et fut enlevé rapidement à la science et à ses amis qui pleurent en lui un homme d'un grand savoir, d'une modestie rare et d'une honnêteté absolue. »

De la broncho-pneumonie dans la diphthérie (2), par M. le docteur F. John Darier, ancien interne-lauréat des hôpitaux de Paris.

La broncho-pneumonie est une des complications les plus fréquentes de la diphthérie. Ses causes sont multiples : en dehors de l'intoxication générale, certaines localisations des fausses membranes, les coïncidences morbides, les causes dites banales (froid, etc.), enfin la trachéotomie, jouent un certain rôle et peuvent provoquer son apparition. Elle survient généralement du deuxième au troisième jour.

Les symptômes généraux sont plus importants que les signes physiques pour le diagnostic de la broncho-pneumonie diphthéritique.

---

(1) Gr. in-4°. Prix du fascicule : 5 francs. — Paris, Hachette et Cie.
(2) In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Le pronostic est d'autant plus grave que la complication a apparu plus tôt.

Les lésions anatomiques de la broncho-pneumonie diphtéritique se caractérisent souvent par la prédominance de certaines lésions élémentaires (abondance de la fibrine, foyers hémorrhagiques). Dans presque tous les cas, on trouve dans les poumons des micro-organismes appartenant à deux formes : 1° des micrococcus sphériques ou ovalaires qui souvent se disposent en chaînettes ; 2° des bacilles semblables à ceux que l'on trouve dans tous les produits pseudo-membraneux de la diphthérie.

En se fondant sur l'abondance et le mode de distribution de ces organismes dans les lobules enflammés, on peut émettre une hypothèse sur leur signification : les bacilles transportés au sein des alvéoles pulmonaires y feraient naître une inflammation qui fournit aux micrococques un terrain favorable ; ceux-ci pullulent dans ce milieu et provoquent la suppuration du lobule. On doit néanmoins avoir égard à l'influence de l'intoxication générale, laquelle est indiscutable, au moins pour certains cas, quand bien même la nature de l'altération du sang est encore inconnue.

Le rein dans ses rapports avec le diabète (1), par M. le docteur P.-S. Inglessis.

Les altérations rénales dans le cours du diabète sucré sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement.

De toutes ces altérations, la plus habituelle, en même temps que la plus en rapport avec la polyurie diabétique, est l'hypertrophie fonctionnelle des reins, qu'on rencontre surtout pendant la période d'augment ou d'état de la maladie. Cette hypertrophie est caractérisée, à l'œil nu, par une augmentation en masse de l'organe, et histologiquement par un accroissement notable des cellules des tubes contournés.

Les néphrites ne surviennent le plus souvent que pendant la période de déclin de la maladie. De toutes les néphrites, la néphrite parenchymateuse est la plus fréquente. La plupart des observations où l'on a vu le diabète sucré se compliquer de néphrite appartiennent à des cas complexes. Il devient alors difficile de faire la part du diabète et celle d'une autre cause, telle que : état constitutionnel, maladie antérieure ou concomitante, etc. Dans certains cas, le diabète seul est mis en cause ; mais, dans tous, il est rationnel de tenir compte de l'influence de cette maladie.

De la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille (2), par M. le docteur A. Ricard, prosecteur des hôpitaux.

Les néoplasmes sont fréquemment multiples. Cette multiplicité, qui porte sur le même individu, peut être composée soit de tumeurs purement bénignes, exceptionnellement de tumeurs malignes, soit enfin et surtout d'un mélange de tumeurs bénignes et malignes.

Pour les néoplasmes malins, leur multiplicité a toujours reconnu pour cause l'existence d'une diathèse, plus forte que l'organisme s'implantant sur lui, et de laquelle dépendaient toutes les tumeurs existant sur l'individu.

On a même été, en face de cette multiplicité si considérable de lipomes, jusqu'à admettre une diathèse de système ne visant qu'un tissu et laissant l'organisme en dehors de son atteinte.

Telles étaient les opinions les plus accréditées ; mais aujourd'hui doit-on les accepter sans conteste et croire ainsi à une série de diathèses indépendantes les unes des autres? M. Ricard ne le pense pas.

L'examen minutieux des néoplasmes bénins a fait voir que souvent ils coexistaient ensemble et que souvent aussi ils se transformaient l'un dans l'autre : le fibrome s'infiltrant de graisse, le lipome envahi par le tissu conjonctif, le kyste sébacé devenant fibreux, la combinaison et la succession des différents tissus dans une même tumeur, la coexistence de ces tumeurs sur un même individu, peuvent donc légitimer l'existence d'une certaine parenté entre toutes les tumeurs bénignes, de sorte que, aux diathèses de système localisées par Broca à un seul tissu, on serait tenté de substituer l'hypothèse d'une seule diathèse : la diathèse néoplasique bénigne.

D'un autre côté, l'existence d'une diathèse néoplasique maligne s'est de tout temps imposé. Cette diathèse réunit étiologiquement l'épithéliome et le carcinome, qu'une école d'anatomo-pathologistes range dans la même catégorie.

Nous voici donc en possession de deux diathèses néoplasiques ; l'une bénigne, l'autre maligne. Ces deux diathèses en apparence si dissemblables, si opposées par leurs manifestations, doivent être réunies en une seule et unique diathèse : la diathèse néoplasique. Voici les motifs sur lesquels M. le docteur Ricard s'appuie pour réunir ces deux diathèses en une seule :

1° La coexistence maintes fois constatée des néoplasmes malins et des néoplasmes bénins sur un même sujet ; 2° la succession à longue échéance *in situ* d'une tumeur maligne à une tumeur bénigne autrefois extirpée complètement, que cette succession ait lieu dans le même organe, dans son congénère ou dans une autre région ; 3° la métamorphose d'une tumeur pendant longtemps bénigne en une tumeur tout à coup maligne, métamorphose incontestable si l'on veut bien se rappeler que le papillome balanique devient un cancroïde du gland, que la verrue du visage devient l'épithélioma ; que le fibrome dur, circonscrit, s'accroît vite, se ramollit et se change en tumeur fibro-plastique, molle, dite sarcome ; que l'adénome du sein est remplacé ou envahi par le carcinome, que la vulgaire loupe du cuir chevelu donne naissance à un ulcère de mauvaise nature (Verneuil) ; 4° la succession possible d'un néoplasme bénin à un néoplasme malin ; 5° la réunion non seulement sur un même sujet, mais dans un même organe et qui plus est dans une même tumeur, de néoplasmes bénins et malins ; 6° enfin la coexistence et la succession, chez différents membres d'une même famille, de néoplasmes différents par leur structure et leur gravité.

Toutes ces raisons font rentrer l'étiologie des néoplasmes dans une même attitude constitutionnelle, dans une seule diathèse, dont les effets peuvent être variables, bénins ou malins, mais dont l'essence reste unique : la diathèse néoplasique.

C'est en admettant cette unité de la diathèse néoplasique que l'on pourra comprendre comment une tumeur si longtemps bénigne devient tout à coup maligne, et comment dans une même tumeur peuvent se trouver associés les éléments les plus divers. Sans cette unité, il faudrait admettre, sur le même individu porteur de néoplasmes multiples, l'hypothèse un peu forcée de diathèses également multiples, et l'on ne saurait comprendre comment une tumeur à tissu complexe serait l'enfant commun de ces différentes diathèses combinées par hasard dans un même produit de conception.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

186. M. Pinto. Étude sur l'herpès génital chez l'homme et chez la femme. — 187. M. Jan. Des complications de l'otite moyenne suppurée et de la trépanation mastoïdienne. — 188. M. Thémoin. De la réunion immédiate des tendons par la nature. — 189. M. Barré. Contribution à l'étude clinique de l'arthropathie chez les ataxiques. — 190. M. Guggemos. Contribution à l'étude de la pyosalpingite et de son traitement chirurgical. — 191. M. Lescaux. Des perturbations cardiaques dans le goître exophthalmique. — 192. M. Vergos. Des inflammations et spécialement des phlegmons du membre thoracique consécutifs aux lésions de ce membre dans les arsenaux de la marine. — 193. M. Le Gal. Essai sur la phleg-

(1) In-8° avec une planche hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

(2) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

matia alba dolens des femmes en couches. — 194. M. GIRARD. Essai sur la pathogénie des hémorrhagies dans les maladies infectieuses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 juin, ont été nommés dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Lerefait, Mondan, Magnan, Lacour, Richard, Josserand, Lebreton, Mathieu, Hélie, Pilatte, Moiroud, Laville, Parizot, Laguaite, Monvenoux, Richardière, Masson, Imbert, Marey, Ricard, Long, Legoy, Lemoine, Manhaviale, Raymondon.

— Par décret, en date du 30 juin, M. Fragne, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle du 1er juillet 1885 :

M. Bressy, médecin-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Alger, a été désigné pour l'hôpital de Marseille.

M. Héricourt, médecin-major de deuxième classe, attaché à la direction du 1er corps d'armée, a été désigné pour le dépôt du 16e de ligne.

M. Richard, médecin-major de deuxième classe au 43e d'infanterie, a été désigné pour être attaché à la direction du 1er corps d'armée.

M. Delcusse, pharmacien-major de première classe aux hôpitaux de la division d'Alger, a été désigné pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris.

— Dans son comité secret de lundi, l'Académie des sciences a désigné pour le prix biennal de 20 000 francs, après deux tours de scrutin, M. le docteur Brown-Séquard, professeur de physiologie au Collège de France, par 40 suffrages contre 15 à M. de Brazza et 1 bulletin blanc, sur 56 votants.

Ce choix a été ratifié par l'Institut, dans la réunion des cinq Académies d'avant-hier mercredi, qui a décerné ledit prix au savant physiologiste par 74 voix contre 7 à M. de Brazza, 1 bulletin blanc et 1 bulletin *non*.

— Dans cette même séance des cinq Académies, M. Julia Pingard a été élu chef du secrétariat de l'Institut en remplacement de M. Pingard père.

— L'inauguration du monument élevé à la mémoire de Thuillier, membre de la mission d'Égypte en 1883, et mort du choléra à Alexandrie, victime de son dévouement à la science, a eu lieu mercredi 1er juillet 1885, à l'École normale supérieure, en présence du ministre de l'Instruction publique, qui a prononcé, en termes émus, l'éloge du jeune et regretté savant.

Ce monument se compose d'un buste en bronze, œuvre d'Idrac, posé sur une console de marbre portant une inscription. Il est placé sous le péristyle réservé aux élèves de l'École normale.

— En présence de l'extension prise par l'épidémie cholérique en Espagne, notamment dans les provinces de Valence, Murcie, Alicante, Saragosse, Aranjuez, etc., le ministre du commerce vient de donner des ordres aux autorités françaises de la frontière espagnole à l'effet de soumettre à une visite médicale très minutieuse tous les voyageurs qui entrent en France.

— Sur le rapport du ministre de l'intérieur, une médaille d'or de première classe vient d'être décernée à M. le docteur Bonnefoy, médecin à Paris, pour « sa belle conduite pendant l'épidémie cholérique de 1884 ».

Annuaire des eaux minérales de la France et de l'étranger (27e année, 1885), publié par la *Gazette des eaux*. Joli vol. in-18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Gauthier-Villars.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18050.

N° 78. — MARDI 7 JUILLET 1885. 58e ANNÉE. MARDI 7 JUILLET 1885. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.

M. Legrand du Saulle.

De l'état de mal épileptique. — Importance des constatations thermométriques.

Je viens de perdre une jeune épileptique dans des conditions bien dignes de vous être rapportées : elles démontreront la valeur clinique et exceptionnelle des constatations thermométriques dans l'état de mal épileptique.

Et d'abord, laissez-moi poser en principe ce premier fait, c'est qu'il n'est pas possible, lorsqu'un épileptique est très amélioré par la médication bromurée, de suspendre l'usage du sel bromique pendant un certain temps, sans que le malade ne soit exposé à une rechute convulsive grave. Toutes les immunités provisoires si lentement acquises peuvent disparaître tout d'un coup et le malade en quelques heures, en deux ou trois jours, ou en neuf jours au maximum, peut solder tout son arriéré comitial et perdre la vie. Plusieurs années d'une grande sécurité relative, due à la persévérance quotidienne d'une dose immobilisée de brome, peuvent faire place à une catastrophe soudaine. Une suspension un peu trop prolongée d'un médicament devenu indispensable pour maintenir le silence de la névrose, la santé apparente et l'intégrité des facultés de l'intelligence, et tout pourra être dit !

Lorsqu'un épileptique est bromuré de longue date, il continue, après la cessation de l'agent thérapeutique, à éliminer encore, mais de moins en moins, du bromure de potassium par les urines. A partir du quinzième, du seizième et même du dix-septième jour, on n'en retrouve plus ou presque plus de traces. Si le malade n'avait plus d'attaques, il a déjà pu en avoir une ou quelques-unes dans le court espace de temps qui s'est écoulé depuis son affranchissement de la servitude bromique ; mais si les bénéfices du traitement persistent, ce qui n'est pas bien rare, pendant un mois, six semaines, deux mois et même trois mois, il y a lieu de ne point partager une quiétude trompeuse. L'ennemi est là, tout prêt à frapper.

Depuis un certain nombre d'années, j'ai toujours insisté sur ces particularités si spéciales, sur ces minuties, et j'apporte d'ordinaire la plus grande vigilance dans le contrôle de mes propres prescriptions, mais, par suite d'une maladie intercurrente chez une bromurée et de la suspension nécessaire de son médicament, j'ai assisté deux fois chez la même malade à l'état de mal le plus grave. La première fois, la malade s'est rétablie, mais la seconde fois elle a succombé.

M... (Angèle), dont il s'agit, est entrée à la Salpêtrière, à l'âge de dix-sept ans, le 26 novembre 1881. Elle est d'une taille extrêmement peu élevée : à vingt ans, elle ne mesure que 1m,32 de hauteur, mais elle ne présente ni déformations des os, ni déviations rachitiques. Son père, sa mère et ses quatre frères sont bien portants.

A quatre ans, Angèle aurait ressenti une très grande frayeur. Une heure après, on l'aurait trouvée en proie à des convulsions épileptiques, qui ne se seraient pas renouvelées pendant six ans. A dix ans, elle a été reprise de nouveau de ses crises et on en a compté en moyenne de dix à douze par mois, d'après ce que rapporte sa famille, mais je ne me porte pas garant de ces chiffres. Elle a été menstruée à douze ans.

A la Salpêtrière, à la fin de l'année 1881, je relève 38 attaques convulsives et 13 vertiges, et, dans le cours de l'année 1882, 132 attaques et 81 vertiges.

Le 17 janvier 1883, Angèle s'alite et a une fièvre typhoïde. Je traite cette affection et je suspends le bromure de potassium, qui avait été jusque-là administré à la dose de 4 à 5 grammes par jour. Vingt-cinq ou trente jours après, elle est complètement rétablie, mange et est très gaie, quand elle tombe soudain en état de mal épileptique et a 1 646 attaques en trois jours. Elle se remet et reprend son sel bromique.

En 1884, elle a 259 attaques et 9 vertiges.

Le 15 janvier 1885, Angèle s'alite encore : elle est très dyspeptique, elle a un embarras saburral des plus prononcés et de l'ictère. J'attribue ces phénomènes à des calculs biliaires, je suspends le bromure de potassium, je prescris deux purgations, puis de l'eau de Vichy, et enfin du sirop d'écorces d'oranges amères.

Le 7 février, Angèle va très bien ; elle a quitté le lit et repris ses petites occupations habituelles dans le service, lorsque, à dix heures du matin, elle tombe, inaugure une

immense série de crises et entre dans l'état de mal épileptique.

Le 16 février, elle meurt après avoir eu 2074 attaques, des urines albumineuses, une large escarre au siège et une température vaginale de 41°,8.

A l'autopsie, en dehors de six calculs biliaires de la grosseur d'une petite noisette, trouvés dans la vésicule et dans le canal cholédoque, M. Huet, interne du service, note un épaississement très notable de la voûte du crâne et une hémiatrophie du cervelet, le côté gauche étant beaucoup moins volumineux que le droit. C'est dire par là que les lésions anatomiques de l'état de mal épileptique restent encore à découvrir?

Angèle a traversé un état de mal épileptique tout à fait typique, et, en présence de l'élévation graduelle de la température, beaucoup plus que de la multiplicité des crises, nous avons porté le prognostic le plus grave. Les indications thermométriques acquièrent, dans l'espèce, une valeur tellement prophétique que l'on ne saurait trop insister sur l'importance des révélations que fournit l'examen de la température. Le thermomètre, en effet, annonce si l'épileptique en état de mal doit se rétablir ou succomber. Entrons, à ce sujet, dans quelques développements.

Un épileptique, qui a habituellement 37,5, peut très bien avoir 38 pendant et un peu après une attaque isolée. Que sa crise soit forte et l'on peut constater 38,2 et même 38,5. Son pouls s'élèvera en même temps à 80-86 et sa respiration à 23-27. Que des séries d'attaques apparaissent et cela sera bien autre chose. Quant à l'état de mal épileptique, nous allons en esquisser sommairement le tableau clinique.

On désigne sous le nom d'*état de mal épileptique* une situation pathologique principalement caractérisée par la répétition très multipliée, presque incessante, des attaques, et par leur caractère subintrant; par un collapsus variable, demi-comateux et même comateux, sans retours intellectuels valables; par des signes d'hémiplégie passagère, plus ou moins complète; par la fréquence du pouls et de la respiration, mais surtout par une élévation considérable de la température, élévation qui persiste dans les intervalles, rares d'ailleurs, des accès convulsifs.

Rien n'annonce le plus souvent cette explosion de phénomènes graves. Le malade entre d'emblée en scène. La première période est convulsive; la seconde est méningitique.

Période convulsive. — Les accès se succèdent rapidement, sont presque subintrants ou subintrants; le pouls est régulier, petit, précipité; la respiration est fréquente, laborieuse, sans bruit anormal encore; la peau est chaude, la face couverte d'une sueur abondante et visqueuse; les globes oculaires, déviés soit à droite, soit à gauche, sont atteints de nystagmus; les pupilles, parfois inégales, perdent en partie leur contractilité; les narines sont pulvérulentes et les lèvres cyanosées; la langue se recouvre d'un enduit sec et brunâtre; la déglutition est difficile, la constipation opiniâtre, l'excrétion urinaire involontaire; l'un des deux côtés est souvent hémiplégié; l'intelligence est abolie, la sensibilité générale émoussée, et un état voisin de la stupeur, parfois même le coma s'établissent.

Évidemment, de tous les symptômes qui constituent l'état de mal épileptique, le plus important consiste dans la multiplicité parfois si extraordinaire des attaques, mais c'est l'élévation de la température qui doit ensuite éveiller toute l'attention du médecin. M. Bourneville, qui a tant contribué à faire connaître l'importance de la thermométrie appliquée à la clinique des maladies nerveuses, a vu, par exemple, une petite malade qui, en cinq jours, est passée de 38,3 à 42,1, puis une autre de 37,6 à 41. Or ce chiffre de 41 est tout à fait hyperpyrétique.

Dans l'état de mal épileptique, la température s'accroît en général dès les premiers accès. Au fur et à mesure que les attaques se multiplient, la température monte, surtout lorsque les facultés s'affaiblissent ou s'abolissent. Il peut se faire que la température, à la fin de cette première période, s'élève de 40 à 41, — et alors la mort survient, — mais dans certain nombre de cas, le chiffre de 39,5 n'est pas dépassé, la stupeur se dissipe, la connaissance reparaît et la température retombe promptement à 39, à 38 et même à 37,8.

Période méningitique. — Les accès s'éloignent, deviennent rares, puis cessent. L'intelligence est sérieusement atteinte et l'hébétude est profonde; toutefois une agitation maniaque très violente peut faire tout à coup explosion et s'accompagner d'hallucinations. La nutrition se trouble, la peau est sèche, les joues se creusent, les yeux se cernent et paraissent enfoncés dans les orbites, le corps s'amaigrit et l'on voit apparaître des lésions du décubitus, depuis la simple tache érythémateuse jusqu'à une mortification plus ou moins étendue du derme. Chez la malade Angèle, une escarre violacée s'est montrée au sacrum dès le quatrième jour, et chez la jeune malade M..., actuellement dans nos salles, et qui se rétablit d'un état de mal épileptique des plus graves, nous observons une escarre aussi vaste que profonde.

La température, comme l'a fait remarquer M. Bourneville, a pu baisser après la disparition des attaques, mais elle subit une ascension nouvelle, et la situation devient très périlleuse, surtout si tous les autres symptômes s'exaspèrent simultanément. La dépression fait alors de rapides progrès, le coma ne tarde pas à être absolu et la mort ne se fait point attendre.

Même dans cette période méningitique, si la température n'a point été hyperpyrétique (40,5, 41, 41,3), si le collapsus diminue, si la langue s'humecte, si les fonctions digestives renaissent un peu, et surtout si la température décroît sensiblement, tout peut rentrer encore dans l'ordre.

L'état de mal épileptique oscille entre trois et neuf jours. M. Bourneville ne l'a jamais vu dépasser neuf jours, et, de fait, la malade Angèle a succombé le neuvième jour. Enfin, la terminaison fatale s'observe dans les trois cinquièmes des cas.

Les constatations thermométriques dans l'état de mal épileptique ont donc une valeur pronostique indéniable, et ce fait n'est point encore suffisamment connu. Appelé un jour en province auprès d'un jeune homme en proie à des crises incessantes d'épilepsie, je crus pouvoir annoncer la mort très prochaine du malade, me basant surtout sur l'élévation de la température, et la mort survint effectivement dix-huit heures après. Et ici, dans notre service de convulsives, toutes nos appréciations diagnostiques et pronostiques se fondent, en partie, dans le *status epilepticus*, sur les indications fournies par la thermométrie.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. DUMONTPALLIER.

De l'action vaso-motrice de la suggestion chez les hystériques hypnotisables.

Dans ces dernières semaines, on a beaucoup parlé des expériences auxquelles les docteurs Bernheim, Beaunis, Liébault (de Nancy), ont assisté sur la demande de M. Focachon.

Le but de ces expériences était de déterminer par suggestion une vésication de la peau chez une hystérique hypnotisée. Il paraît que la vésication, incomplète le lendemain des expériences, était nettement accusée le surlendemain.

Dans le courant du mois de juin, j'ai voulu répéter la même expérience sur l'une des malades hystériques de mon service à l'hôpital de la Pitié : une bande de linge enveloppait la partie supérieure de la jambe droite de cette malade hypnotisée, et, pendant la période de somnambulisme, je suggérai à la malade l'idée que sous la bande de linge j'avais appliqué un papier vésicant qui devait produire le lendemain matin une vésication de la peau de la région supérieure et interne de la jambe droite.

Toute la journée et la nuit la malade éprouva une sensation de brûlure à l'endroit indiqué, et le lendemain, lorsque j'enlevai la bande, je constatai avec le thermomètre une élévation de température de 4 degrés centigrades dans la région sus-indiquée ; mais il n'y avait pas apparence de vésication.

Le 30 juin, je recommençai l'expérience sur deux malades de mon service : les malades étant l'une et l'autre dans l'état somnambulique, j'appliquai sur la partie supérieure et interne de chacune de leurs jambes un morceau de papier ordinaire ; je maintins le papier au moyen de plusieurs tours de bande, et je fixai le tout par une bandelette de diachylon ; puis, m'étant assuré que le pansement ne pouvait déterminer de gêne de la circulation, je traçai sur l'appareil des lignes afin de pouvoir vérifier si l'appareil ne serait pas dérangé.

Tout étant ainsi disposé pour chacune des deux malades hypnotisées, je suggérai à l'une d'elles que sa jambe gauche serait le siège d'un vésicatoire, et à la seconde malade que sa jambe droite serait le siège d'une brûlure.

Le matin du jour de l'expérience, les malades restèrent endormies seulement pendant une heure. Dans le sommeil hypnotique et à l'état de veille, chacune de ces malades se plaignait d'une sensation de brûlure que l'une d'elles comparait à la brûlure d'un sinapisme.

Deux jours de suite, le matin et le soir, les malades furent hypnotisées pendant une heure, et dans le sommeil provoqué on leur répéta plusieurs fois que le papier vésicant devait agir là où il avait été appliqué.

Le lendemain et le surlendemain, c'est-à-dire vingt-quatre et quarante-huit heures après le début de l'expérience, les appareils ne paraissaient pas altérés par de la sérosité ; mais en glissant les *thermomètres* sous chacun des pansements, on constatait :

Pour la jambe droite, chez la nommée H..., une élévation de 3 degrés (34° — 37°) après vingt-quatre heures et de 2°,4 après quarante-huit heures ;

Pour la jambe gauche, chez la nommée M..., une élévation de 0°,3 (33°,2 — 33°,5) après vingt-quatre heures et de 2°,8 après quarante-huit heures.

Notons qu'immédiatement au-dessous des zones influencées par la suggestion, la température était inférieure de plusieurs degrés pour chaque membre en expérience.

Toutefois il convient de remarquer que les régions analogues des membres sur lesquelles n'avait pas porté l'action de la suggestion, avaient cependant subi une élévation de température moindre, il est vrai, que l'élévation de température observée sur les membres opposés. Ce parallélisme des tracés d'élévation de la température tient probablement au dispositif de l'expérience, ce qu'il sera facile de vérifier en modifiant le procédé expérimental.

De l'énoncé de ces faits il résulte que, dans certaines circonstances, la suggestion peut produire une modification vaso-motrice, caractérisée par une élévation de température de plusieurs degrés centigrades, et cela dans des régions limitées à volonté.

Le fait d'élévation de température en un point déterminé par la suggestion ouvre la voie à une série d'expériences nouvelles : en effet, entre une élévation de température et la production d'ecchymoses ou de phlyctènes, il n'y a vraisemblablement que des degrés d'action de la suggestion.

VASTE HYDROTHORAX. — INCISION EXTRA-COSTALE

Par M. le docteur PIROTAIS (de Fougères).

L'hydrothorax n'est pas une affection grave ; cependant, quand il existe à gauche, il expose à la mort subite (Monneret). Quand il est vaste, il disparaît difficilement et met la vie en péril, soit par étouffement, soit par syncope.

B..., vingt-sept ans, domestique, tombe sous une roue de voiture, qui lui passe sur le ventre au niveau de la région ombilicale. Le poids du véhicule était de 1000 kilogrammes. Il est conduit à son domicile à 4 kilomètres de distance. Trois jours après l'accident, 26 octobre, il vomit, il a des douleurs violentes, et quatre jours se passent sans selle. Il a une péritonite. Je ne vois ce malade que le 6 décembre suivant. Il vient me consulter pour un ventre énorme ; il se plaint aussi d'une violente dyspnée.

La poitrine est globuleuse, les espaces intercostaux de chaque côté sont violemment écartés. Plus de vibrations ; la surface expiratoire est amputée dans les 4/5e inférieurs. Le ventre est en ascite. Thorax et abdomen forment un ensemble bilobé énorme. Le diaphragme forme la section au niveau de l'ombilic.

Le 8 décembre, le malade m'appelle ; il a passé toute une nuit debout fixé à une armoire. Il faut intervenir. Me servirai-je de l'instrument Dieulafoy, Cattiaux, Potain, ou de la canule de Reybaud ? Nullement.

Je saisis un bistouri et je fais une bonne incision de 2 centimètres à un travers de doigt au-dessous de la dernière côte droite, en face du foie et parallèlement à la région costale, en le plongeant de bas en haut.

16 litres de liquide s'écoulent, car il est bien compris qu'il y a une communication médiastine entre les deux plèvres. Je surveille attentivement cet écoulement, car tout chirurgien doit avoir présentes à la mémoire les observations de Richet, Gombault, Besnier, Marrotte, Woillez et Terrillon, relatives à la bronchorrhée séreuse. Cette ouverture, faite en dehors pour ainsi dire de la cage thoracique, exposait moins notre malade à l'expectoration albumineuse, et surtout à l'entrée de l'air, les mouvements respiratoires étant presque nuls au point sectionné.

Simple pansement phéniqué. Quinze jours après l'opération, le malade se lève. Régime lacté ; diurétiques scillitiques. Seul le ventre renferme encore du liquide. En effet, à droite nous trouvons une tumeur enkystée dans une étendue de 15 centimètres. Nous proposons la ponction au trocart ; le malade refuse. Nous appliquons un vésicatoire, et huit jours après, notre malade va relativement aussi bien que possible. Il est actuellement marié et bien portant.

Ce que j'ai voulu prouver, c'est la supériorité incontestable de l'écoulement liquide, lent et prolongé par l'incision ; mais en dehors des côtes, dans le cas actuel, exposant à moins de dangers purulents que des ponctions intercostales, quel que soit l'appareil mis en usage, devant être plusieurs fois renouvelées.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 juin 1885. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Le bacille-virgule du choléra asiatique. — M. DOYEN a fait, avec M. Chantemesse, une série d'expériences d'inoculation du bacille-virgule. Ces inoculations ont été faites sur plus de 120 animaux. L'injection dans le duodénum et le jéjunum de cultures pures du bacille-virgule à la dose d'un centimètre cube n'a donné que des résultats imparfaits. Quelques cobayes et un chien avaient succombé en vingt-quatre heures, sans péritonite, avec de l'hypothermie et des crampes. Le chien avait eu des vomissements et de la diarrhée. L'injection stomacale, l'injection duodénale après injection de poudre de cantharides donnait des cas isolés de mort avec contenu crémeux de l'intestin grêle, fourmillant de bacilles-virgules. Mais on pouvait objecter que la présence de ces bacilles dans l'intestin n'avait rien d'étonnant puisqu'on les y avait injectés. MM. Doyen et Chantemesse répétèrent alors l'expérience de Koch, c'est-à-dire l'ingestion stomacale de 5 centimètres cubes d'une solution de carbonate de soude à 5 p. 100, suivie, après vingt minutes, de l'ingestion dans l'estomac de 10 centimètres cubes d'une culture de choléra, et de l'injection, dans le péritoine, d'un centimètre cube de teinture d'opium par 200 grammes du poids de l'animal. Sur 6 cobayes, 5 moururent dans un espace de douze à vingt-quatre heures. Cette nécessité, pour déterminer la mort, d'injecter dans le péritoine de la teinture d'opium, était un desideratum de l'expérienee. MM. Doyen et Chantemesse ont obtenu les mêmes résultats en substituant à la teinture d'opium de l'alcool à 50 degrés.

Les récentes expériences de M. le docteur Ferran ont engagé ces deux expérimentateurs à étudier de nouveau le développement du bacille-virgule. Ils ont observé sur les plaques de gélatine que la période de développement est bien caractérisée, comme l'ont vu depuis longtemps Koch et bien d'autres auteurs, par la segmentation d'une virgule qui s'allonge en S, puis s'étrangle à peu près à sa partie moyenne.

Si l'on observe chaque jour, dit M. Doyen, sur cette plaque, ou dans un tube, l'évolution du bacille, on voit au bout de trois jours environ apparaître des bacilles ou des spirilles hérissés de petites sphères vivement colorées par le violet, sur les préparations fraiches, et occupant souvent l'extrémité du bacille. Souvent elles sont volumineuses et atteignent le diamètre d'un globule rouge. Elles deviennent libres dans le liquide, — se groupent en amas et prennent des aspects variés. — Sur des cultures de plus en plus anciennes, nous avons observé les formes décrites par Ferran comme les différents stades de développement du bacille de Koch. M. Ferran s'est évidemment trompé sur la nature des éléments qu'il a décrits; son erreur tient à plusieurs causes :

1° Il a cultivé le bacille-virgule dans un bouillon pauvre en principes nutritifs et additionné de bile ;

2° Il a examiné ses cultures sans coloration.

Or les cultures se développent si vite dans le bouillon, qu'une telle culture âgée de quelques heures est déjà fort ancienne relativement à une culture du même âge, sur une plaque de gélatine. M. Ferran y a donc vu des formes d'involution, qu'il a cru observer le premier, et, par suite du manque de netteté de ses préparations, qu'il ne colore pas, il a cru voir évoluer devant ses yeux toute cette fable de fécondation de l'oogone par le polinode, de rupture de l'oogone, de projection d'un filament par le corps muriforme.

Il était d'ailleurs aisé de contrôler expérimentalement les faits énoncés par M. le docteur Ferran.

Nous avons ensemencé un tube de gélatine avec une parcelle d'une culture de bacille-virgule âgée de quatre mois, ne contenant plus guère que les formes variées décrites par Ferran. Ce tube, liquéfié par la chaleur, a servi à en ensemencer un second qui fut étalé sur une plaque de gélatine. Sur une seconde plaque, nous avons étalé la gélatine d'un autre tube ensemencé de la même façon avec une parcelle bien plus petite d'une culture jeune :

La première plaque a donné 5 à 6 colonies ; la seconde, plus de 100. Cette expérience est la preuve que les éléments décrits par M. Ferran sont bien des formes stériles, des formes d'involution, comme l'ont avancé déjà Koch et Virchow. Ces faits détruisent toute la théorie de la vaccination du choléra émise par le docteur Ferran. D'ailleurs nous avions fait en novembre 1884, c'est-à-dire plusieurs mois avant le docteur Ferran, des injections sous-cutanées, intra-péritonéales et intra-veineuses de cultures pures de bacille-virgule, sans incommoder sérieusement les animaux en expérience ; et nous pouvons affirmer que jamais le docteur Ferran ne démontrera la présence du bacille-virgule du choléra asiatique dans la diarrhée des cobayes inoculés par sa méthode. Nous ne pouvons pas apprécier de si loin le résultat de ses vaccinations, mais nous pouvons affirmer d'ici que si le docteur Ferran obtient des résultats prophylactiques contre le choléra, ce qui est bien invraisemblable, toute sa théorie néanmoins est inexacte.

Injections intra-veineuses d'urée pure, dose toxique. — M. E. QUINQUAUD a fait huit expériences sur des chiens. On a déterminé d'abord la dose toxique d'urée par kilogramme d'animal, puis on a recherché la quantité d'urée contenue dans le sang à diverses périodes de l'intoxication ; enfin on a analysé, après la mort, les différents tissus de l'organisme au point de vue de l'urée qu'ils pouvaient contenir. M. Bouchard donne 6gr,46 comme la dose toxique de l'urée en injection intra-veineuse. Dans un travail antérieur fait en commun avec le M. docteur Gréhant, nous avions trouvé un chiffre un peu plus élevé. Pour déterminer chez le chien quelle est la plus faible dose d'urée qui produit la mort, nous avons injecté dans les veines les plus éloignées du centre circulatoire, des quantités variables d'urée ; puis les animaux ont été mis en observation pendant un certain laps de temps; il est très important d'agir ainsi, car les chiens peuvent succomber à l'injection d'urée plus de huit jours après l'intoxication.

Voici le résultat des expériences de M. Quinquaud :

En résumé, dit-il, la dose toxique est environ de 3 grammes par kilogramme d'animal; à cette dose, la mort peut survenir au bout d'un temps assez éloigné (onze jours). A la dose de 2 grammes par kilogramme, l'injection intra-veineuse d'urée n'amène pas la mort chez le chien. A dose plus élevée (10, 6, 4 grammes), la mort a lieu soit presque immédiatement après l'injection (10 grammes), soit dans la nuit qui suit l'injection.

L'exhalation pulmonaire de l'acide carbonique diminue de moitié quelques heures après une injection de 4 grammes par kilogramme. Elle ne parait pas subir de modifications après une injection de 2 grammes par kilogramme.

Le sang, les humeurs, les tissus contiennent après la mort de grandes quantités d'urée. Dans des cas où la mort est survenue plusieurs jours après l'injection, on a trouvé une grande quantité d'urée dans le sang.

Recherches dynamographiques sur les équivalents moteurs des sensations. — M. FÉRÉ présente des tracés destinés à montrer que les réactions motrices déterminées par les excitations sensorielles peuvent être appréciées sur des sujets normaux, et que si ces réactions diffèrent de celles qu'on observe chez certains sujets névropathes, en particulier des hystériques, c'est seulement par une intensité moindre.

Il a fait des expériences sur les excitations de l'ouïe : il a enregistré l'influence sur l'effort prolongé, non plus d'un son monotone, mais de sons combinés. Pendant qu'on joue sur le violon la *Marseillaise*, le sujet serre la poignée du dynamographe et s'efforce de maintenir la pression. Le tracé montre que l'intensité de la pression diminue progressivement et finit par une chute plus ou moins brusque. La distance qui sépare l'ascension de la chute, étant sur lui-même 50 à l'état normal sans aucune excitation, devient 80 sous l'influence de cette excitation auditive; en outre, la ligne d'ascension a presque doublé de hauteur.

M. Féré a mis à profit la sensibilité particulière d'une hystérique

en excitations sensorielles pour apporter plus de précision dans ses études. Il présente quelques tracés destinés à montrer l'influence des sensations colorées sur l'état dynamique. On y voit que la hauteur d'ascension des pressions correspondantes à chaque couleur concordent avec les mesures dynamométriques qu'il a rapportées précédemment. La régularité des courbes est un gage de la sincérité du résultat.

D'autres tracés montrent que chaque couleur a une influence différente, non seulement sur la puissance de l'effort momentané, mais encore sur la durée de l'effort soutenu.

Sur d'autres tracés, on peut voir que les contractions obtenues sous l'influence d'hallucinations colorées offrent une forme et une hauteur comparables à celles qui sont données sous l'influence de la vision réelle des mêmes couleurs.

Enfin, sur plusieurs de ces feuilles, on peut remarquer une autre expérience. L'auteur tient à faire ressortir l'intérêt. Il a décrit, avec M. Binet, sous le nom intentionnellement vague de polarisation psychique, un phénomène qui consiste en ce que, lorsque, chez un sujet du genre de celui dont il est question plus haut, on provoque la sensation (ou une hallucination ou un souvenir) d'une couleur par exemple, si on applique un aimant à proximité de sa tête, la couleur se transforme en une couleur complémentaire; un objet rouge sera vu vert. On voit l'expérience répétée avec l'orangé : le sujet regarde à travers une lame de verre orange et fournit les contractions propres à cette couleur; puis, sous l'influence de l'aimantation, les lignes d'ascension s'abaissent, deviennent moins verticales, et finalement prennent la forme de celles qui sont fournies sous l'influence du violet.

Le dynamographe a donné des résultats analogues et tout aussi confirmatifs pour les sensations de l'odorat, du goût, pour les hallucinations des mêmes sens.

En ce qui concerne l'odorat, M. Féré a obtenu, avec une vingtaine de substances odorantes, une série de courbes identiques qui présentent des analogies et des différences qui permettront peut-être de tenter une classification des odeurs.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XLIX

3 décembre 1813. — Nous allons faire nos adieux au général Harispe, qui est appelé à Bayonne pour défendre son pays; il laisse d'unanimes regrets dans toute l'armée.

9 décembre. — Le commandant Bugeaud surprend, à l'hostal d'Ordal, un poste de 30 cavaliers anglais et les emmène prisonniers sans avoir tiré un coup de fusil.

22 décembre. — On désarme le régiment de Nassau qui fait partie de la garnison de Barcelone et les autres troupes confédérées qui servent dans notre armée. Cette mesure de prudence a été motivée par la défection, dans l'armée du maréchal Soult, d'un autre régiment de Nassau; celui de notre armée s'est toujours conduit avec bravoure et fidélité.

QUELQUES NOTES SUR BARCELONE

Barcelone est, après Madrid et Cadix, une des principales villes d'Espagne. Cette capitale de la Catalogne peut être comptée parmi les belles villes de l'Europe. Grande, très bien construite, située sous un climat délicieux, sur la mer, à l'embouchure du Llobrégat, au voisinage d'une riche campagne, elle a de beaux édifices publics, de nombreuses fontaines, d'agréables promenades, un port marchand très fréquenté, une population de 130000 habitants, des fabriques, des manufactures, des établissements pour les sciences et les arts, en un mot tout ce qui peut concourir à la prospérité de ses citoyens. Comme place forte, elle a une enceinte bastionnée, d'immenses fossés que l'on vient de faire palissader, et une citadelle ; le fort de Montjoui, dont la position inexpugnable peut battre le port et la ville. Les rues sont toutes parfaitement pavées avec de grands pavés oblongs de grès, et proprement tenues; la ligne médiane de chaque rue offre une série de ces pavés plus longs, transversaux, recouvrant un canal qui est destiné, dit-on, à charrier les immondices, je n'y ai jamais vu d'eau; cette pierre s'exploite au Montjoui; son grain âpre use beaucoup les fers des chevaux et les souliers. Les maisons sont généralement grandes, bien construites, en pierre de taille, à trois et même quatre étages. Celles qui correspondent aux promenades sont les plus belles, avec des jardins ornés de bassins, de jets d'eau, de grottes, de statues. On aime à cultiver les fleurs et les arbres d'agrément; les anémones et les renoncules m'ont paru être les fleurs de prédilection. Le faubourg appelé Barcelonette a une population de 15000 âmes lorsque le commerce est florissant; les rues y sont tirées au cordeau; les maisons, à un seul étage, bâties sur un plan uniforme, peintes de la même couleur; on dirait une ville jetée au moule; dix-huit rues en longueur, six en travers. Les quais du port offrent toutes les conditions de solidité et d'élégance; il y a des magasins souterrains nombreux, bien aménagés. Le dépérissement du commerce, la négligence de l'entretien du port, font que celui-ci s'encombre de plus en plus de sable.

Les principaux édifices publics, dont la construction est postérieure à l'année 1778, date de l'autorisation des transactions avec les Indes, sont :

1° La Douane, édifice carré situé près du port, architecture élégante, revêtu à l'extérieur d'un stuc qui simule le marbre blanc ; les piédestaux, les colonnes sont en marbre, le faîte couronné par une Renommée, des urnes, des guirlandes.

2° Le Palais, qui est en face de la Douane, sans élégance, autrefois la résidence des capitaines généraux, aujourd'hui celle de notre maréchal.

3° La Bourse, d'une belle architecture; le Muséum de peinture et de sculpture et un cabinet de machines y sont installés. L'activité commerciale des Barcelonais ne leur a pas fait oublier le culte des arts.

4° Derrière la Douane est un lavoir public dont le bassin en carré long est très solidement construit; 200 laveuses peuvent travailler à l'aise sur les bords inclinés de ce bassin; l'eau y est renouvelée à volonté par de grands robinets; l'enceinte en est fermée par une balustrade ; un hangar le recouvre.

5° L'hôpital de las Atarazanas, très bel édifice carré, primitivement destiné à une caserne et approprié aujourd'hui à notre service hospitalier ; sa contenance est de 1000 malades. Les salles sont grandes, spacieuses, les croisées multipliées mais petites ; son faîte, entouré d'une balustrade, est une terrasse en belle pierre de taille, qui sert de promenoir aux malades. L'influence de l'air de la mer sur la guérison des plaies ne paraît pas être salutaire.

6° Le collège de chirurgie, petit amphithéâtre de quatre gradins seulement, destiné soit aux leçons, soit aux réceptions. On y voit le buste de Pedro Virgili (de Tarragone), fondateur de ce collège. Le cabinet d'anatomie offre des préparations en cire, faites par un Catalan nommé Lacava, quelques pièces pathologiques relatives aux maladies des os, des cas curieux de tératologie, etc. Le cabinet des instruments de chirurgie et la bibliothèque laissent à désirer. On observe sur un mur de la cour de l'amphithéâtre une sorte d'exposition ostéologique; trois grandes croix pyramidales en crânes humains bordées de fémurs et de tibias; date, 1722. Ce chiffre est tracé avec des têtes de fémurs.

Les salles de l'hospice civil, qui est dans la même enceinte que le collège de chirurgie, sont extrêmement obscures et d'un aspect sinistre.

7° L'Arsenal et la Fonderie de canons sont attenants à l'hôpital militaire ; les ateliers sont vastes; beaucoup de magasins de bois de construction.

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 juin 1885.

8° Le Théâtre n'offre à l'extérieur rien de remarquable; la salle est grande, trois rangs de loges, parterre avec sièges. Les décors sont généralement exécutés avec goût et même avec magnificence; les acteurs sont assez remarquables.

9° Le fort Montjoui mérite d'être cité parmi les beaux établissements de Barcelone; ses fossés, ses demi-lunes, ses casernes, ses magasins, ses citernes, ses casemates, sont supérieurement construits; les embrasures de son enceinte plongent sur la ville et sur le port; on y a réuni une quantité prodigieuse de canons et de projectiles.

Les promenades publiques, *intra muros*. sont remarquables; celle de l'esplanade, sur les glacis de la citadelle, est due au duc de Lancastre qui était, il y a vingt ans, capitaine général de la province; elle est formée de jeunes ormeaux bien alignés et ornée de quatre bassins élégants avec groupes en pierre et jets d'eau. La *muraille de mer* est une belle et large terrasse, une sorte de quai très fréquenté en hiver, d'où l'on jouit d'un point de vue très pittoresque qui embrasse en même temps Barcelonette, le port, une vaste étendue de mer, le fort Montjoui, la côte de Mataro, la chaîne des montagnes de Montseign.

La Rambla est une allée assez chétive de saules et d'ormeaux, au voisinage de laquelle sont les plus belles maisons et les principaux cafés.

Les fontaines ne sont pas rares, mais elles sont peu remarquables comme construction; l'eau m'a paru être de médiocre qualité.

Les marchés abondent en légumes, en fruits plus variés et meilleurs que dans les autres provinces; excellents poissons, coquillages, gibier de toutes sortes, champignons, truffes, etc.; ces dernières, bien inférieures en qualité à celles du Périgord, sont grosses, chair gris blanchâtre, parfum fugace; les noires sont généralement préférées; on les exploite surtout aux environs de Vic d'Osona; les Espagnols n'en sont pas friands; la présence des Français en Catalogne en a déterminé le commerce; il en est de même des huîtres; le bien-être assez général dans l'armée d'Aragon, qui occasionna une hausse subite dans le prix des comestibles, valut aux restaurateurs l'avantage de porter à quatre francs le prix de la douzaine d'huîtres. Le fruit élégant de l'*arbousier* ou *fraisier en arbre* et les *pignons* sont des productions communes dans les montagnes de la Catalogne et qui se vendent au marché; on mange quelquefois les *pignons* à la soupe en guise de riz; les fruits du *lupin* ne se vendent pas au marché comme à Valence. La fabrication du pain est plus soignée que dans les autres provinces; on chauffe les fours avec les branches d'arbousier ou avec les bruyères.

Les Barcelonais, ou, en général, les Catalans, forment un peuple distinct; moins rembrunis que leurs voisins, ils ont une stature plus avantageuse, le corps bien pris, robuste et agile, le mollet bien prononcé; agriculteurs intelligents, commerçants fort actifs, guerriers intrépides, patriotes incorruptibles, ils sont capables de grandes choses. Le manteau castillan est peu en usage dans la Catalogne; j'ai déjà signalé le bonnet de laine rouge ou bigarré, penché sur l'oreille des gens du peuple; les bourgeois ont une meilleure tournure et une toilette plus soignée que dans les autres contrées de la péninsule.

Les femmes ont la stature et presque le teint de nos Françaises méridionales; leur buste est plus robuste que chez les Castillanes et les Aragonaises; mais leur taille est sans grâce, leur démarche sans agilité, leur mise sans goût, leurs pieds d'une longueur démesurée. Les femmes du peuple portent, pour les jours de parure, une mantille à capuchon en flanelle d'un blanc azuré, bordée d'un ruban lustré. On observe dans les rues beaucoup de boiteux, des bossus, des rachitiques. La campagne est d'une beauté ravissante, arrosée par un canal qui vient du Besos, abritée du nord par la chaîne des montagnes de San Pedro Martyr; exposée sans obstacle aux influences du levant et du midi, elle offre une température et un ciel très analogues au climat de Valence; elle produit du blé, du sarrasin, du vin, de l'huile, quelques caroubes; on y remarque des palmiers, des aloès vigoureux; les orangers y fructifient bien.

Barcelone fut une colonie carthaginoise bâtie par Amilcar, père d'Annibal. Son nom vient de la famille Barcia dont ce chef carthaginois était issu; d'autres attribuent sa fondation à Hercule le Libyen (Mariana).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le jury du concours pour la nomination à une place de chef titulaire et une place de chef-adjoint de clinique chirurgicale, qui s'est ouvert mercredi dernier 1er juillet 1885, se compose de MM. les professeurs Guyon, Le Fort, Verneuil et Lannelongue.

La question donnée pour la première épreuve (composition écrite) a été : « Vaisseaux du rectum; anatomie pathologique et pathogénie des hémorrhoïdes. »

— Le jury du concours pour la nomination à deux places de chef titulaire et deux places de chef-adjoint de clinique médicale, qui doit s'ouvrir aujourd'hui même lundi 6 juillet 1885, se compose de MM. les professeurs Bouchard, Damaschino, Hardy, Peter, Germain Sée et Hayem, suppléant. Celui du concours pour la nomination à une place de chef titulaire et une place de chef-adjoint de clinique des maladies du système nerveux, qui s'ouvre également aujourd'hui lundi 6 juillet 1885, se compose de MM. les professeurs Bouchard, Charcot, Damaschino, Hardy, Peter, Germain Sée et Hayem, suppléant.

— M. le docteur Roux est nommé, par arrêté ministériel du 1er juillet 1885, membre de la commission supérieure du phylloxera.

— M. le docteur Bourcy est nommé chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié, en remplacement de M. De Brun, démissionnaire.

—*Faculté de médecine de Lyon*. — M. Berne, professeur de pathologie externe, est autorisé à se faire suppléer pour raisons de santé, du 15 juin au 31 octobre 1885, par M. Pollosson, agrégé.

— *Faculté des sciences de Paris*. — Les inscriptions pour les examens de la licence ès sciences seront reçues au secrétariat de la Faculté, à la Sorbonne, tous les jours, de deux heures à quatre heures, du mardi 7 juillet 1885 au samedi 18 du même mois.

Les inscriptions pour le brevet de capacité seront reçues au secrétariat de la Faculté, à la Sorbonne, tous les jours, de deux heures à quatre heures, du 16 au 25 juillet 1885.

— L'Académie des inscriptions et belles-lettres vient de décerner une mention honorable à M. le docteur Paulmier pour son ouvrage intitulé : « Ambroise Paré, d'après des documents nouveaux. » (Concours des antiquités nationales.)

— La Société médico-psychologique a fixé définitivement l'inauguration de la statue de Pinel, élevée devant l'hospice de la Salpêtrière, à lundi prochain 13 juillet 1885, dix heures du matin, sous la présidence de M. le docteur Dagonet.

— Le *Bulletin officiel* d'Espagne donne pour la journée du 4 juillet 1885, pour 177 villes et villages des huit provinces atteintes par l'épidémie cholérique, 1667 cas et 855 décès, chiffres sur lesquels la ville de Valence, à elle seule, compte pour 380 cas et 148 décès, et Aranjuez pour 202 cas et 64 décès.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Henri Labarraque, décédé hier 5 juillet 1885. Ses obsèques auront lieu demain mardi, à midi très précis, en l'église Saint-Laurent.

— La Société protectrice de l'enfance met au concours les questions suivantes :

1° *Prix de* 1885 (valeur, 500 francs). — Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les établissements ainsi que la nature de l'industrie qu'on y exploite, quelle influence ont pu avoir sur la santé des mères et des enfants :

1° le repos auquel, dans quelques fabriques, sont astreintes les ouvrières pendant la quinzaine qui précède et celle qui suit l'accouchement; 2° l'établissement d'une crèche à proximité de la fabrique.

2° *Prix de* 1886 (valeur, 500 francs). — Exposer, dans des observations personnelles, les causes de l'ophthalmie purulente chez les nouveau-nés, ses symptômes, son traitement et les précautions à prendre pour prévenir la contagion.

Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, franco de port, avant le 1er novembre 1885, pour la première question, et avant le 1er novembre 1886, pour la deuxième question, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Blache, rue des Beaux-Arts, 4.

Les mémoires doivent être accompagnés d'un pli cacheté contenant les nom, prénoms et adresse de leur auteur avec une devise qui doit se trouver répétée en tête du mémoire.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Traité clinique du diagnostic des maladies de l'encéphale basé sur l'étude des localisations, par le professeur H. Nothnagel; traduit et annoté, avec l'autorisation de l'auteur, par le docteur Keraval; ouvrage précédé d'une préface par M. le professeur Charcot. 1 vol. in-8° avec un atlas de 68 figures. — Prix : 14 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Étude sur les paralysies alcooliques (**névrites multiples chez les alcooliques**), par le docteur Œttinger. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Ueber leukämischer Blut nebst Beobachtungen betreffend die Entstehung des Fibrinfermentes, von Jacob v. Samson-Himmelstjerna. Br. in-8°. — Dorpat, H. Laakmann.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18063.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La foule n'était pas cette fois dans la salle des pas-perdus, mais dans la salle des séances.

On savait que M. Brouardel, de retour d'Espagne, allait lire son rapport sur les vaccinations cholériques de M. le docteur Ferran et on avait hâte de l'entendre. On ne connaissait pas les termes de ce rapport, mais on pressentait vaguement que ce serait une exécution.

C'en fut une, en effet. M. le docteur Ferran paraît étranger aux sentiments que l'on exige, en France, de quiconque a l'honneur d'appartenir au corps médical. Où tout médecin français, d'après des traditions qui constituent pour ainsi dire une religion professionnelle, ne pourrait voir qu'amour de la science et désir de se rendre utile à ses semblables, il cherche surtout une exploitation lucrative, et il cache ses procédés, se comparant lui-même à un industriel qui veut se réserver à lui seul ce qui lui sert à faire de l'argent.

Entre la mission française et lui, il n'y avait donc pas moyen de s'entendre. Tout ce qu'on a pu constater, c'est que son laboratoire était très mal monté et qu'il manquait des appareils, des réactifs, etc., considérés actuellement comme absolument indispensables pour les études microbiennes; c'est qu'en pratiquant les vaccinations, il ne prenait aucune des précautions recommandées par M. Pasteur; c'est qu'à la suite de ces vaccinations n'apparaissait aucun des symptômes pouvant rappeler le choléra; c'est que parmi les personnes vaccinées, et même parmi celles qui l'avaient été à plusieurs reprises, un certain nombre eurent le choléra et en moururent. On constata également que les statistiques venues d'Espagne n'ont aucune valeur, et qu'il était tout à fait impossible de savoir dans quelles proportions se trouvaient réellement les morts des diverses catégories.

Après ce rapport, on a écouté avec une très grande faveur M. Doyen, interne des hôpitaux de Paris, qui venait exposer ses recherches sur le microbe du choléra et sur son inoculation, suivie de mort, chez les animaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Damaschino.

Anatomie pathologique de la paralysie infantile.

(Leçon recueillie par M. Wurtz, interne des hôpitaux.)

La paralysie infantile est une des maladies les plus intéressantes du système nerveux. Cette affection est de connaissance relativement récente et, au point de vue de l'anatomie pathologique, elle n'a été bien étudiée que depuis une vingtaine d'années.

Comme elle ne compromet pas l'existence, comme il n'y a pas ici de lésions pouvant entraîner la mort, les autopsies sont fort rares et ne peuvent être faites qu'à la suite d'une maladie intercurrente. Aux quatre premières que j'ai recueillies en 1868, 1869 et 1871, et publiées en 1871 et 1879 en collaboration avec mon excellent maître M. Roger, je puis ajouter aujourd'hui six autres cas, dont deux chez des enfants et quatre chez des adultes atteints dans leur enfance de cette forme de paralysie spinale. Je m'appuierai tout spécialement sur ces dix autopsies pour vous présenter la description des lésions anatomiques de cette intéressante maladie.

Dans une de ces dernières observations que j'ai publiées avec mon regretté collègue Archambault, la mort étant survenue au vingt-sixième jour de la maladie, nous avons vu et décrit les lésions de la paralysie infantile à son début pour ainsi dire; j'ai pu, en particulier, faire connaître les altérations initiales du système vasculaire dont je vais vous entretenir tout à l'heure.

L'examen macroscopique de la moelle varie suivant que la paralysie infantile a débuté depuis plus ou moins longtemps. A une période initiale, l'axe spinal ne présente à l'aspect extérieur rien de particulier. Si, au contraire, l'affection date déjà de loin (plusieurs années par exemple), on constatera une diminution de volume au niveau des renflements lombaire et cervical.

Dans les cas récents, dont je dois d'abord vous faire connaître les caractères, on voit apparaître, sur une section transversale de la moelle, des foyers de myélite dont la coloration et la dimension sont variables. Pendant les deux premiers mois, le foyer myélitique est rouge, de forme arrondie. Ses dimensions peuvent occuper toute l'étendue de la corne antérieure (ces foyers siègent toujours au niveau de cette corne exclusivement) ou, au contraire, se réduire à un point à peine perceptible. Le foyer, traversé par de gros

vaisseaux remplis de sang, est entouré d'une zone blanchâtre périphérique. Sa consistance est molle, presque diffluente si le cas est récent. S'il est plus ancien, les parois du foyer semblent un peu indurées.

Sur cette préparation photographiée que je vous projette en ce moment sur le tableau, vous voyez au niveau de la région cervicale un foyer considérable de ramollissement auquel aboutit un gros vaisseau. Sur cette autre préparation, voici deux foyers séparés, mais parfaitement visibles. On y trouve aussi une altération évidente des faisceaux antéro-latéraux.

Voyons maintenant quels sont, histologiquement parlant, l'ordre de succession et la marche des lésions.

Si le sujet a succombé rapidement (vingt-sixième jour, Archambault et Damaschino), ce qui frappe tout d'abord, ce sont les altérations manifestes du système vasculaire. Les cornes antérieures sont le siège d'une vascularisation intense : les vaisseaux sont turgescents, presque variqueux, et contiennent des globules sanguins empilés les uns sur les autres, tandis que, sur une moelle normale, les capillaires, à peine visibles, sont presque toujours exsangues.

De plus, les gaines lymphatiques sont pour ainsi dire gorgées de corps granuleux, d'apparence assez variable, suivant que la lésion est plus ou moins avancée. Dans l'intérieur du foyer, les altérations sont identiques à celles de la myélite centrale aiguë. La myéline a disparu, en grande partie enlevée par les leucocytes : pour voir ces corps granuleux, qui sont des leucocytes chargés de granulations graisseuses provenant de la segmentation de la myéline, on est obligé de prendre des précautions spéciales, sur lesquelles j'ai depuis longtemps insisté : il faut, en effet, soumettre les coupes à l'action de l'acide osmique, ou plus simplement les monter dans la glycérine. L'emploi de l'essence de térébenthine ou de girofle, puis du baume de Canada, aurait l'inconvénient de dissoudre la graisse et de ne plus laisser voir que les noyaux.

Les altérations des éléments nerveux ne sont pas moins intéressantes à étudier. Il existe des cas où la lésion anatomique est tout à fait localisée. Prévost (de Genève) a publié un cas où la main seule était atrophiée, et dans la moelle du sujet il trouva un tout petit foyer localisé au niveau de la cinquième vertèbre cervicale avec les lésions spéciales à la paralysie infantile. Ce fait est exceptionnel, et en général les altérations des éléments nerveux, des cellules motrices aussi bien que des tubes nerveux sont plus étendues, mais elles occupent toujours et exclusivement les limites du foyer myélitique.

A la première période, on voit d'abord les prolongements des grandes cellules kinésodiques de la corne antérieure diminuer peu à peu, puis disparaître. Les cellules elles-mêmes deviennent granuleuses. Les granulations, protéiques et non graisseuses, masquent le noyau, qui ne tarde pas à s'atrophier; puis le corps cellulaire revient sur lui-même et se réduit à une masse informe qui fixe fortement le carmin et dont la nature ne peut être reconnue qu'à l'aide d'un fort grossissement.

D'importantes altérations se rencontrent également dans les tubes à myéline qui traversent les cornes antérieures de la substance grise. Elles sont identiques à celles qui frappent les tubes nerveux privés de communication avec les centres trophiques de la moelle : la myéline est segmentée, forme des boules, et finalement disparaît ainsi que le cylindre-axe. La corne antérieure est alors constituée uniquement par un tissu où les éléments nerveux font complètement défaut. Ces lésions entraînent des pertes de substance nerveuse qui, sur des préparations traitées par l'acide osmique, présentent des sortes de trous au niveau du point affecté.

Quelle est la constitution histologique de ce tissu nouveau? On y voit des cellules dérivées de la névroglie, des cellules du tissu conjonctif modifiées. Autour du foyer, qui est hyperémié au début, s'étale une zone ambiante constituée par un tissu condensé avec accumulation de cellules araignées.

Dans les cas anciens, l'examen micrographique met en évidence des foyers sclérosiques avec de nombreux noyaux au niveau de la corne antérieure malade. Enfin il n'est pas rare de rencontrer des corps amyloïdes caractérisés par leur forme arrondie, leur double cercle concentrique et leur coloration par l'hématoxyline. Ils sont bien différents des corps granuleux dont je vous parlais tout à l'heure. On constate, en outre, des lésions atrophiques des cellules, signalées pour la première fois par MM. Prévost et Vulpian.

Les racines intra-spinales sont atteintes de la même façon que les tubes de la corne antérieure; on y constate les mêmes altérations de structure.

La substance blanche prend également part au processus morbide. Ce sont même les lésions du manteau blanc de la moelle qui avaient attiré l'attention des premiers observateurs (autopsies faites par MM. Cornil et Laborde, 1863-1864). Ces lésions ne se montrent pas dans toute l'étendue des cordons antéro-latéraux : les faisceaux pyramidaux droit et direct sont habituellement respectés.

Il y a toujours altération des racines antérieures de la moelle; le cylindre-axe disparaît, la myéline se segmente en gouttelettes plus ou moins volumineuses, et les tubes sont tout à fait vides dans les cas anciens. Je dois ajouter que ces lésions se prolongent dans les nerfs. A côté de tubes nerveux normaux, on en trouve de malades.

Les muscles sont le siège d'altérations diverses et variables, suivant que la maladie est plus ou moins ancienne. Au début (j'ai pu examiner, avec le harpon, des fibres musculaires d'un enfant atteint de paralysie depuis trois semaines seulement), la striation transversale devient moins nette. Les noyaux du myolemme prolifèrent et le contenu de la gaîne est tout à fait granuleux : ces granulations qui résistent pourtant en partie à l'action du chloroforme et de l'éther, ne sont probablement pas toutes des gouttelettes graisseuses. Plus tard, la substance musculaire disparaît peu à peu; finalement il ne reste que des gaînes vides. Il survient alors un état graisseux du muscle, qui avait frappé Duchenne (de Boulogne), d'où le nom d'atrophie graisseuse de l'enfance, que cet éminent observateur avait proposé de donner à la paralysie spinale de l'enfance.

Les lésions osseuses ne sont pas toujours connexes des lésions musculaires. Il peut se faire même que les muscles soient très atrophiés et que les os le soient très peu. Quoi qu'il en soit, les altérations du système osseux sont d'autant plus nettes que l'enfant est plus jeune. Il y a diminution de l'os dans toutes ses dimensions; les altérations dans la largeur sont parfois plus considérables que dans la longueur; il en résulte que les fractures ne sont pas rares, vu la fragilité que donne à l'os la diminution de résistance dans le sens transversal. J'ai eu récemment l'occasion de le constater chez deux malades, dont l'un s'était, à trois reprises, brisé l'humérus gauche; l'autre, récemment entré dans

mon service, avait eu successivement une fracture de l'humérus droit et de la jambe gauche.

Je dois ajouter qu'au point de vue histologique, nos connaissances sont encore très incomplètes sur ces lésions osseuses : voici, en quelques mots, ce que j'ai pu constater dans deux cas. Les couches sous-périostées qui sont peu développées à l'état normal, semblent plus denses, épaisses; tandis que tout le reste de la diaphyse est entièrement atrophié. La paroi compacte qui recouvre la partie spongieuse des épiphyses est excessivement mince : les aréoles du tissu spongieux diminuent d'épaisseur et deviennent plus fragiles. Les os courts et les os larges (tels que l'omoplate) présentent les mêmes lésions. Enfin les articulations sont également affectées et atrophiées, notamment l'articulation de l'épaule, où l'on voit assez fréquemment survenir des subluxations pathologiques. C'est surtout au niveau des articulations tibio et médio-tarsiennes que se rencontrent les changements de rapports des surfaces articulaires. Vous savez, en effet, que les diverses variétés de pieds bots sont une suite très fréquente de la paralysie spinale de l'enfance.

HOPITAL NECKER. — M. Le Fort.

Fistules péniennes.

Je vais opérer un malade d'une fistule pénienne, dont il m'a été très difficile de connaître l'origine et la marche. Cet homme a eu, il y a cinq ou six ans, une chaudepisse pour laquelle il a été traité à l'hôpital du Midi par le copahu et un opiat, dit-il, sans injections. Il y a dix-huit mois, il a contracté une seconde blennorrhagie; il s'est fait soigner chez lui, toujours sans injections. Mais quelque temps après il est survenu une tuméfaction assez considérable de la verge qui s'est étendue jusque sur le scrotum.

La miction se trouvant par suite douloureuse, cet homme entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Péan, qui incise cette tuméfaction. Un peu d'urine se serait écoulée par l'incision. Le malade veut s'en aller avant que sa plaie ne soit cicatrisée. Celle-ci s'agrandit peu à peu et devient fistuleuse.

De cet historique que je reproduis ici tel qu'il nous l'a donné, il semble que dans le cours d'une uréthrite un abcès de voisinage se soit formé, lequel se serait ouvert dans l'urèthre. De là un amas d'urine et une infiltration urineuse.

Quoi qu'il en soit, dans le scrotum il persiste actuellement une petite induration, et l'on constate l'existence d'une cicatrice. La verge est assez courte, la face inférieure est occupée par du tissu cicatriciel qui rend la peau très peu mobile. De plus, à peu de distance du gland on aperçoit un orifice oblong, dont le diamètre longitudinal mesure 0,009 et le diamètre transverse 0,004. Cette ulcération paraît néanmoins envahir toute la partie inférieure du canal de l'urèthre.

En résumé, donc, il s'agit d'une fistule uréthro-pénienne, qui n'est pas très grande et qui, au premier abord, paraît très facile à boucher; cependant il n'en est rien, ainsi que le démontrent les nombreuses observations publiées par divers auteurs, notamment dans une thèse très bien faite et soutenue en 1869, ainsi que dans un article de M. Langenbeck.

A quelle opération devons-nous donc avoir recours? A la cautérisation? Mais dès que l'on a affaire à une fistule tant soit peu large, les résultats sont des plus médiocres. Nous trouvons dans Astley Cowper un cas de guérison par la suture, suivie quelques mois plus tard de la cautérisation avec l'acide nitrique. Dieffenbach a réussi aussi chez un malade et échoué chez d'autres avec la teinture de cantharide. Rizzoli a réussi partiellement avec le nitrate d'argent. D'autres enfin ont employé le fer rouge. Dans un certain nombre de cas, on a eu recours aux cautérisations pour parfaire la guérison.

Mais les véritables procédés, malgré certaines difficultés, sont ceux dans lesquels on emploie la suture.

Comme première indication, il faut surtout ne pas déterminer de rétrécissement du canal de l'urèthre, ne pas rétrécir non plus les téguments, en raison même du caractère érectile de l'organe sur lequel on opère; il faut aussi éviter, dans l'autoplastie, que l'urine ne s'infiltre sous le lambeau, empêcher la plaie d'être baignée par l'urine.

Le premier de ces procédés consiste dans l'avivement simple des bords de la fistule et la suture, sans incision libératrice. Le grand avantage est qu'il n'y a aucune perte de substance. Mais le grave inconvénient est que la plaie est en contact permanent avec l'urine; de là de fréquents échecs.

Dieffenbach a modifié ce procédé en faisant deux simples incisions libératrices latérales et portant seulement sur la peau. L'opération a quelquefois réussi; mais l'inconvénient réside dans l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire.

Passons maintenant aux procédés par autoplastie. Il y a le procédé à tiroir qui consiste à faire quatre incisions : une première latéralement, pour aviver les tissus sur un des côtés de la fistule; les deux autres, transversales; la quatrième enfin, pour détacher le lambeau sur la face profonde, le soulever et l'attirer de façon à recouvrir la partie avivée et saignante. Quelques points de suture en haut, en bas et sur un des côtés terminent l'opération qui n'empêche, malheureusement pas encore, le passage de l'urine sous le lambeau, d'où sa mortification possible.

Il y a plusieurs procédés dits de glissement. Dans le premier, on incise verticalement, puis on décolle la peau sur les parties latérales, on avive les bords de la fistule, on fait glisser la peau décollée et on place ses points de suture. C'est le procédé de Ricord. Il laisse toujours l'urine s'infiltrer.

Dans un autre procédé on a proposé le glissement de haut en bas, et non plus latéralement au moyen d'une double incision circulaire, de façon à obtenir une sorte de bague cutanée que l'on décolle dans sa partie supérieure, on libère au-dessus et au-dessous, on tire sur la peau inférieure et sur la peau supérieure pour les ramener et réunir sur la partie moyenne.

Ce procédé est très mauvais et fait courir le risque de la mortification.

Nélaton avait proposé un autre procédé par glissement, mais il expose aussi au passage de l'urine. Étant donnée une fistule uréthro-pénienne, on fait une petite incision transversale au-dessus et au-dessous de la fistule, on décolle la peau en dédolant avec un bistouri droit, puis on cherche à opposer non plus les bords l'un à l'autre, mais bien les surfaces l'une contre l'autre, de façon à avoir un accolement de la peau par ses surfaces. En cela le procédé est bon, il est même l'un des meilleurs, mais il permet toujours l'infiltration du tissu cellulaire.

Quant au procédé de Delort (de Lyon), il consiste dans une

incision au niveau de la fistule, deux incisions latérales, relèvement des deux lambeaux et points de suture, les lambeaux sont amenés au contact sur la partie moyenne. Le résultat est le même que dans le procédé de Nélaton. Mais ici il y a cela de particulier, que l'on fait un double plan de sutures : un plan superficiel et un plan profond.

Des procédés autoplastiques qui suivent, je n'ai que très peu de chose à en dire, n'ayant pas à les employer chez notre malade. L'un d'eux consiste à emprunter un lambeau du côté du scrotum et à le tordre sur son axe pour l'appliquer sur la fistule. Il n'est bon en réalité que dans le cas où il existe une grande perte de substance et il présente toujours les mêmes inconvénients que les procédés qui précèdent. On peut aussi prendre son lambeau soit sur la région inguinale, soit sur la région abdominale.

Il y a encore le procédé employé par MM. Duplay et Benjamin Anger, ou procédé par autoplastie à double superposition des lambeaux. Il a beaucoup d'avantages, il n'expose pas à l'infiltration, il facilite la reprise des surfaces et assure mieux la guérison.

Cependant je ne l'emploierai pas, je préfère recourir chez mon malade au procédé dont je me suis servi autrefois à la Charité chez un malade qui avait une fistule du larynx, c'est-à-dire à une autoplastie par la face externe de la peau avivée.

Elle consiste : 1° dans une incision sur les parties latérales, à peu de distance des bords de la fistule, afin que la plaie ne soit pas du côté du canal de l'urèthre, et j'abraserai la partie superficielle du derme ; 2° une seconde incision parallèle à la première pour enlever aussi de ce côté la partie superficielle du derme, de sorte que le tissu cellulaire reste intact ; 3° glissement de façon à avoir un contact profond et superficiel des deux portions de la peau ainsi cruentée ; 4° sutures. C'est ainsi que j'ai agi également en 1867 pour une fistule uréthro-pénienne, un peu moins large que celle d'aujourd'hui.

Maintenant une autre question se présente : comment peut-on se mettre à l'abri du passage de l'urine ? En plaçant dans la vessie une sonde à demeure en caoutchouc rouge et sans fausset afin que l'urine puisse constamment s'écouler.

En résumé, l'opération est très simple en apparence, mais très hasardeuse dans ses résultats ; la guérison ne survient qu'après un assez long temps, et quelquefois elle est partielle et doit être parachevée plus tard par la cautérisation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juillet 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend la relation d'une épidémie d'oreillons qui a sévi au 28e régiment d'infanterie, à Évreux, pendant l'hiver 1884-1885, par M. le docteur Bassompierre, médecin-major de deuxième classe. (Commission des épidémies.)

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale, en remplacement de M. Fauvel. Les candidats sont classés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Vallin ; en deuxième ligne, M. Ollivier ; en troisième ligne, M. Mottet ; en quatrième ligne, M. Napias ; en cinquième ligne, M. Legrand du Saulle ; en sixième ligne, M. Laugier.

Le nombre des votants étant de 70, majorité 36,

M. Vallin obtient.	64 voix.
M. Legrand du Saulle	2 —
M. Mottet.	1 —
M. Ollivier	1 —
Bulletins blancs.	2 —

En conséquence, M. Valin, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

RAPPORT

Sur les essais de vaccination entrepris en Espagne par le docteur Ferran. — M. BROUARDEL donne les détails de la mission qu'il vient de remplir en Espagne avec MM. Albarran, interne des hôpitaux, et le docteur Charrin, chef du laboratoire de pathologie générale à la Faculté de médecine. Partis de Paris le 27 juin, ils arrivèrent à Valence le 30 et remirent aussitôt au docteur Ferran une lettre que leur avait donnée pour lui M. Pasteur, en lui demandant de les mettre à même de contrôler ses procédés de culture et d'atténuation, et les résultats obtenus par lui.

Mais, dès le premier instant, M. Ferran déclara qu'il refusait de faire connaître le procédé qu'il employait pour obtenir l'atténuation du virus cholérique, qu'il autoriserait seulement la commission à examiner, *dans son laboratoire*, son liquide vaccinal, mais qu'il s'opposait à ce qu'une seule goutte sortît de son laboratoire et fût emportée au dehors : « Je tiens à conserver mon secret, ajouta-t-il ; en vous le livrant, je vois ce que je vous donne ; je ne vois pas ce que vous me donnez en garantie. »

Il se compara lui-même à un industriel et demanda qu'il fût proposé à M. le ministre du commerce de traiter avec lui des conditions dans lesquelles il pourrait livrer son secret.

Ne pouvant rien obtenir de lui, M. Brouardel et ses collègues prirent la délibération suivante qu'ils lui communiquèrent :

« La mission française envoyée par M. le ministre du commerce avait pour but d'aller étudier en Espagne les essais de vaccination cholérique entrepris par M. le docteur Ferran.

« La mission estime que, pour connaître la valeur de ces essais, il lui faut la communication sans restriction de tous les procédés employés par M. le docteur Ferran pour obtenir l'atténuation du virus inoculé. Elle ne pourrait assumer la responsabilité de donner son approbation à cette méthode prophylactique, s'il reste un point réservé dans les procédés de culture et d'atténuation.

« Si M. le docteur Ferran persiste dans ses réserves, la mission adressera à M. le ministre du commerce français le télégramme suivant :

« Docteur Ferran refuse de faire connaître dans leur intégralité « les procédés par lesquels il obtient un liquide vaccinal. Il invoque « pour justifier ce refus son intérêt personnel. La question scienti- « fique ne peut donc être résolue. Il reste à contrôler les résultats « des statistiques (détails par lettre). »

« Cette dépêche a été communiquée à M. le docteur Ferran. « Prière de la faire connaître à M. Pasteur. »

M. Ferran demanda qu'on effaçât de la dépêche les mots « intérêt personnel ». Il déclara qu'il tenait à expliquer lui-même les raisons de son refus. Ce qu'il fit en effet dans une longue lettre où il alléguait les nécessités de sa situation, ne voulant pas laisser ses enfants sans ressources s'il venait à mourir.

Bien que considérant dès lors comme terminée la mission officielle qu'ils ne pouvaient pas accomplir comme il l'eût fallu, M. Brouardel et ses collègues tinrent à rassembler en qualité de simples curieux, le plus de renseignements possible sur les inoculations du docteur Ferran et leurs résultats.

Ils visitèrent son laboratoire, qu'ils trouvèrent on ne saurait plus mal monté, avec un simple bec de gaz dans une boîte, en guise d'étuve, sans rien pour permettre de régler la température ; et pour étudier les liquides à inoculer, un microscope d'un grossissement absolument insuffisant, sans aucun des moyens de coloration actuellement usités.

M. le docteur Ferran inocule quatre personnes par minute, il a

pour aides un avocat, un ingénieur, etc.; il se fait payer la plupart des vaccinations qu'il pratique à un taux qui varie entre 5 et 12 fr. 50.

Le mercredi 1er juillet, M. Ferran vaccina devant M. Brouardel et ses collègues une vingtaine de religieuses de l'hospice des petites sœurs des pauvres. Il transporta son liquide à l'hospice dans un matras dont la fermeture laissait à désirer; il le versa dans une tasse non flambée. Il puisait dans cette tasse, emplissant à chaque fois une seringue d'un centimètre cube munie d'une forte et large canule. Il injectait le contenu de la seringue dans la partie postéro-externe du bras, sans prendre la précaution d'expulser l'air introduit dans la seringue en même temps que le liquide ou de flamber la canule. Les personnes ainsi inoculées présentent, dans les vingt-quatre ou les quarante-huit heures qui suivent, des phénomènes mal déterminés, du malaise, de la courbature, quelques variations thermiques. On ne constate ni vomissements ni diarrhée. Pas plus que pour les animaux, quand M. Ferran en inoculait (ce que maintenant il s'abstient de faire), on n'a là un tableau symptomatique se rapprochant du choléra.

Les inoculations sont donc à peu près innocentes. Mais jusqu'à quel point sont-elles efficaces comme préservation? C'est ce qu'il est très difficile de déterminer.

En Espagne, certains impôts croissent avec la population; et c'est là sans doute une des causes pour lesquelles les statistiques relatives à l'état de la population sont si peu exactes. On dit, par exemple, qu'à Madrid la population réelle dépasse de plus du tiers les chiffres officiels. Il en est de même un peu partout.

Les indications relatives au décès en temps d'épidémie ne sont pas plus exactes. On dissimule souvent plus des deux tiers des morts, ce qui est assez facile, car les enterrements en cas d'épidémie se font pendant la nuit. D'une autre part, il n'y a pas de liste officielle des personnes vaccinées par M. Ferran, et ce sont d'ordinaire ses plus chauds partisans qui se chargent de recueillir les chiffres afférents à l'application de sa méthode. Aussi ne faut-il les accepter que sous bénéfice d'inventaire.

Voici ceux qui ont été communiqués sur place à M. Brouardel :

A Alcira, la population officielle est de 16000 âmes, mais il est probable que la population réelle s'élève au moins à 25000 âmes; sur ce nombre, il y a eu 10500 personnes inoculées.

Parmi les non-inoculés, il y aurait 374 cas de choléra, 169 décès; parmi les personnes inoculées une seule fois, 37 cas de choléra, 7 décès; parmi celles qui s'étaient fait réinoculer, 35 cas et 6 décès.

A Algemesi, sur une population officielle de 7856, probable de 10500, il y aurait eu 1202 personnes inoculées, dont 21 auraient eu le choléra et 5 seraient mortes; et en dehors de ce groupe, 484 cas de choléra, 208 morts.

A Alberique, le chiffre officiel de la population est de 5000 âmes, le chiffre réel est inconnu; il y aurait eu 938 personnes inoculées, dont 10 auraient pris le choléra et 2 seraient mortes, sans compter trois cas de choléra après réinoculation; et pour le reste de la population, il y aurait eu, depuis le début de l'épidémie (c'est-à-dire en y comprenant les cas qui se seraient produits avant que M. le docteur Ferran ne commençât ses inoculations), 192 cas et 75 morts.

Mais, en admettant même l'exactitude approximative de ces chiffres, ils ne prouveraient encore rien pour la méthode de M. Ferran, car la somme que coûtent ses inoculations en exclut la classe la plus pauvre, celle qui meurt surtout du choléra partout et toujours.

« En résumé, dit en concluant M. Brouardel, le contrôle scientifique de la valeur des procédés employés par M. le docteur Ferran pour obtenir l'atténuation du virus cholérique et l'étude complète du vaccin qu'il inocule sont rendues impossibles par son refus.

Les opinions de M. Ferran sur la morphologie du bacille et sur l'état du sang des animaux inoculés ont subi de nombreuses variations. L'outillage scientifique de son laboratoire est loin de répondre aux nécessités et aux difficultés des études microbiennes.

Les piqûres vaccinales pratiquées chez l'homme ou les animaux ne développent aucun symptôme qui rappelle une forme quelconque du choléra atténuée. Il est vrai que ces inoculations sur l'homme paraissent inoffensives.

Les statistiques mortuaires espagnoles possèdent toutes des défauts qui les vicient absolument : on ignore le chiffre réel de la population; on dissimule le nombre des décès dus au choléra. Pour des raisons spéciales, celles que publient les partisans de M. le docteur Ferran sont encore plus suspectes. En tous cas, la réinoculation cholérique ne met pas sûrement à l'abri de l'invasion.

Aucun des arguments invoqués en faveur de cette doctrine ne résiste à la critique.

La preuve de la valeur prophylactique des inoculations cholériques pratiquées par le docteur Ferran n'est donc pas faite.

Il ne faudrait pas que l'erreur d'un des plus bruyants partisans des théories microbiennes atteignît la doctrine elle-même. Il ne suffit pas d'un imprudent pour compromettre son avenir. Nous sommes convaincus que la découverte de l'atténuation des virus est et demeurera une des formes les plus brillantes du progrès médical à la fin de ce siècle. Mais, pour ne pas laisser encombrer la science de conceptions mal venues, il faut se défier de l'engouement des uns plus encore que des résistances des autres.

Quand on se trouve en présence de quelqu'un qui veut passer de la théorie à la pratique et faire l'application prophylactique des inoculations aux maladies humaines, il faut, avant d'accepter ses propositions, faire subir à ses méthodes, à ses procédés, les plus rigoureuses épreuves. Jenner avait hésité neuf ans avant d'oser inoculer James Fhipps le 14 mai 1836.

Nous avons été témoins des longues hésitations et du labeur incessant de M. Pasteur avant qu'il eût osé affirmer la valeur de ses atténuations de virus, et cependant il pouvait opérer sur des animaux et renouveler sans cesse l'expérience. Pour entreprendre de pareils travaux, il faut que l'honnêteté complète, absolue de l'homme ne puisse être discutée; ici l'honnêteté est plus rigoureuse qu'en toute autre occasion. Elle consiste à ne rien ignorer de ce qui peut compromettre la vie de son semblable, à posséder une instruction technique complète, à ne rien avancer sans l'avoir soumis au contrôle de tous. Plus les problèmes touchent de près à la vie humaine, plus la méthode scientifique doit être parfaite, plus le savant doit être armé.

M. Ferran ne semble pas avoir compris l'importance de ces vérités, et il abandonne le terrain de l'expérimentation et des études scientifiques pour entrer aussitôt dans ce qu'il appelle *la pratique.* »

DISCUSSION

M. DUBOUÉ (de Pau) dit avoir récemment envoyé un mémoire pour prouver, au point de vue anatomo-pathologique, que les inoculations cholériques ne pouvaient donner aucun bon résultat.

LECTURES

Du bruit de galop crural. — M. DUROZIER. Le bruit de galop cardiaque est constitué par un claquement présystolique doublé d'un claquement systolique suivi d'un claquement diastolique. C'est le claquement présystolique qui est la dominante.

Dans le bruit de galop crural, nous n'entendons que deux claquements : le claquement présystolique et le claquement systolique. Le claquement présystolique est produit par les valvules de la veine crurale sous l'influence de la systole de l'oreillette droite; le claquement systolique est dû à l'artère.

On entend le bruit de galop crural dans l'insuffisance aortique avec hypertrophie et dilatation de l'oreillette.

Le bruit de galop existe au cou comme à l'aine.

Le premier claquement est présystolique, parce qu'il précède le pouls radial, avec qui coïncide le claquement systolique.

Le phénomène varie avec l'énergie de la circulation. On trouve le lendemain ce qui a paru douteux la veille. Les bruits sont aussi variés que les systoles auriculaires. Il existe des palpitations cru-

rales ; on y rencontre les mêmee irrégularités qu'au cœur ; on entend parfois un véritable cliquetis crural.

Le bruit de galop crural est fréquent et vient s'ajouter comme diagnostic à notre double souffle crural obtenu par compression.

Sur les bacilles du choléra. — M. DOYEN. Nous présentons devant l'Académie de médecine le résumé des recherches que nous avons faites depuis le mois de novembre dernier sur le choléra asiatique. On nous permettra de n'insister que sur les points qui nous sont particuliers.

Nous avons constamment trouvé le bacille-virgule dans le contenu de l'intestin des cholériques, mais il est à noter que, dans les cas foudroyants, il occupait surtout le duodénum et la partie supérieure du jéjunum, dans les cas lents dans la partie inférieure de l'iléus.

L'examen des coupes de l'intestin nous a toujours permis de retrouver le bacille en virgule joint à d'autres bactéries aussi bien dans les glandes que dans l'épaisseur de la muqueuse et de la sous-muqueuse.

Nous avons ensemencé dans des tubes de gélatine des fragments du foie et du rein : nous avons obtenu la culture du bacille-virgule et d'autres bactéries, nous avons retrouvé des bacilles divers dans les coupes du foie et des reins dans les sept cas que nous avons examinés.

Nous pensions donc qu'il existait là une affection générale consécutive à l'entéro-micose.

Nous avons vérifié ces faits expérimentalement.

Le meilleur procédé pour donner le choléra aux cobayes sans aucun traumatisme a été d'injecter dans l'estomac des cobayes $1^{c3},8$ d'alcool, puis une heure après, 10 centimètres cubes de bouillon contenant des bacilles-virgules. Les cobayes meurent presque tous avec les symptômes et les lésions du choléra.

Nous avons cultivé dans des tubes de gélatine des fragments du foie et du rein quelques instants après la mort : vingt fois sur vingt-sept, nous avons obtenu les mêmes résultats que chez l'homme.

Au point de vue de la morphologie, nous avons observé sur les plaques de gélatine que le développement des bacilles-virgules s'opérait uniquement par segmentation.

Quand la culture vieillit, il se produit à la surface des bacilles de petites sphères qui se détachent et deviennent libres dans le liquide. Pour savoir si elles étaient fertiles, nous avons ensemencé un tube de gélatine avec une parcelle d'une culture de deux mois, un avec une culture de quatre mois, un autre avec une culture de vingt-quatre heures. Ce dernier a fourni plus de cent cinquante colonies : le premier cinq, le deuxième pas du tout. D'ailleurs les inoculations pratiquées suivant la méthode du docteur Ferran n'ont donné entre nos mains aucun résultat. Les sphères et les corps mûriformes décrits par le docteur Ferran et qui existent réellement dans les cultures n'y paraissent donc ni fertiles ni actifs.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 7 juillet 1885 :

Il est enjoint à toute personne logeant des voyageurs venant d'Espagne d'en faire la déclaration à la mairie de la commune dès l'arrivée des voyageurs.

Cette obligation s'applique non seulement aux aubergistes et aux logeurs en garni, mais encore à tout particulier.

La même déclaration devra être faite par les personnes ci-dessus dénommées pour tout cas suspect survenu dans leur maison et dès l'apparition des premiers accidents.

Les contraventions aux dispositions qui précèdent seront constatées par des procès-verbaux et poursuivies conformément à l'article 14 de la loi du 3 mars 1882, qui punit d'un emprisonnement de trois à quinze jours et d'une amende de 5 à 600 francs quiconque aura contrevenu, en matière sanitaire, aux ordres des autorités compétentes.

— Par décret, en date du 7 juillet 1885, ont été nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. Achard, médecin-major de deuxième classe, attaché au corps expéditionnaire du Tonkin ; Serès, Maget, médecins de première classe de la marine ; Romanowski, Péthellaz, médecin de deuxième classe de la marine ; Lalande, pharmacien de première classe de la marine.

— La première épreuve du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminée hier matin mardi. Les vingt candidats dont les noms suivent ont été déclarés admissibles aux épreuves d'admissibilité. Ce sont : MM. les docteurs Béringier, Bourcy, Chantemesse, Comby, Delpeuch, Dreyfous, Duplaix, Galliard, Gaucher, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Jean, Juhel-Rénoy, Leroux (Charles), Leroux (Marie), Lorey, Martin, Petit, Robert et Siredey.

— Les trois épreuves d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris sont également terminées. Les huit candidats dont les noms suivent ont été admis à subir les épreuves définitives. Ce sont, classés par ordre de mérite : MM. les docteurs Brun, Picqué, Routier, Petit-Vendol, Michaux, Bazy, Marchant et Jullien.

Les dernières questions données pour l'épreuve orale ont été : 1° les ruptures traumatiques de l'urèthre ; 2° les lésions traumatiques du rein.

Le sujet de l'épreuve écrite a été : 1° articulations de la tête avec la colonne vertébrale ; 2° le torticolis.

— La première session ordinaire du conseil supérieur de l'instruction publique en 1885 s'ouvrira le lundi 20 juillet ; la durée en sera de huit jours.

M. Berthelot a été nommé vice-président du conseil pour 1885 ; M. Liard a été nommé secrétaire.

— Un concours s'ouvrira successivement dans les écoles de médecine navale de Rochefort, Toulon et Brest, à partir du 1er septembre 1885, dans le but de pourvoir à vingt-huit emplois d'aide-médecin et à un emploi d'aide-pharmacien.

— Le concours pour les prix à décerner aux élèves internes en médecine et en chirurgie des hopitaux et hospices civils de Paris commencera le mardi 3 novembre 1885 ; la composition écrite aura lieu à midi précis dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

Ce concours est obligatoire pour les élèves qui terminent leur deuxième année. Ceux qui, à moins de dispense préalable accordée par le directeur de l'administration, n'auront pas fait et lu la composition prescrite, et ceux auxquels le jury n'aura pas donné au moins la note *passablement satisfait*, seront rayés de la liste des élèves internes des hôpitaux.

Les élèves de quatrième année qui, n'ayant pas concouru, n'auront pas justifié d'un cas de force majeure, apprécié par le jury et consigné au procès-verbal, ou qui, ayant concouru, auront fait des épreuves jugées insuffisantes, ne seront admis à concourir pour le Bureau central qu'après trois années de doctorat.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze à trois heures, du 20 juillet au 14 août inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août, dernier délai.

— La Société médico-pratique vient de transférer le siège de ses séances dans l'hôtel de la Société de géographie, 184, boulevard Saint-Germain, où tous documents la concernant doivent désormais être adressés. Nous rappelons, à ce propos, que cette Société décernera, en janvier prochain, un prix de 600 francs à

l'auteur (étudiant ou docteur) du meilleur travail inédit, écrit en français, sur une question de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique. Les mémoires, adressés dans les formes académiques, ne seront reçus que jusqu'au 1er novembre.

— M. le professeur Chatin (de l'Institut) fera une herborisation publique, le dimanche 12 juillet, dans les bois de Chaville-Versailles. — Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse à 11 heures 35 minutes, pour la station de Chaville.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre. La deuxième partie du tome XXXI de la première série, la deuxième partie du tome XXI de la deuxième série viennent de paraître. Prix de chaque demi-volume : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau, G. Masson.

De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants (ouvrage couronné par l'Académie de médecine, prix Capuron), par le docteur H. Cazin, médecin-chirurgien de l'hôpital maritime de Berck, membre de la Société de chirurgie, chevalier de la Légion d'honneur. 1 beau vol. gr. in-8° de 580 pages avec de nombreuses gravures (appareils, vues, cartes, plans). — Prix : 15 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18074.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le tartre stibié dans la phthisie.

Une jeune malade de son service à l'Hôtel-Dieu vient de fournir à M. Bucquoy l'occasion d'insister sur les très grands avantages qu'on peut obtenir du tartre stibié dans la phthisie.

C'est là une médication qui n'est pas nouvelle, tant s'en faut, mais qu'il est bon de rappeler, car, on ne sait pourquoi, malgré les succès incontestables qu'elle a donnés, elle n'est point entrée dans la pratique médicale usuelle.

M. Bucquoy prescrit l'émétique, chez les phthisiques, à des doses qui sont relativement élevées. Il commence par leur faire prendre de 10 à 15 centigrammes par jour, en ayant soin de leur interdire les boissons fréquentes, car il recherche la tolérance, les vomissements étant en pareil cas un inconvénient à écarter.

Quand cette tolérance est établie, quand le malade ne vomit plus, M. Bucquoy réduit la dose journalière à 5 centigrammes, qu'il continue, pour ainsi dire, indéfiniment.

Sous l'influence de ce traitement, quand il réussit, — par exemple chez la malade en question, qui était entrée dans l'état le plus alarmant et qui sortit en apparence presque guérie, — le tartre stibié fait tomber la fièvre, augmente l'appétit, produit une tendance à la constipation et en même temps, diminuant la congestion locale, arrête les progrès de la maladie, apaise les râles, calme la toux.

Déjà Lanthois, avec des doses plus faibles, lui attribuait les mêmes résultats; et ses succès dans la phthisie lui avaient acquis la notoriété vers la fin de la Restauration.

Nous avons constaté nous-même qu'à doses plus faibles encore que celles de Lanthois, sans dépasser par jour 1 centigramme du sel antimonial, mais en faisant prendre en plusieurs fois, à des intervalles à peu près égaux, la solution contenant ce centigramme, on soulageait souvent les phthisiques dans une très large proportion, et cela sans inconvénient.

La principale contre-indication à l'emploi du tartre stibié, peut-être la seule, c'est l'existence d'une diarrhée rebelle que l'émétique pourrait accroître et qui est la marque d'ulcérations intestinales.

Il faut que le tartre stibié constipe dans la phthisie pour qu'il y produise de bons résultats. En effet, c'est une condition indispensable pour que la nutrition reprenne sa puissance, pour que le malade engraisse, acquière des muscles et des forces, ce qui arrive très fréquemment sous l'influence de ce remède.

M. Bucquoy, à ce sujet, nous a émis une théorie assez originale sur l'action des sels métalliques à petites doses. Suivant lui, quel que soit le métal que l'on ait prescrit, il engraisse, il reconstitue, il tonifie, du moment où la quantité en est affaiblie suffisamment pour que l'économie humaine le supporte sans en souffrir.

A titre de preuve, M. Bucquoy cite les enfants chez lesquels une syphilis héréditaire se développe tardivement, au quatrième ou cinquième mois de la vie. Souvent il arrive qu'on les soumet aux préparations mercurielles quand ils ont l'aspect le plus cachectique, et sous l'influence de ce métal ils se transforment à vue d'œil, reprenant des chairs et des couleurs. En dehors de toute syphilis, sur les animaux le mercure, à faibles doses, produit aussi l'engraissement.

L'arsenic est pris dans ce but par des populations entières.

Le fer a passé pendant longtemps pour le tonique par excellence; puis la métallothérapie a mis en honneur à peu près tous les métaux.

L'antimoine pourrait donc agir à très faibles doses en tant que métal. Mais, à doses plus fortes, il exerce une action qui lui est bien propre.

C'est un puissant décongestif, particulièrement pour le poumon. Aussi Rasori l'employait-il à ce titre dans la pneumonie, et M. Bucquoy, sans se conformer aux prescriptions de la méthode rasorienne, en fait lui-même souvent usage.

Mais, dans ce cas, il ne cherche pas la tolérance; tout au contraire. Ne prescrivant jamais l'émétique que pour diminuer l'intensité des phénomènes inflammatoires, et pour quelques heures seulement, il le prescrit à larges doses, 25 ou 30 centigrammes en une demi-journée, et il compte

surtout sur la nausée pour hâter la décongestion, la déplétion sanguine de l'organe malade.

En effet, il n'est rien qui agisse plus sûrement et plus vite que la nausée, sur le pouls, la température, tous les éléments de la fièvre. La fièvre locale, la congestion inflammatoire, s'en trouvent atteintes du même coup. Si la nausée est passagère, ces phénomènes momentanés sont sans conséquence pour la suite de la maladie; mais si la nausée est maintenue durant plusieurs heures, il peut en résulter des modifications très utiles dans la marche de la phlegmasie qu'on veut combattre.

Dans la phthisie, tout à fait au début d'une médication commencée dans une période de vive acuité, les nausées peuvent encore avoir leurs avantages, pourvu qu'elles ne se continuent pas et ne mettent pas obstacle trop longtemps à la nutrition, ce qui, affaiblissant le malade, accroîtrait encore le danger.

Paralysie des quatre membres chez un jeune homme de dix-neuf ans. — La paralysie atrophique de l'enfance et les névrites périphériques.

Le malade de M. Desnos ne va pas encore assez bien pour qu'il soit possible d'affirmer que l'examen anatomo-pathologique de la moelle n'aura pas lieu.

La plaie produite par la chute de l'escarre siégeant à la région sacrée s'est tout récemment agrandie par une nouvelle zone gangreneuse occupant ses bords.

La diarrhée est restée abondante et fétide. L'amaigrissement s'accentue partout où il n'existe pas d'œdème. Il se produit de temps en temps des mouvements fébriles accusés par une élévation notable de la température. Bref, la situation reste grave, et c'est pourquoi mieux vaut attendre encore avant de conclure ou même de poursuivre jusqu'au bout une discussion approfondie des symptômes observés chez lui.

Nous avons dit que ces symptômes rappellent par certains côtés ceux de la paralysie atrophique de l'enfance.

Voici, par exemple, le tableau classique de cette dernière maladie, tel que M. Wurtz l'a résumé d'après les leçons de M. le professeur Damaschino.

La *Gazette des hôpitaux*, dans son numéro de jeudi dernier, a déjà publié celle de ces leçons qui a trait aux lésions médullaires fondamentales et aux lésions secondaires du côté des nerfs et des muscles : bref, à l'anatomie pathologique de cette myélite spéciale.

« Les symptômes de la paralysie infantile sont très caractéristiques, aussi bien dès le début de la maladie que dans son cours ultérieur.

Le début est en général brusque. La paralysie a une invasion subite, survenant soit chez un malade en pleine santé, soit au cours d'une affection quelconque. On a cependant noté comme phénomènes prodromiques une langueur, une sensation de paresse dans les membres qui vont être frappés. Dans la grande majorité des cas, c'est la fièvre qui ouvre la scène. Chez les enfants en nourrice, mal surveillés, l'existence de cette fièvre initiale ne peut souvent être retrouvée, tandis qu'au contraire on la retrouve presque toujours, en la recherchant bien, chez les enfants entourés de soins.

Il y a pourtant un petit nombre d'observations incontestables où la fièvre a fait complètement défaut.

D'une manière générale, le mouvement fébrile débute presque toujours pendant la nuit. L'enfant est agité, crie, ne peut dormir, et le lendemain on le trouve avec un ou plusieurs membres privés de mouvements, sans diminution de la sensibilité. Cette fièvre, qui dans certains cas a duré cinq, six, sept jours, cesse le plus souvent au bout d'un jour ou deux. Son intensité varie en raison inverse de l'âge des malades. Elle peut parfois s'accompagner d'un état typhoïde et, chez les enfants, de convulsions.

La paralysie présente ce caractère particulier qu'elle atteint d'emblée son maximum. Elle ne fait que régresser ensuite, d'où le nom de paralysie régressive qu'on avait proposé à la maladie. Elle peut ne porter que sur un seul muscle ou un même groupe de muscles, sur un seul bras, qui reste immobile le long du corps; sur le pied ou sur la jambe seulement. Quelquefois l'un des membres supérieurs est pris avec le membre inférieur du côté opposé, ou bien il y a paraplégie simple ou paraplégie brachiale; parfois enfin les quatre membres sont frappés. Les muscles lésés ont une flaccidité extrême. Leur volume, leurs réflexes sont fortement diminués, et la réaction électrique disparaît d'une façon précoce. Elle diminue à partir du quatrième, cinquième ou sixième jour, d'une façon constante. Ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long que ce phénomène se dissipe.

La sensibilité est conservée (sauf dans deux cas de Vulpian et Seligmüller); quelques malades peuvent ressentir des élancements douloureux dans les membres paralysés. L'intelligence est intacte. Il n'y a jamais de troubles dans la motilité des réservoirs, dans les fonctions de la vessie et du rectum. Les réflexes cutanés sont en général conservés et les téguments ont une intégrité constante. On n'a jamais observé d'escarres dans la paralysie infantile, sauf quatre cas suspects de Lenepveu (1). Il y a toutefois une coloration violacée de la peau, produite par des troubles vaso-moteurs. Sur certains sujets, le plus petit abaissement de température détermine la chair de poule avec teinte livide et violette des téguments (2). Ce phénomène persiste tant que les membres exposés à l'air ressentent l'influence du froid.

Après une durée de une à deux semaines, la paralysie tend à décroître. Certains des muscles frappés recouvrent leurs mouvements, tandis que d'autres restent paralysés et s'atrophient rapidement. C'est la période atrophique, apyrétique, qui succède à la première période, fébrile et paralytique.

La période atrophique a une durée fort longue. Quelquefois l'atrophie musculaire peut être masquée par une lipomatose plus ou moins marquée; mais le plus souvent les membres atteints de paralysie restent atrophiés et diminués de volume. Cette atrophie persiste toujours partiellement, même si les muscles ont retrouvé leurs mouvements sous l'influence d'une électrisation bien conduite.

Même dans les cas où l'atrophie se limite à quelques muscles d'un membre, il peut en résulter des troubles considérables, car les antagonistes des muscles paralysés augmentent les déformations résultant de l'atrophie. »

On le voit, le début est brusque, comme chez le malade de M. Desnos.

Il y a, comme chez lui, une période initiale de fièvre qui se prolonge durant plusieurs jours.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1879, p. 122, 315.
(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1879, p. 453, 996.

Comme chez lui, la paralysie atteint d'emblée ses dernières limites, et rétrograde, plus tard, dans une certaine mesure.

Comme chez lui, les troubles sensitifs sont à peu près nuls : les douleurs manquent, sauf au début, où elles peuvent être le motif des cris des enfants très jeunes et où elles ont été accusées nettement par un certain nombre de malades qui avaient l'âge de discernement. Nous en avons nous-mêmes rapporté des exemples.

Comme chez lui, les muscles diminuent de volume, et ils peuvent cesser d'obéir aux excitations électriques avant même que l'atrophie s'accentue dans ceux qui sont définitivement paralysés. (L'exploration n'a pu être faite jusqu'ici que d'une manière un peu superficielle, chez le malade de M. Desnos, à cause de l'œdème des membres inférieurs, et surtout à cause de son mauvais état général. Mais, en somme, elle a démontré que les courants les plus violents, appliqués sur ces membres, mettaient à peine en mouvement certains muscles.)

Voilà de bien grandes ressemblances. Mais les différences ne sont pas moindres.

Les troubles trophiques signalés dans la paralysie infantiles portent sur les nerfs, sur les muscles et sur les os. Ils ne portent pas sur la peau, ni sur le tissu cellulaire, ni sur les cavités doublées d'une séreuse.

Il ne pourrait en être autrement d'après la théorie que M. le professeur Vulpian a exposée dans l'article MOELLE ÉPINIÈRE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

En effet, suivant lui, il ne faut pas admettre de centres ou de nerfs trophiques proprement dits, à distinguer des autres nerfs ou des autres centres.

Chaque filet nerveux est nourri par la cellule qui lui donne origine, et transmet l'action nutritive à la partie qui le reçoit. Les nerfs moteurs, nourris par les grosses cellules des cornes antérieures de la moelle épinière, ne se rendent ni à la peau ni aux organes dépourvus de mouvement actif. Ils ne peuvent donc servir de nerfs trophiques que relativement aux muscles et tout au plus à leurs points d'attache. Quant aux nerfs sensitifs, qui aboutissent à la peau, etc., leurs cellules nourricières se trouvent en dehors de la moelle, dans les ganglions situés sur le trajet des racines postérieures ; ils ne peuvent donc pas être affectés à ce point de vue par une myélite.

Quoi qu'il en soit, chez le malade de M. Desnos, les troubles trophiques si considérables qui ont débuté dès le premier jour par le gonflement des genoux et l'œdème des malléoles sont associés à des paralysies du mouvement, analogues à celles qui résultent d'une myélite des cornes antérieures, et également sans aucun trouble concomitant de la sensibilité.

On admet actuellement qu'il en peut être ainsi dans des névrites périphériques indépendantes de toute lésion centrale.

Le cadre de ces névrites est encore un peu vague, ainsi que l'on peut s'en assurer dans le remarquable mémoire que M. le docteur Roger, interne de M. le professeur Ball, a publié sur ce sujet dans l'avant-dernier numéro du journal *l'Encéphale* (mars-avril).

On y fait rentrer à la fois la forme de paralysie dite *spinale aiguë* par Landry, celle que Duchenne (de Boulogne) nommait *générale spinale subaiguë*, et un grand nombre de faits qui s'éloignent également de ces deux types.

Pour transformer en polynévrites ce qu'on attribuait jusqu'ici à des affections médullaires, on s'est appuyé principalement sur des autopsies dans lesquelles les nerfs périphériques se trouvaient altérés, les centres nerveux paraissant sains. Parfois même on avait noté que l'altération des nerfs diminuait à mesure que l'on se rapprochait des centres.

Il n'y avait rien d'impossible à ce qu'une affection systématique ne commençât point par les centres. Cela n'arrive-t-il pas pour les veines, en cas de varices? pour les capillaires, en cas de tumeurs érectiles? etc. Quelque centralisé qu'il soit, le système nerveux ne l'est pas davantage que le système circulatoire.

Une fois ce point admis, le reste allait de soi. Les névrites expliquent, aussi bien que les myélites, les paralysies; elles expliquent même beaucoup mieux les escarres dans la doctrine de M. Vulpian; car elles interrompent l'influence trophique dans les filets purement sensitifs aussi bien que dans les filets purement moteurs. Elles pouvaient donc retentir sur la peau, sur les synoviales, etc. Restait à dire comment elles pouvaient, dans certains cas, ne modifier en rien la sensibilité; mais cette objection portait peu, car on avait à citer en réponse des cas nombreux de section de nerfs n'ayant pas aboli la sensibilité dans leur zone de distribution.

Dans cet état de la question, rien n'empêcherait de supposer, chez le malade de M. Desnos, une névrite périphérique multiple, causée par le froid, s'il n'avait pas présenté tout d'abord une paralysie de la vessie et des sphincters.

Comment trouver, en dehors des centres, une liaison entre ces symptômes et la paralysie des membres, survenue au même moment ?

M. le docteur Roger prend soin de dire, à propos des polynévrites : « Enfin, il faut noter encore qu'il n'y a pas de troubles viscéraux, que les fonctions intestinales et vésicales sont parfaitement saines. » C'est écarter d'avance de ce cadre le malade qui nous occupe.

Ce fait clinique est un de ceux dont l'analyse peut avoir le plus de portée au point de vue des théories physiologico-pathologiques. Nous avons déjà dit pourquoi nous n'irons pas aujourd'hui plus loin dans son étude détaillée.

Phénomènes hystériformes, suite d'un traumatisme chez un homme.

L'influence des traumatismes sur la production de phénomènes qui se rattachent à un état d'hystérie ou d'hystéricisme a été signalée souvent.

Un malade qui se trouve actuellement dans le service de M. Ball, à l'hôpital Necker, en offre un bel exemple.

Cet homme, palefrenier de son état, âgé de quarante-cinq ans, paraît avoir joui d'une très bonne santé jusqu'au 11 novembre 1883.

Ce jour-là, il reçut dans la poitrine, vers la région précordiale, un coup de pied de cheval qui l'étendit sans connaissance.

Quand on le releva quelques heures plus tard, à ce qu'il raconte, il était dans une mare de sang.

Il est difficile de savoir jusqu'à quel point ce récit est exact; mais le fait est qu'à partir de ce jour cet homme éprouva des symptômes très singuliers.

Sitôt qu'on le regarde, il est pris de mouvements convulsifs du diaphragme, et, tout ému, prêt à pleurer, il répond d'une voix entrecoupée à toutes les questions qu'on lui pose.

Il se plaint de spasmes œsophagiens et de serrements de la gorge qui l'empêchent souvent de manger. Il a d'ailleurs peu d'appétit et se nourrit surtout de lait.

Depuis deux ans il a beaucoup maigri. Il dort pourtant d'un sommeil tranquille.

On pourrait peut-être admettre une simulation si cet homme y avait un intérêt quelconque, s'il se nourrissait convenablement et profitait de quelque manière de son séjour à l'hôpital.

Mais il paraît beaucoup plus probable qu'il y a là un trouble réel, plus mental encore que physique, dont le coup de pied de cheval a été la cause occasionnelle.

Les conférences de l'hôpital Saint-Louis.

Après avoir établi, dans ses précédentes conférences, quels sont les caractères des *syphilides* et des *scrofulides*, et quel est le traitement qui leur convient, M. Guibout aborde la diathèse herpétique. Cette diathèse, dit-il, n'est pas admise par tous les dermatologistes; Hébra ne l'admet pas; Bazin et Hardy, au contraire, en ont soutenu et démontré la réalité. Disciple de ces deux derniers maîtres, M. Guibout proclame l'existence de cette diathèse, aussi certaine, aussi indéniable, dit-il, que la diathèse syphilitique et scrofuleuse, et prouvée par les faits cliniques les plus nombreux comme les plus incontestables.

L'herpétis ou diathèse herpétique est une maladie générale, constitutionnelle, tantôt héréditaire, tantôt acquise, non contagieuse, non inoculable, transmissible par l'imprégnation spermatique, se manifestant, principalement sur la peau, par des lésions spéciales ayant des caractères idiosyncrasiques, ne convenant qu'à elle seule, d'une durée toujours très longue, se terminant soit par la guérison, soit par un état de marasme et de cachexie, soit par le cancer ou la tuberculose.

Après avoir ainsi défini l'herpétis, M. Guibout examine et décrit les caractères pathognomoniques que présentent les lésions par lesquelles cette diathèse se manifeste sur notre tégument externe. Ces lésions ont été, avec raison, dénommées *herpétides* par Bazin et par Hardy; leurs principaux caractères sont les suivants :

1° *La ténacité.* — Les lésions de l'herpétis sont toujours longues dans leur durée, lentes dans leur évolution, parce qu'elles sont la révélation extérieure d'une cause interne générale et persistante; elles sont remarquables par la résistance qu'elles opposent au traitement le plus rationnel : un eczéma de cause externe ou locale guérit en huit jours; un eczéma de cause herpétique persiste pendant six, huit mois et quelquefois davantage.

2° *La récidivité.* — Les lésions herpétiques, quand elles ont enfin disparu, reparaissent au bout d'un temps plus ou moins long, et principalement au printemps; plus la diathèse est intense et ancienne, plus les récidives sont fréquentes : un eczéma de cause locale, une fois guéri, ne reparaît pas; un eczéma de cause herpétique reparaît toujours.

3° *La douleur.* — Contrairement aux lésions cutanées de la syphilis et de la scrofule, qui ne sont pas douloureuses, même quand elles sont les plus graves et les plus profondes, les lésions de l'herpétis sont toujours douloureuses. La douleur dont elles sont toujours le siège varie de modalité : tantôt c'est une cuisson, une sensation de chaleur, de brûlure et de tension comme dans l'eczéma à sa première et à sa deuxième période ; tantôt ce sont des picotements, comme dans le lichen ; tantôt ce sont des démangeaisons, un prurit, comme dans l'eczéma à sa quatrième période. La douleur des *herpétides* varie encore dans ses degrés d'intensité : quelquefois elle est à peine sensible, c'est une sorte de chatouillement, comme dans l'herpès et le psoriasis; quelquefois ce sont des élancements insupportables, atroces, comme dans les formes graves du prurigo.

4° *La généralisation.* — Comme les *syphilides*, les *herpétides* se généralisent, c'est-à-dire qu'elles envahissent toute la surface du corps, mais leur généralisation se fait d'une manière toute spéciale et absolument différente des *syphilides*. Ces dernières sont d'autant plus *généralisées* qu'elles sont plus précoces et qu'elles appartiennent à une syphilis de date plus récente. Les lésions herpétiques, au contraire, se généralisent d'autant plus que la diathèse est plus ancienne ; contrairement à ce qui a lieu pour la syphilis, on peut apprécier l'ancienneté et la gravité de la diathèse herpétique à l'étendue de ses lésions et à leur plus ou moins grande diffusion sur la peau. En se généralisant, les herpétides affectent une disposition symétrique ; c'est-à-dire qu'elles se répartissent sur les deux côtés correspondants du corps ou des membres, avec des configurations parfaitement semblables, comme forme et comme étendue; ce caractère n'appartient qu'à elles seules. La généralisation des herpétides présente donc un double caractère pathognonomique : elle est *progressive* et *symétrique*.

5° *Les métastases.* — Ce qui prouve que les herpétides sont bien réellement des lésions diathésiques, c'est que leur disparition brusque, accidentelle, est suivie de troubles fonctionnels, de lésions viscérales ; il y a eu rétrocession d'un principe morbide qui, de la peau, s'est transporté aux organes profonds.

6° *Les crises salutaires.* — Et, d'autre part, des troubles généraux, des désordres organiques, réfractaires à tous les traitements, se terminent brusquement et d'eux-mêmes à l'apparition, sur la peau, de lésions présentant les caractères qui distinguent les *herpétides*.

7° *L'unité, la fixité de lésion.* — Tandis que la syphilis, aux différentes époques de son évolution, se révèle par des lésions différentes, l'herpétis conserve toujours la même lésion, et cette lésion est toujours seule. Ainsi, quand l'herpétis s'est manifestée par un psoriasis une première fois, ce sera toujours par un psoriasis, et rien que par un psoriasis, qu'elle se manifestera de nouveau dans toutes ses efflorescences ultérieures.

8° *L'intermittence et la continuité.* — Les lésions de l'herpétis sont d'abord intermittentes ; après une évolution toujours longue, elles disparaissent pour se reproduire après un temps variable, et principalement aux changements de saisons ; mais quand la diathèse est ancienne, les *herpétides* prennent une possession définitive de la peau ; elles ne la quittent plus, elles sont alors *continues;* elles présentent donc, suivant le degré d'ancienneté de la diathèse, le double caractère d'*intermittence* et de *continuité*.

9° *L'hérédité.* — Elle est constante ; elle s'observe de génération en génération ; cette transmission héréditaire suffirait à elle seule pour démontrer la réalité de la diathèse.

Tels sont les principaux faits cliniques sur lesquels s'appuie M. Guibout, pour établir l'existence de la diathèse herpétique, démontrée par un ensemble de caractères qui n'appartiennent qu'à elle seule.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juillet 1885. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Réunion primitive du périnée après les traumatismes. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente une note de M. Daniel Mollière, accompagnant une thèse d'un de ses élèves, M. Parisot, sur la réunion primitive du périnée après les traumatismes. Cette note de M. Daniel Mollière est une réclamation de priorité à l'occasion d'une communication faite dans l'une des dernières séances par M. Lucas-Championnière sur le même sujet. M. Lucas-Championnière fait observer que les faits signalés dans la thèse de M. Parisot ne sont pas comparables à ceux dont il a parlé, puisqu'il élimine, au point de vue de la recherche de la réunion primitive du périnée, les cas de ruptures traumatiques de l'urèthre qui sont précisément ceux sur lesquels M. Lucas-Championnière a plus particulièrement appelé l'attention. La réclamation de priorité de M. Daniel Mollière ne porte donc pas sur les faits présentés par M. Lucas-Championnière.

Opération de Batet. — M. TERRIER, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Terrillon, rapporte l'observation d'une malade déjà précédemment opérée par lui d'un kyste ovarique à laquelle il a enlevé l'autre ovaire pour mettre fin à des douleurs ovariennes intolérables et à des crises hystériques pendant les époques menstruelles. Cette malade, à la suite de la première opération, a eu des crises hystériformes beaucoup plus fréquentes et plus intenses. Elle souffrait horriblement du côté de l'ovaire enlevé (ovaire droit) et réclamait avec instance qu'on lui enlevât l'autre ovaire (ovaire gauche). Après avoir tenu pendant quelque temps cette malade en observation, M. Terrier se décida, le 4 février 1885, à lui enlever son second ovaire (ovaire gauche), bien que les douleurs fussent surtout localisées à droite. Il incisa la paroi abdominale sur l'ancienne cicatrice, détacha des adhérences de l'épiploon avec la paroi antérieure de l'abdomen, s'assura qu'il n'y avait rien à droite, du côté de la première opération, trouva l'ovaire gauche très adhérent, et l'enleva cependant assez facilement, après avoir placé deux ligatures sur le ligament large. Il fit la suture, referma le ventre ; l'opération n'avait pas duré plus de vingt-cinq minutes. Les suites furent assez simples ; il y eut cependant quelques douleurs, des vomissements ; la température monta à 39°,5. Jamais cependant elle ne présenta de symptômes inquiétants. Huit jours après, la température était devenue normale. Elle eut encore de petites poussées inflammatoires du côté du pédicule, puis elle sortit guérie cinq semaines après l'opération, le 12 mars 1885. Elle rentra le 27 mai pour se faire opérer d'un ongle incarné. Ses règles sont revenues une seule fois, le 20 avril, sans trop de douleurs. Cette malade, depuis, n'a plus eu de crises nerveuses, ni de douleurs vives. Cependant, ainsi qu'il résulte de l'examen qu'en a fait M. Mégnin, elle est restée, après l'opération, aussi hystérique qu'avant, c'est-à-dire que les troubles de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale sont restés ce qu'ils étaient. Elle éprouve dans le coït les mêmes sensations voluptueuses qu'avant l'opération. Sans vouloir conclure de ce fait que toutes les hystériques sont passibles de l'opération de Batet, M. Terrier croit pouvoir en conclure que cette opération peut être utile dans certains cas déterminés d'hystérie.

M. TRÉLAT est opposé d'une manière générale à l'intervention chirurgicale dans les cas d'hystérie. C'est aussi l'opinion de M. Charcot. Toutefois, dans certains cas où on a pu établir un diagnostic très précis, très exact, très rigoureux ; lorsqu'on s'est bien assuré de l'origine ovarienne des douleurs, l'opération de Batet peut être appliquée avec chance de succès, comme dans le cas de M. Terrier.

M. MARCHAND rappelle qu'à l'étranger on a d'abord beaucoup pratiqué cette opération chez les hystériques, puis qu'on l'a, maintenant, presque complètement abandonnée parce qu'on a vu qu'elle ne donnait que des rémissions, mais non des guérisons définitives. Il a, pour sa part, dans plusieurs circonstances, refusé de pratiquer cette opération dans des cas analogues.

M. POZZI dit qu'on a obtenu des guérisons. Il rappelle avoir opéré une hystérique d'un kyste ovarique et d'un fibrome utérin, et avoir constaté ensuite que les crises hystériformes chez cette malade avaient complètement disparu. Dans d'autres cas, on a obtenu, sinon des guérisons complètes, au moins de réelles améliorations. De là à vouloir opérer toutes les hystériques, il y a loin. C'est donc une question de mesure. Ce sont de ces cas dans lesquels la sagacité, l'honnêteté du chirurgien se trouvent plus particulièrement engagées. D'une façon générale, l'hystérie n'est pas justiciable de l'opération de Batet, mais dans certains cas où l'origine ovarienne est bien déterminée, cette opération peut être pratiquée avec chance de succès.

M. TERRIER n'a pas eu la prétention de guérir une hystérique par l'opération de Batet. Il a voulu seulement, profitant des faits acquis à la science, mettre fin à des accidents qui paraissaient avoir pour origine l'ovaire qui restait à cette malade.

Iodoforme. — M. GILLETTE présente le mélange de poudre dont il se sert pour ses pansements. C'est un mélange de poudres de charbon, de sulfate de quinine, d'iodoforme et de menthe. La proportion de sulfate de quinine par rapport à celle de l'iodoforme est de 1 p. 100. La mauvaise odeur de l'iodoforme est assez bien dissimulée.

Traitement du varicocèle. — M. GILLETTE rappelle que les chirurgiens français sont habituellement opposés à l'intervention chirurgicale dans le traitement du varicocèle. Il croit qu'il faut, avec M. Gosselin, faire une distinction entre les gens aisés qui peuvent avoir le temps de se soigner et les ouvriers obligés de travailler. En outre, il est indiqué d'opérer, selon lui, chaque fois qu'il y a une gêne très grande et un volume considérable. Il a, une première fois, opéré un varicocèle par le procédé de Ricord, et n'en a pas obtenu de bons résultats. Il préfère de beaucoup le procédé de M. Horteloup qui consiste dans la résection du scrotum avec ligature du faisceau postérieur des veines. Il présente un malade de son service que M. Horteloup a bien voulu opérer par son procédé, et qui est très bien guéri. Ce malade, âgé de vingt-huit ans, avait un scrotum qui mesurait 22 centimètres de longueur.

Aspirateur-injecteur. — M. POZZI présente un appareil destiné à servir à la fois d'aspirateur et d'injecteur et qui peut servir à la transfusion du sang.

Luxation d'une phalange du second orteil. — M. POULET présente une pièce anatomique ; il s'agit d'une luxation de la seconde phalange du second orteil sur la première, compliquée de fracture.

Néphrectomie. — M. MONOD présente un rein qu'il a récemment enlevé. Le malade va bien.

La séance est levée.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

L'ouverture de la quatorzième session aura lieu à Grenoble le mercredi 12 août 1885, sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

Parmi les très nombreux travaux ou mémoires qui doivent être lus dans le présent Congrès, nous relevons les communications suivantes, qui sont plus spécialement relatives aux sciences médicales. Ce sont :

M. Azam (de Bordeaux). Le caractère au point de vue pathologique.

M. Bertin (de Dijon). Reproduction de l'artère carotide après la ligature; deux observations de MM. Duplouy et Bertin.

M. R. Blanchard (de Paris). L'atavisme.

M. Boudet (de Paris). Des applications des condensateurs à l'électro-physiologie et à l'électrothérapie.

M. Marius Carré (d'Avignon). De la paraplégie dans la pneumonie.

M. G. Carlet (de Grenoble). Recherches expérimentales sur la fixation, la morsure, la succion et la déglutition de la sangsue. — Recherches expérimentales sur le venin des hyménoptères, ses organes sécréteurs et le mécanisme de son expulsion.

M. Ed. Chaumier (du Grand-Pressigny). Nouvelles études sur la nature épidémique de la pneumonie franche et son traitement par le froid.

M. Chudzinski (de Paris). Sur les muscles de la face.

M. Collineau (de Paris). Les inférieurs dans l'humanité.

M. Dagrève (de Tournon). Sur les excitations de la peau dans certaines chloroses.

M. Deshayes (de Rouen). Carte de l'hydrographie médicale. — Les thermes de France, bains de mer, eaux minérales, aérothérapie.

M. Diday (de Dijon). Résurrection de la blennorrhagie.

M. H. Doumenjou (de Foix). De l'influence des bois sur l'atmosphère.

M. Ferret (de Paris). De la nature diathésique des ulcères simples des jambes. — Méningite tuberculeuse consécutive à un simple débridement du canal nasal.

M. Gillet de Grandmont (de Paris). Valeur numérique du champ périphérique.

M. Grasset (de Montpellier). Étude de thermométrie clinique; de la vitesse d'ascension de la colonne thermométrique comme moyen d'apprécier le pouvoir émissif du corps humain à l'état physiologique et pathologique.

M. L. Guignard (de Blois). Origine supposée du pouvoir de suggestion donné à certains individus.

M. Henri Henrot (de Reims). Du traitement des kystes hydatiques du foie par l'électrolyse capillaire. — Du traitement de certaines formes de néphrites par le bromure de potassium. — De l'enseignement dans ses rapports avec l'hygiène. — L'assistance publique à domicile et les sociétés de secours mutuels.

M. Hervé (de Paris). Les anomalies costo-vertébrales chez les anthropoïdes.

M. A. Hovelacque (de Paris). Les premiers brachycéphales de l'Europe occidentale.

M. Lantier (de Corbigny). Affreuse blessure de la main par les éclats du tonnerre d'un fusil de chasse. — Hémorrhagie abondante, déchirures d'aponévroses, de vaisseaux de l'arcade palmaire, des muscles thénar; mise à nu des tendons fléchisseurs; guérison sans fièvre avec conservation du membre et de ses fonctions.

M. Luton (de Reims). Les injections intra-musculaires de mercure métallique contre la syphilis.

M. Magitot (de Paris). Recherches anthropologiques aux puys de Combpéret et d'Augères (Puy-de-Dôme).

M. L. Manouvrier (de Paris). Études expérimentales sur diverses moyennes de séries anthropologiques. — Contributions anatomiques à l'ethnologie de la France.

M. Millet (d'Aix-les-Bains). Les manifestations muqueuses du rhumatisme diathésique à Aix-les-Bains.

M. Moret (de Reims). Du goître kystique.

M. Napias (de Paris). Note sur un système de désinfection automatique des cabinets d'aisance dans les hôpitaux, les écoles, etc.

M. Nicaise (de Paris). Du danger des purgatifs dans l'occlusion intestinale et des avantages de l'évacuation de l'estomac. — Du traitement chirurgical de l'arthrite fongueuse.

M. Onimus (de Paris). De l'influence de la direction des courants en électrothérapie.

M. J. Renaut (de Lyon). Nouvelles recherches sur le mécanisme de la kératinisation.

M. Émile Rivière (de Paris). Nouveaux documents sur la prothèse chirurgicale chez les Anciens. — L'épidémie cholérique en 1884. — Mensurations crâniennes des hommes des Baoussé-Roussé.

M. A. Sabatier (de Montpellier). Sur la genèse et la nature des produits sexuels dans la série animale.

M. Spillmann (de Nancy). Traitement du chancre phagédénique et des syphilides ulcéreuses.

M. Tachard (de Brive). Sur le traitement du phimosis par la ligature élastique, et sur les suites éloignées de ce mode d'exérèse.

M. Trolard (d'Alger). Les lacs sanguins de la dure-mère et la veine vertébrale. — Les bureaux municipaux d'hygiène. — Les quarantaines en Algérie. — Les mouvements de troupes pendant les épidémies et aux approches des épidémies.

M. Auguste Voisin (de Paris). L'hypnotisme considéré comme moyen thérapeutique chez les nerveux et les aliénés.

M. E. Yung (de Genève). Recherches expérimentales sur la cause de la sexualité chez les animaux.

M. Zaborowski (de Thiais). Étude sur les crânes finnois.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 7 juillet, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : M. le docteur Linarès, attaché à la mission militaire française au Maroc; M. le docteur Saucerotte, chirurgien adjoint à l'hospice de Lunéville; M. Lapeyre, médecin en chef à l'hôpital civil de Lodève.

— Par décret en date du 8 juillet 1885, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Mauger, médecin inspecteur, membre du conseil supérieur de la marine.

Au grade d'officier : MM. Duburquois, médecin en chef de la marine; Moisson, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Balbaud, Jeangeon, Carassan, Cauvy, Fouque, Antoine, Jenevin, Magnon-Pujo, Grall, Solland, Ludger, médecins de première classe de la marine; Le Forestier de Quillien, médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décret en date du 7 juillet 1885, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Daga, médecin inspecteur, membre du comité consultatif de santé.

Au grade d'officier : MM. Pallé, Mourlon, Aron, Arnould, médecins principaux de première classe; Dupeyron, médecin principal de deuxième classe; Schaeuffelé, pharmacien-major de première classe.

Au grade de chevalier : MM. Nicol, Linon, Zaepffel, Grandjean, Charton, Rouflay, Pierrot, Caillet, Hintzy, Lardennois, Joly, médecins-majors de première classe; Petitpoisson, Jubiot, Perrin, médecins-majors de deuxième classe; David, pharmacin-major de première classe; Debraye, pharmacien-major de deuxième classe.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Samedi prochain 11 juillet 1885, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle de la Sorbonne, M. Fallot soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « Étude géologique sur les étages moyens et supérieurs du terrain crétacé dans le Sud-Est de la France. »

— Le lundi 13 juillet 1885, à une heure de l'après-midi, dans le même amphithéâtre de la Sorbonne, M. Rouzaud soutiendra, pour obtenir également le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « Recherches sur le développement des organes génitaux de quelques gastéropodes hermaphrodites. »

— *Muséum*. — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, fera une excursion géologique publique, dimanche prochain 12 juillet 1885, à Gentilly, Villejuif et Arcueil.

Le rendez-vous est fixé à onze heures du matin à la porte d'Italie. On sera rentré à Paris à quatre heures du soir.

— *Avis*. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le choléra n'est ni transmissible ni contagieux (étude critique et pratique), par UN RATIONALISTE, docteur en médecine de la Faculté de Paris. 1 vol. in-8° de 430 pages. — Prix : 7 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum, par Edmond WICKHAM, ancien interne des hôpitaux. In-8° de 93 pages avec 7 figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Coccoz.

Leçons sur la transfusion directe du sang, par le docteur J. ROUSSEL. In-8° de 96 pages, avec 47 figures intercalées dans le texte. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Des bougies et de leurs usages, par le docteur Henri PICARD. In-8° de 16 pages avec figures dans le texte. — Prix : 50 centimes. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18087.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De l'expertise médico-légale relative à la transmission de la syphilis d'un nourrisson à sa nourrice (1).

IV

J'aurais pu presque, au point où j'en étais arrivé, m'arrêter et juger ma tâche terminée en ce qui concerne l'examen du nourrisson, car tout ce que j'ai dit contient la plupart des questions qui seront agitées dans les cas les plus communs, ceux que fournit usuellement la pratique.

Cependant il est des cas d'un autre genre qui pourront se présenter, et ceux-là aussi, je veux, bien qu'ils soient rares, exceptionnels même relativement, vous en dire quelques mots pour vous tenir en garde contre toutes les surprises, au moins contre toutes les difficultés inattendues de l'expertise médico-légale qui nous occupe.

Au lieu d'avoir rencontré sur l'enfant ce qu'on y trouve le plus habituellement, c'est-à-dire une syphilis héréditaire, vous avez constaté, je suppose, un chancre, c'est-à-dire le témoignage d'une syphilis acquise. Que devient votre rôle en pareil cas et qu'avez-vous à faire?

Votre rôle, je vous l'ai déjà précisé par tout ce que j'ai dit jusqu'à présent. Il consiste, au point de vue de l'expertise, exclusivement en ceci : déterminer s'il existe quelque raison médicale tendant ou non à établir que la syphilis de la nourrice puisse dériver de celle de l'enfant.

Médicalement, comment résoudre le problème? Vous ne disposez que d'un seul moyen : Établir de par l'étude, l'analyse et la considération des symptômes : 1° l'âge probable de la syphilis de la nourrice; 2° l'âge probable de la syphilis du nourrisson; déterminer l'antériorité de l'une par rapport à l'autre; et rechercher si, de par les lois connues de l'évolution syphilitique, la syphilis de la nourrice peut être une conséquence de la syphilis du nourrisson.

C'est là, sans aucun doute, un problème délicat, difficile; c'est là de plus, disons-le tout de suite, un problème qui peut rester obscur, voire même absolument insoluble dans certains cas. Mais c'est là aussi un problème qui, pour nombre de cas, ne restera pas supérieur à la perspicacité d'un médecin quelque peu habitué aux difficultés de ce genre.

Supposez, par exemple, que vous découvriez chez l'un de ces deux sujets des accidents secondaires témoignant d'une syphilis déjà quelque peu avancée et remontant à plusieurs mois, et que, d'autre part, vous constatiez chez l'autre un chancre récent non encore accompagné de manifestations secondaires; un tel cas serait des plus nets, des moins équivoques et témoignerait en toute évidence que la syphilis de ce dernier sujet est postérieure chronologiquement à celle du premier, qu'elle peut bien en avoir été la conséquence, mais qu'elle ne saurait, à aucun titre, lui servir de cause.

Tout ici est dans l'antériorité d'une de ces deux syphilis par rapport à l'autre. C'est donc ce rapport chronologique que vous devez vous efforcer d'établir, quitte à confesser l'impuissance de vos efforts si vous n'aboutissez à rien de certain.

Au surplus, je n'insisterai pas davantage sur cet ordre de cas qui ne constituent, je le répète, qu'une exception en l'espèce. A coup sûr, dans les cas de ce genre où la syphilis de l'enfant dérive d'une contagion, la responsabilité des parents vis-à-vis de la nourrice est tout autre que dans ceux où la syphilis du nourrisson dérive d'une syphilis héréditaire.

En effet, dans le cas où la nourrice est contagionnée par un enfant, héritier de la syphilis de ses parents, ceux-ci sont manifestement et gravement coupables; coupables tout au moins de l'imprudence qui a consisté à confier à une nourrice saine un enfant qui, à des degrés divers, courait risque de la contagionner. Donc ils sont responsables, vis-à-vis de cette nourrice, des dommages qu'ils lui ont causés. Ils seraient même coupables moralement, alors qu'aucun préjudice n'aurait résulté de cette imprudence.

Mais bien différente est la situation alors que la nourrice a été contagionnée par le fait d'une syphilis que l'enfant contracte accidentellement après sa naissance. Ici cette contagion de l'enfant était imprévue, impossible à prévoir, et la contagion de la nourrice n'est plus le résultat, comme dans le cas précédent, d'un état morbide connu des parents et d'un risque auquel ils ont sciemment et volontairement exposé la nourrice. Cette contagion de la nourrice n'est plus qu'un malheur dont la responsabilité n'incombe à per-

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 juin 1885.

sonne, un malheur comparable à celui qui frapperait une nourrice prenant la scarlatine ou la diphthérie d'un nourrisson affecté de telle ou telle de ces malades. C'est une contagion à laquelle fait défaut l'intention de nuire, ou que n'a pas préparée (comme dans le cas de syphilis héréditaire) une insouciance de la santé d'autrui. Donc la responsabilité des parents est par cela même atténuée, diminuée, d'autant qu'il reste toujours à déterminer en pareil cas la cause première qui a transmis la syphilis au nourrisson, cause à laquelle l'imprudence, le défaut de surveillance, la négligence de la nourrice peuvent n'être pas étrangères.

Voilà donc enfin terminée la partie de l'expertise qui concerne l'enfant. Mais nous sommes loin encore d'avoir épuisé notre tâche, au moins dans les conditions diverses que peut présenter la pratique. Il reste encore des points nombreux à étudier, et ceux-ci ne sont pas les moins difficiles ni les moins controversés.

Vous venez d'examiner l'enfant devant ses parents; ces parents, à leur tour, allez-vous les examiner? Devez-vous le faire? Est-il quelque avantage pour l'expertise à ce que vous les soumettiez, comme leur enfant, à un examen médical? Non, vous diront certains experts, comme le plus autorisé de tous, M. Tardieu. Oui, vous conseilleront d'autres médecins légistes, M. Brouardel, par exemple. Oui ou non, suivant les cas, vous dirai-je à mon tour ?

Vous voyez que la question prête à de singuliers dissentiments, et vous concevez, par cela seul, quel doit être l'embarras de l'expert novice ou peu familier avec les affaires de ce genre, qui, cherchant à s'inspirer, dans les livres, de l'état de la science, y rencontre des opinions aussi discordantes.

Mon strict devoir est donc ici de vous exposer les arguments pour ou contre chacune de ces opinions, afin de vous faire juger vous-même du débat. Au surplus, dans les affaires de ce genre où chacun relève de sa conscience, il est bon que chacun soit juge par lui-même de ce qu'il doit faire, de ce qu'il croit utile et légitime de faire.

Écoutons d'abord M. Tardieu, défenseur de la première opinion :

« Je n'hésite pas, dit-il, à exclure les parents de l'expertise. Et ce n'est pas à la légère que je me décide à contredire sur ce point l'opinion très générale des médecins qui ont écrit sur ce sujet. Mais j'ai pour le faire une conviction absolue, fondée sur ma propre expérience, et, j'ajoute, sur les faits eux-mêmes. » Et entrant dans la discussion, il donne à l'appui de sa conviction si fermement énoncée, les trois arguments que voici :

1° Si l'enfant a la vérole congénitale, elle lui vient de toute nécessité de ses auteurs. Donc à quoi bon les examiner? A quoi cela peut-il servir? 2° A supposer que la visite des parents ne fournisse qu'un résultat négatif, elle ne sera nullement probante, car les traces d'une syphilis ancienne peuvent s'être effacées aussi bien chez le père que chez la mère de l'enfant. Donc elle ne sera qu'un élément de complication inutile. 3° « Et puisqu'il faut tout dire, ajoute-t-il, la recherche de la paternité syphilitique est, non pas interdite, mais absolument impossible. » Ce qui, à parler net, signifie ceci : Savez-vous après tout quel est le père de l'enfant? L'enfant peut tenir sa syphilis d'un père qui n'est pas celui que lui donne le code « *quem nuptiæ demonstrant* ». Et le père légal de l'enfant doit endosser vis-à-vis de la nourrice la responsabilité de la syphilis transmise par son enfant, tout comme il en endosse la paternité. Donc, termine M. Tardieu, que signifie une visite qui ne repose ainsi sur aucune certitude?

Tout au contraire, M. Brouardel, que je suis allé tout exprès consulter à ce sujet ces jours derniers, professe qu'en toutes circonstances il faut examiner les parents. « Il faut toujours, dit-il, examiner les parents, et cela parce que de cet examen peuvent dériver des renseignements importants pour l'ensemble de l'expertise. Ces renseignements, ajoute-t-il, peuvent servir utilement la cause de la nourrice, en démontrant la syphilis des parents, comme il n'est pas impossible aussi qu'en certains cas particuliers, exceptionnels, il est vrai, ils servent la cause des parents en atténuant leur responsabilité vis-à-vis de la nourrice. »

Pour ma part, je goûte fort, en principe et d'une façon générale, les arguments de mon collègue et ami M. Brouardel, et je crois avec lui qu'une enquête n'est jamais trop complète et doit puiser à toutes les sources les éléments qui peuvent faire la lumière. Mais, en pratique, je suis moins absolu que lui pour des raisons que je vais dire. M. Brouardel est radical : il veut l'examen des parents dans tous les cas possibles. Moi, passez-moi l'expression, je fais de l'opportunisme et je pratique ou ne pratique pas l'examen suivant les cas. Je m'explique. Ainsi, dans les cas où la syphilis héréditaire du nourrisson est absolument démontrée, irréfutable, où je suis sûr de mon fait sur ce point, je m'abstiens d'examiner les parents, parce que leur examen ne saurait en quoi que ce soit modifier ma conviction. Que je les trouve syphilitiques ou non, peu m'importe; puisque, comme le dit Tardieu, leur enfant est syphilitique, il ne peut tenir que d'eux sa syphilis héréditaire; donc ils sont responsables de cette syphilis vis-à-vis de la nourrice.

J'insiste et je dis : Au cas où je découvrirais la syphilis sur les parents en question, cela ne m'apprendrait rien de plus; donc ici examen des parents absolument superflu. Et au cas contraire je n'aurais en rien à tenir compte, dans mes conclusions, de cette absence d'accidents syphilitiques actuels sur les parents. Donc, ici encore, examen des parents non moins superflu, inutile de faire un examen dont je ne tiendrai pas compte s'il n'est pas d'accord avec mes conclusions.

Donc, dans cet ordre de cas, je m'abstiens, avec M. Tardieu, d'examiner les parents.

Inversement, je crois l'examen des parents utile et indispensable dans des cas d'ordre opposé ou dans des conditions particulières. Ainsi, pour préciser, je ne manquerai pour rien au monde d'y avoir recours dans les trois ordres de cas suivants : 1° Lorsque je ne vois pas suffisamment clair dans une affaire de ce genre, lorsque l'examen de l'enfant m'a laissé quelques doutes, quelques ambiguïtés. 2° Lorsque les parents, pour une raison quelconque qui leur est particulière, réclament d'être soumis à cet examen. Quelle raison aurai-je de le leur refuser? 3° Lorsque la nécessité de cet examen ressort de quelque circonstance particulière, inattendue, insolite. Ainsi il peut se trouver des cas où l'examen des parents atténue leur responsabilité sinon civile, au moins correctionnelle.

Comme exemple, laissez-moi vous citer le cas suivant dont je dois la connaissance à M. Brouardel : Un nourrisson sain est confié à une nourrice. Bientôt il présente des accidents syphilitiques et transmet la syphilis à sa nourrice. De là procès et *action correctionnelle* (entendez bien le mot) intentés aux parents du nourrisson, lesquels donc encouraient non pas seulement une condamnation à des dom-

mages-intérêts, mais une condamnation correctionnelle, c'est-à-dire la prison. Or l'interrogatoire et l'examen des parents apprit ceci : Le père avait contracté la syphilis dans sa vie de garçon, s'en était traité et ne s'était marié qu'avec la permission de son médecin. Il avait eu d'abord cinq enfants sains. Naturellement il s'était cru autorisé à confier son sixième enfant, le nourrisson en question, à une nourrice. Mais, malheureusement (voici la clef de cette curieuse histoire), au cours de la grossesse qui avait donné naissance à ce sixième enfant, il avait été repris d'un accident syphilitique à la verge, accident par lequel il avait transmis la syphilis à sa femme, laquelle avait, à son tour, contagionné son enfant *in utero*. L'accident du père et la syphilis de la mère avaient été méconnus comme nature par le médecin de la famille, si bien que, en toute sécurité, on avait confié l'enfant à une nourrice.

Or, dans ce cas, les renseignements déduits, par l'expertise, de l'examen des parents atténuaient singulièrement la responsabilité de cette famille vis-à-vis de la nourrice. Ils n'en atténuaient pas à coup sûr la responsabilité civile, mais ils en atténuaient la responsabilité morale, car il devenait manifeste, de par l'expertise, que la famille ignorait le danger qu'elle faisait courir à la nourrice. Aussi l'action correctionnelle fut-elle écartée par le tribunal et l'affaire se termina-t-elle simplement par une indemnité allouée amiablement à la nourrice.

Ce fait et d'autres que je pourrais encore vous citer si je ne voulais abréger autant que possible cet exposé, démontrent donc l'utilité que peut avoir dans certains cas spéciaux l'examen des parents.

Mais si utile, voire même si indispensable que soit cet examen dans quelques circonstances, il serait excessif de le généraliser, d'autant plus que cette pratique n'est pas sans inconvénients. Elle comporte des objections, et si je ne l'érige pas en principe absolu, si je ne la réclame pas, comme quelques médecins, dans tous les cas comme partie intégrante de l'enquête, c'est que j'ai pu la juger à l'œuvre et que j'ai des motifs de n'y recourir qu'en cas de nécessité spéciale.

Ces motifs sont au nombre de trois :

1° C'est que d'abord cet examen des parents ne laisse pas que d'être absolument désagréable et pénible pour tout le monde, pour ceux qui le subissent comme pour le médecin qui le pratique. C'est une sorte de vexation, de mesure inquisitoriale pour les parents. Notez, en effet, qu'il ne s'agit pas ici d'un examen médical ordinaire comme chacun de nous en pratique journellement dans son cabinet, c'est-à-dire d'un examen que les malades viennent réclamer de nous volontairement et auquel ils se soumettent de bonne grâce. Celui dont il s'agit est un examen sinon *forcé*, au moins *subi, imposé ;* c'est un examen juridique, dirigé par un médecin inconnu, un examen vexatoire, presque offensant. Notez, de plus, que pour être ce qu'il doit être, c'est-à-dire probant, il doit être complet, *total*, d'autant plus complet et plus minutieux qu'il y aura moins à trouver, c'est-à-dire qu'il devra porter sur toute la personne du sujet.

Pour le mari, passe encore! Il subira cet examen sans trop se plaindre; mais la femme! ce sera bien autre chose. Cette femme, il va vous falloir l'examiner *nue*, comme l'exige la recherche des stigmates, examiner tour à tour la poitrine, les bras, les cuisses, les mains, les pieds. A chaque vêtement qui tombera, nouvelles doléances : « Docteur, que faites-vous de ma dignité? » s'écriera-t-elle. De là, impatience et résistance de cette femme. Puis il faudra lui examiner la vulve. En somme, votre examen sera, en quelque sorte, comme la visite d'une fille publique, et quelque convenance, quelque réserve que le médecin y apporte, de tels examens successifs seront pénibles et difficilement consentis. Encore heureux serez-vous si, en dépit de la pudeur, de la convenance avec laquelle vous saurez diriger cet examen en présence du mari, on ne vous accuse pas de recherches indiscrètes et de curiosités malséantes. Je n'insiste pas, car vous me comprenez de reste.

Donc examen pénible pour la malade et office désagréable pour le médecin.

2° J'avoue qu'il m'est difficile d'accorder une valeur absolue à un examen médical pratiqué dans de telles conditions. Nous avons déjà grand mal, — j'en puis parler ici en toute connaissance de cause, — à dépister la syphilis, à la découvrir, alors que nous procédons à un examen ordinaire où le malade a intérêt à nous guider, où il nous éclaire, où il cherche, dans son intérêt propre, à diriger nos recherches, en appelant notre attention sur tel ou tel point. Que sera-ce donc dans des conditions absolument opposées?

Vous attendez-vous à ce que ce malade, qui vous considère, vous expert, comme son ennemi naturel, qui ne se laisse examiner qu'à contre-cœur, en rechignant, aille vous déclarer ce qu'il éprouve, vous aide de ses déclarations, vous facilite la besogne, en un mot? Ce serait par trop naïf de le croire. Si vous découvrez sur lui la syphilis, vous ne la découvrirez que malgré lui, et vous aurez à compter avec les réticences, les dissimulations, les négations intéressées, etc.

Un examen institué dans ces conditions est un examen pratiqué dans les pires conditions possibles. Tous les symptômes *subjectifs*, d'abord, vous échapperont nécessairement, et l'on sait s'ils sont nombreux dans la syphilis : céphalgie, névralgie, troubles vésicaux, etc. Et quant aux symptômes *objectifs*, vous avez de nombreuses chances pour que tel ou tel, que pourrait vous signaler le malade, vous échappent par cela seul qu'on ne vous les signalera pas. Allez donc découvrir une périostose qui ne vous sera pas dénoncée par une douleur accusée. Allez donc dépister une syphilide ou une exostose que masquera le chignon d'une femme.

Un examen de ce genre, que par convenance d'ailleurs ou par ennui vous abrégerez malgré vous, laissera donc place à de faciles erreurs par omission. On ne verra pas tout parce que, forcément, on n'osera pas tout regarder, tout inspecter, pendant un temps fort long, démesurément long, tel que celui qui serait nécessaire pour se tenir à l'abri de telles erreurs d'un examen de ce genre tout spécial, examen qui, au cas où il serait négatif, ne sera jamais probant.

3° Ce qui n'est guère encourageant en l'espèce pour se risquer à pratiquer cette visite médicale des parents, c'est la perspective de n'avoir rien à conclure de cet examen, ni pour ni contre, dans l'alternative *la plus probable,* celle où vous ne découvrirez rien sur les parents. Je dis : la plus probable, parce que si les parents ont laissé aller les choses où elles en sont et s'ils consentent à se laisser examiner par l'expert, c'est le plus souvent qu'ils ont de bonnes raisons pour savoir qu'il ne leur reste rien de suspect, d'ostensible, sur le corps, pouvant servir de témoignage à leur ancienne maladie.

En effet, si vous ne découvrez rien sur les parents, qu'allez-vous dire? Ceci, naturellement : « Je n'ai rien découvert sur le père et la mère de l'enfant, qui soit de nature à per-

mettre de suspecter une infection syphilitique; mais cette absence de symptômes syphilitiques actuels n'implique pas leur état d'immunité, la syphilis pouvant avoir existé antérieurement sur eux sans laisser actuellement de traces. »

Ah! la jolie conclusion, et comme cela va subitement éclairer l'expertise d'un jour propice!

Aussi bien, pour ces diverses raisons, me semble-t-il préférable de m'abstenir de l'enquête sur les parents dans les cas où je n'ai rien à en attendre. Je m'en abstiens toutes les fois qu'elle ne me paraît pas motivée par un intérêt spécial et toutes les fois que je n'en ai pas besoin, comme, inversement, j'y ai recours dans les conditions opposées.

En un mot, si les conclusions tirées de l'examen de la nourrice et du nourrisson sont de telle nature que la lumière soit absolument faite sans qu'il soit besoin d'autre démonstration, je crois inutile de recourir à l'examen des parents; j'épargne à ceux-ci et je m'épargne à moi-même cette besogne inutile non moins que pénible, désobligeante, offensante à des titres divers, et je vous conseille d'en faire autant.

DE L'ACTION VASO-MOTRICE DE LA SUGGESTION

CHEZ LES HYSTÉRIQUES HYPNOTISABLES.

Par M. Dumontpallier, médecin de la Pitié.

Dans une première note (1), j'ai rapporté les expériences qui m'ont conduit à émettre la proposition suivante : La suggestion chez les hystériques hypnotisables peut produire une élévation de température de plusieurs degrés centigrades, et cela dans des régions limitées à volonté.

De nouvelles expériences faites du 5 au 8 juillet sur les mêmes hystériques, mais en modifiant le dispositif expérimental, confirment la proposition ci-dessus énoncée, et de l'examen des tableaux où sont relevées les températures des membres sur lesquels ont porté les expériences, il ressort :

1° Que pendant toute la durée des expériences (du 5 au 8 juillet), mais surtout dans les périodes hypnotiques l'élévation de la température du membre sur lequel avait porté la suggestion a été constante et marquée par un maximum de 2°,4 (34°,4 — 36°,8) pour l'une des hystériques, et de 1°,7 (35°,1 — 36°,8) pour l'autre sujet en expérience;

2° Que la différence de température des deux membres dans les régions homologues a oscillé entre 0,5/10e de degré et 2 degrés pour l'une des malades, et entre 0,5/10e de degré et 6°,4/10e pour la seconde malade. Il est probable que cette différence des températures pour la seconde malade était due en partie au phénomène dit « phénomène du transfert ». Toutefois ce qui est constant dans toutes ces expériences, c'est la surélévation de température de la région du membre sur laquelle a porté la suggestion;

3° Aussitôt les expériences terminées, les températures pour les deux membres redeviennent égales.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 juillet 1885. — Présidence de M. Vidal.

COMMUNICATIONS

Arthropathies chez un malade atteint d'affection médullaire. — M. **Féréol** présente un malade atteint d'un gonflement considérable du coude gauche avec conservation des mouvements, offrant tous les caractères des arthropathies d'origine tabétique. Ce malade présente les signes d'une affection médullaire, mais non ceux de l'ataxie locomotrice. On sent, au niveau du coude malade, une saillie osseuse extra-articulaire. Cette affection date de deux ans. La main et le genou du même côté sont également atteints d'altérations analogues. Du côté de la main, il y a ceci de particulier qu'elle a été, à deux reprises, le siège d'un traumatisme. On constate, de ce même côté gauche, un peu d'atrophie. Ce malade marche mal; la pointe du pied accroche le sol. Il y a une exagération des réflexes, contrairement à ce qui a lieu dans l'ataxie locomotrice. Il n'y a pas de phénomènes du côté des yeux. Les sphincters sont en bon état. Pas de troubles de la sensibilité. Il ne s'agit donc pas ici d'un tabétique. A quelle affection a-t-on affaire? M. Féréol est disposé à rattacher ces phénomènes à une sclérose en plaques.

Gomme de la cuisse. — M. **Guyot** présente une malade qui porte, au niveau du droit antérieur de la cuisse droite, une volumineuse tumeur qu'on a prise pour un fibro-sarcome. Cette malade a été soumise à un traitement par l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes; et depuis lors, cette tumeur se ramollit. Il s'agit donc d'une gomme.

La folie brightique. — M. **Dieulafoy** fait une communication sur certains troubles de la maladie de Bright, en particulier sur le délire. Certains brightiques présentent des troubles intellectuels qui apparaissent généralement alors que ces malades ont déjà été en proie à d'autres troubles de l'urémie. Il s'agit habituellement d'un délire doux, tranquille. Dans quelques cas plus rares, ce délire s'accentue, le malade est agité, il a de l'insomnie, se lève à chaque instant, et on est obligé de recourir à la camisole de force. D'autres fois, ce sont des hallucinations de l'ouïe ou de la vue qui dominent la scène. Ce délire des brightiques est connu depuis longtemps. Il a surtout été bien décrit dans un mémoire de Lasègue en 1852. Pour lui, le délire tenait moins à la lésion rénale qu'à d'autres causes prédisposantes : hystérie ou alcoolisme. Il y a cependant un bon nombre de cas où l'urémie délirante est survenue d'emblée, sans autre cause héréditaire ou personnelle. Ces troubles délirants sont bien véritablement tributaires de l'urémie. Quand ce délire se trouve associé à d'autres symptômes de l'urémie, c'est un épiphénomène dont l'importance est secondaire; mais d'autres fois c'est un symptôme dominant; l'œdème et l'albuminurie peuvent manquer, et cependant il s'agit bien d'une maladie de Bright. Cela a une grande importance non seulement au point de vue du diagnostic, mais aussi au point de vue du traitement, au point de vue de la médecine légale. On peut interner ces malades comme aliénés dans des maisons spéciales, on peut les nourrir avec la sonde œsophagienne, leur donner la douche froide, toutes choses absolument opposées au traitement de la maladie de Bright. Il y a aussi à se poser la question de responsabilité, du droit de tester, etc. On voit toutes les conséquences d'une erreur de diagnostic dans ces cas. M. Dieulafoy communique six observations, dont deux personnelles, à l'appui des considérations qui précèdent. Voici le résumé de ces six observations :

Première observation : Le 14 février 1885, entre dans son service, à Saint-Antoine, une jeune femme de trente-sept ans, présentant les phénomènes suivants : mutisme complet, air hagard, hébété, doigts en contracture, refus de toute alimentation, grande agitation, aucun signe d'ailleurs de folie hystérique. L'examen des urines donne très peu d'urée et une très légère albuminurie. La température axillaire est de 36 degrés. Traitement : régime lacté, larges cataplasmes sinapisés sur la région des reins. Pendant dix-huit jours, cette malade passe par toutes les formes de l'aliénation mentale, idées de persécution, etc. La langue est sèche, le ventre ballonné; il y a de la constipation. L'albuminurie a disparu, la température remonte, il y a de l'amélioration. Il n'y a jamais eu d'œdème. Elle se plaint de démangeaisons dans le dos et dans les bras, de fourmillements et de crampes dans les jambes. Il y a des vomissements presque tous les jours, des épistaxis abondantes. On ne peut relever aucun antécédent, ni personnel ni héréditaire.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1885, p. 619.

L'albuminurie, qui avait reparu, disparaît de nouveau; l'urée augmente; il y a une nouvelle amélioration, puis les vomissements reprennent. Il y a des attaques d'épilepsie et elle meurt après soixante-cinq jours de maladie.

L'autopsie montre que tous les organes sont sains, sauf les reins qui présentent les lésions caractéristiques de la maladie de Bright.

Deuxième observation : Malade envoyé dans le Midi comme tuberculeux, pris de délire, ramené à Paris où M. Dieulafoy constate de la bouffissure des paupières et 2gr,85 d'albumine dans les urines. Délire de persécution, accès de manie aiguë pendant vingt-cinq jours; guérison complète de ses accès d'aliénation mentale; mort deux ans après, brightique.

Troisième observation, relevée dans la thèse de Bouvard [de Lyon] (cas de Jolly) : Jeune fille de dix-neuf ans, atteinte de néphrite aiguë, stupeur profonde, refus des aliments, albuminurie au quatrième jour, température 35 degrés; guérie de sa folie et de sa néphrite.

Quatrième observation : Jeune homme de dix-neuf ans, reconnu brightique auparavant, pris de manie furieuse, interné pendant quatre mois, guérison, mort quatre ans après, brightique.

Cinquième observation : Malade reconnu depuis longtemps comme atteint de la maladie de Bright, pris d'aliénation mentale pendant neuf mois et demi, guéri tout en restant brightique.

Sixième observation, prise dans le mémoire de M. Raymond, intéressante en ce qu'elle montre que toutes les formes de délire peuvent exister dans la maladie de Bright. Il s'agit d'une femme très distinguée, très pieuse, qui fut prise d'un délire érotique, qui invectiva la sœur qui la gardait, en employant le vocabulaire des halles, qui voulait coucher avec son mari, avec son beau-père, avec la sœur, avec tout le monde. A ce délire érotique succéda un délire religieux. Cette malade finit par succomber, délirante et brightique.

Dans ces observations, fait remarquer M. Dieulafoy, le délire tient une telle place, qu'il semble qu'on ait plutôt affaire à des aliénés qu'à des brightiques. Plusieurs ont dû être enfermés dans des asiles d'aliénés. Quelle est la durée de ces accidents? D'après ces observations, de vingt jours à huit mois et demi. La nature de ce délire est très variable : tantôt c'est de la manie aiguë franche, tantôt de la lypémanie, tantôt du délire érotique, tantôt du délire religieux, du délire des persécutions, en un mot toutes les différentes formes de la véritable folie.

Au point de vue de l'étiologie, on voit que dans quelques cas il s'agit de brightiques avérés, atteints de néphrites chroniques, de néphrites aiguës, ou même scarlatineuses. Il est impossible, dans ces cas, d'invoquer d'autres causes que la néphrite elle-même. D'autres fois, on relève des antécédents personnels ou héréditaires, hystériques, alcooliques ou autres. Ce sont surtout ces cas sur lesquels avait insisté Lasègue. Le diagnostic est souvent bien difficile, car il y a des cas où il n'y a pas d'autres signes de la maladie de Bright, où il n'y a ni œdème, ni albuminurie, au moment où l'on observe le malade. Quant au pronostic, ces formes délirantes ne sont pas aussi graves que les formes comateuses ou épileptiques. Le traitement est celui de la maladie de Bright aiguë.

M. FÉRÉ croit qu'il s'agit là de troubles mentaux très divers de la maladie de Bright; mais il ne croit pas qu'il y ait lieu d'admettre une forme de folie qu'on puisse appeler folie brightique. Il croit donc que l'opinion de Lasègue doit être conservée.

M. DIEULAFOY admet également les causes prédisposantes pour ces cas, de même que pour les bronchites albuminuriques, si bien décrites par Lasègue, de même que pour les troubles gastriques de l'urémie qui causent tant d'erreurs de diagnostic, mais il maintient qu'il y a des cas où il est impossible de saisir la moindre hérédité et dans lesquels les accidents délirants sont bien dus à l'affection rénale seule.

M. FERRANT a récemment observé une malade identique à ceux dont vient de parler M. Dieulafoy. Il s'agit d'une femme entrée dans son service, il y a un mois, dans un coma alternant avec du délire, mais avec prédominance comateuse. Une légère bouffissure des paupières porta à examiner les urines, et on trouva de l'albuminurie. Après huit jours de ces oscillations de délire et de coma, les accidents urémiques disparurent, mais le délire persista à tel point que cette malade a dû être transportée à Sainte-Anne. Pendant quinze jours elle n'a pas présenté d'autres signes que ce délire et quelques traces d'albumine.

Diagnostic du cancer de l'estomac. — **M. DUJARDIN-BEAUMETZ** a suivi pendant un an un malade chez lequel il diagnostiquait ou non un cancer de l'estomac, selon qu'il souffrait ou non. Jamais ce malade n'a présenté de tumeur. Il a été soumis à tous les moyens d'exploration usités en Allemagne et en Belgique. Le chiffre de l'urée chez ce malade a toujours été entre 17 et 25 grammes, alors que Rommelaere prétend que, dans ces cas, il descend toujours au-dessous de 10 grammes. Cet homme est mort et l'autopsie a révélé la présence d'un vaste cancer ulcéré de l'estomac. Il a vécu trois ans malade; il n'a jamais eu de tumeur et a eu intercurremment deux pneumonies dont il a guéri.

M. RENDU observe une malade chez laquelle M. Potain a diagnostiqué un cancer de l'estomac depuis plus de cinq ans. Elle a en effet un cancer, mais elle se porte assez bien tant qu'elle reste soumise au régime lacté. Il y a donc certains cancers de l'estomac dont la marche est très lente.

M. ALBERT ROBIN rappelle que Rommelaere, quand il a vu l'erreur qu'il avait commise en donnant la diminution de l'urée comme un signe du cancer, s'est rabattu sur l'acide phosphorique dont, selon lui, la quantité diminue chez les cancéreux. M. Albert Robin a répété les expériences de Rommelaere à ce sujet et est arrivé à se convaincre facilement qu'il en était de l'acide phosphorique comme de l'urée, et que Rommelaere avait commis la même erreur pour le premier que pour le second.

ÉLECTIONS

MM. Barié, Renault et Brocq sont élus membres titulaires.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

195. M. GAUTREZ. De la valeur de la ponction simple et des injections iodées dans les kystes séreux du ligament large. — 196. M. REMIGNON. De la grenouillette congénitale par dilatation du canal de Warton imperforé. — 197. M. BARRAL. Contribution à l'étude du rhumatisme puerpéral. — 198. M. DELAROCHEAULION. De l'arthrite déformante de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil et des déviations consécutives. — 199. M. CASANOVA. Intoxication chronique par l'alcool, l'absinthe et le vulnéraire. — 200. M. BROSSIER. Essai sur la responsabilité au point de vue mental. — 201. M. IVANOF. De l'ostéomyélite subaiguë ou insidieuse pendant la grossesse. — 202. M. ANDERSON. Étude sur les variations de la température chez les blessés et les opérés et sur leurs causes. — 203. M. CHABAUD. Contribution à l'étude de la syphilis du maxillaire inférieur. — 204. M. RIBETON. De la curabilité de certaines formes de cirrhose atrophique du foie. — 205. M. VOISENET. Étude sur les différentes formes de myélites tuberculeuses. — 206. M. BRUNEAU. Empoisonnement par le gaz d'éclairage; recherches sur les propriétés physiologiques du propylène.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 juillet 1885, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le docteur Henri Roger, président de l'Association générale des médecins de France.

Au grade d'officier : M. le docteur Galezowski, à Paris.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Gaston Humbert, chirurgien des hôpitaux de Paris; Delaporte, attaché à la préfecture de la Seine; Morétin, à Paris; Camille Miot, à Paris; Tardieu, à Arles; Saillard, chirurgien en chef des hôpitaux de Besançon; Pleindoux, chirurgien en chef des hospices de Nîmes; Verdureau, membre du conseil général du Loiret; Duquesnel, membre du conseil général de la Somme.

— Par décret, en date du 11 juillet 1885, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Gavarret, inspecteur général de l'instruction publique (ordre de la médecine).

Au grade de chevalier : M. Jannetaz, aide-naturaliste au Muséum.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 juillet 1885, sont nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. Pennetier, professeur à l'École de médecine de Rouen; Tixier, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand; Perret, professeur à l'École de médecine de Rennes; Grehant, Terreil, Costantin et Mocquard, aides-naturalistes au Muséum; Meurein, pharmacien, adjoint au maire de Lille.

Officiers d'Académie. — MM. Dudon et Demons, chargés des fonctions d'agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux; Laguesse, professeur à l'École de médecine de Dijon; Moniez, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Bor, professeur à l'École de médecine d'Amiens; Demange, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy; Garnier, agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy; Boudet, suppléant à l'École de médecine de Limoges; Poirault, professeur à l'École de médecine de Poitiers; Malherbe, professeur à l'École de médecine de Nantes; Durand, médecin de l'École normale d'institutrices de Lyon; Rousseau, professeur d'hygiène à l'École normale de Laon; Vigier, pharmacien à Paris.

— La seconde épreuve (question orale) du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central s'est terminée samedi soir. Ont été déclarés admissibles pour la troisième épreuve, les douze candidats dont les noms suivent : MM. les docteurs Comby, Chantemesse, Petit, Gaucher, Bourcy, Robert, Dreyfous, Juhel-Rénoy, Duplaix, Hirtz (Edgar), Martin et Galliard.

La prochaine séance aura lieu jeudi prochain 16 juillet 1885, à huit heures et demie du matin, à l'hôpital de la Charité, pour la troisième épreuve (épreuve clinique).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les candidats des différents concours de clinicat sont :

1° Pour le clinicat chirurgical : MM. les docteurs Guinard, Jullien, Ménard et Ozenne;

2° Pour le clinicat médical : MM. les docteurs Capitan, Chéron, Duplaix, Gallois, Martinet et Siredey;

3° Pour le clinicat des maladies du système nerveux : M. le docteur Babinski.

La question donnée pour l'épreuve de médecine opératoire pour le clinicat chirurgical est : Désarticulation de l'épaule. — La prochaine séance aura lieu le vendredi 17 juillet, à trois heures de l'après-midi, à l'hôpital de la Pitié.

L'ouverture des deux autres clinicats, clinicat médical et clinicat des maladies du système nerveux, a été reportée du 6 juillet au 13 du même mois, neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Devaux (Armand-Isidore-Charles) est nommé préparateur de thérapeutique, en remplacement de M. Simon, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Jamin, professeur de physique à la Faculté des sciences de Paris, est nommé, pour trois ans, doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Milne-Edwards, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite et nommé doyen honoraire.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Raymondaud (Jean-Baptiste-Gilbert), docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *Muséum.* — La commission chargée d'examiner les candidats aux bourses de licence instituées près le Muséum d'histoire naturelle est composée des professeurs du Muséum dont les noms suivent :

MM. Des Cloizeaux, professeur de minéralogie; Van Tieghem, professeur de botanique; Perrier, professeur de zoologie.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. Ganivet est nommé interne de l'hôpital Saint-Jean.

— Par arrêté préfectoral, en date du 25 juin 1885, M. Juge est nommé directeur des hospices Saint-Michel et Lenoir-Jousserand.

— Le ministre du commerce vient de déposer à la Chambre des députés une demande de crédit de 100000 francs pour permettre de prendre des mesures de précaution contre l'épidémie cholérique qui sévit en Espagne.

Déjà deux postes de surveillance médicale viennent d'être installés aux gares de Cerbère et d'Hendaye. D'autres postes analogues vont être établis sur les principales routes qui font communiquer l'Espagne avec la France. Ces mesures vont être étendues aussi au littoral de l'Algérie, en raison des communications fréquentes de notre grande colonie africaine avec le royaume espagnol.

— Un concours pour la nomination à trois places d'internes en médecine et en chirurgie à l'hôpital civil de Mustapha s'ouvrira à Alger, le mardi 3 novembre 1885, à une heure de l'après-midi, à l'École de médecine d'Alger.

La durée des fonctions sera de trois ans; le traitement sera de 1200 francs pour les internes de première classe, et de 1000 francs pour ceux de deuxième classe.

Les candidats devront se faire inscrire, personnellement ou par écrit, au secrétariat de la direction de l'hôpital civil de Mustapha, au plus tard le 2 novembre 1885, avant quatre heures du soir.

— Un concours pour l'emploi de chef des cliniques de l'hôpital Saint-Jacques de Besançon s'ouvrira, dans cette ville, le mercredi 5 août.

Les candidats pourront se faire inscrire au secrétariat de l'hôpital Saint-Jacques, à Besançon, jusqu'au lundi 3 août, trois heures du soir.

— Une pétition demandant la prolongation de l'ancien régime d'études médicales est déposée à l'Association générale des étudiants. Les intéressés pourront venir l'y signer de une heure et demie à cinq heures, 41, rue des Écoles.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le mardi 21 juillet 1885, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle de la Sorbonne, M. Phisalix soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « Recherches sur l'anatomie et la physiologie de la rate chez les Ichthyopsidés. »

— Le mercredi 22 juillet 1885, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle de la Sorbonne, M. Poirier soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « Contribution à l'histoire des trématodes. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18097.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr

Prix du Numéro : VINGT centimes.

INAUGURATION DE LA STATUE DE PHILIPPE PINEL.

Lundi dernier, à dix heures du matin, a été inaugurée en grande solennité, sur la place de la Salpêtrière, la statue de Philippe Pinel brisant les fers des aliénés, exécutée par le statuaire Ludovic Durand, et offerte à la ville de Paris par la Société médico-psychologique. Nos lecteurs se souviennent que la *Gazette des hôpitaux*, non contente de s'inscrire en tête de la souscription, avait prêté avec persévérance son concours à cette œuvre de gratitude et de glorification envers une grande illustration médicale.

Le groupe principal est en bronze et comprend deux figures. Pinel, en costume de la fin du XVIIIe siècle, est debout et tient dans sa main droite des fers brisés; à ses pieds est une jeune malade dont les yeux se lèvent vers son bienfaiteur. Elle ramasse des fleurs qu'elle semble vouloir offrir à Pinel. Le piédestal est monumental; il est orné de deux grandes statues allégoriques en pierre : la *Science* et la *Bienfaisance*.

La Société médico-psychologique a reçu et conduit à l'estrade un grand nombre de notabilités scientifiques et administratives, et M. le docteur H. Dagonet, président, a ouvert la séance par une courte et élégante allocution. M. le docteur Robinet, au nom du Conseil municipal de Paris; M. Poubelle, préfet de la Seine; M. le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière; M. le docteur Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique, et M. Pichon, conseiller municipal du quartier de la Salpêtrière, ont ensuite pris la parole.

La fête, favorisée par un temps splendide, s'est terminée par un lunch exquis offert par la Société médico-psychologique à ses très nombreux invités, dans les salles de la consultation externe, à la Salpêtrière. On ne s'est séparé qu'à une heure et demie, après un vote unanime de remerciements à M. le docteur Motet, qui avait admirablement prévu et réglé tous les détails de la cérémonie et de la réception.

Il nous est impossible, à notre grand regret, de reproduire les discours qui ont été prononcés à cette occasion. Nous ferons toutefois une exception en faveur de l'intéressante improvisation de notre excellent collaborateur et ami, M. Legrand du Saulle :

Discours de M. Legrand du Saulle.

En France, notre instinct chevaleresque et honnête nous conduit à honorer le génie partout où il s'est rencontré. Pour nous, la reconnaissance publique a des droits imprescriptibles. Elle peut se faire très longtemps attendre, mais l'heure de la réparation finit toujours par sonner.

La solennité qui nous réunit aujourd'hui est une preuve bien significative de ce que j'avance, et c'est avec une satisfaction profondément émue que j'ai en ce moment l'honneur de présenter aux mandataires de la ville de Paris et au premier magistrat du département de la Seine ce bronze monumental élevé à la mémoire du docteur Philippe Pinel, médecin en chef de la Salpêtrière, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie des sciences et membre d'honneur de l'Académie de médecine, mort à la Salpêtrière, à l'âge de quatre-vingt-un ans, le 26 octobre 1826.

Pinel ne fut pas seulement cet illustre médecin, dont les titres scientifiques vous seront rappelés tout à l'heure par le secrétaire général de notre Compagnie, mais il fut encore un philanthrope perspicace et osé, un patriote sincère, un grand citoyen. Appelé vers la fin de 1792 aux fonctions de médecin de Bicêtre, il fut aussi affligé qu'indigné du spectacle horrible qui chaque jour s'offrait à ses yeux. Les malades, chargés de chaînes, à peine vêtus, croupissaient sur de la paille, au milieu d'immondices, dans d'étroits et infects cabanons. A leurs manifestations délirantes ou convulsives, à leurs cris ou à leurs supplications, il n'était répondu d'ordinaire que par des sévices! En voyant que les troubles de l'esprit pouvaient conduire à un pareil état d'abjection et appelaient en quelque sorte de semblables cruautés, le nouveau médecin de Bicêtre s'arrêta à la généreuse pensée d'une grande et secourable réforme, puis il conçut bientôt l'admirable projet d'élever le fou à la dignité de malade.

Le hasard le servit bien. Il avait sous ses ordres un surveillant très zélé, actif, plein de cœur, d'un courage éprouvé, et Pussin fut pour lui un précieux collaborateur. Honneur au modeste employé, honneur à Pussin!

Philippe Pinel demanda un jour à la Commune de Paris la permission de briser les fers de ses malades. Une vive opposition se manifesta, et Couthon, président, crut devoir se transporter le lendemain à Bicêtre. — « Es-tu donc fou toi-même, dit-il à Pinel, de vouloir déchaîner toutes ces bêtes féroces? » — « Non, répondit le médecin de Bicêtre, j'ai la conviction que ces malheureux ne sont aussi violents que parce qu'ils sont enchaînés. Lorsqu'ils seront libres, ils se calmeront et peut-être redeviendront-ils raisonnables. » — « Eh bien! fais comme il te plaira, » répliqua Couthon.

Vous savez ce qui advint, et chaque jour, depuis presque un siècle, nos aïeux dans la science, nos maîtres et nous-mêmes, nous n'avons été que les admirateurs, les disciples et les continuateurs de Pinel.

Mais comment, à cette heure, ce monument se trouve-t-il sur cette place? Chaque statue a son histoire, et je tiens à dire comment naquit le projet concernant le héros de cette fête.

Par une maussade matinée de printemps, un médecin et un artiste, réunis pour un portrait dans un atelier de sculpture, s'entretenaient sans animation des choses du grand art. Le statuaire citait les œuvres qu'il avait exposées au Salon, à différentes reprises, énumérait les médailles qu'il avait obtenues, et arriva tout à coup à cette confidence : « Je voudrais maintenant, dit-il, faire une belle statue pour l'une des places de Paris. » — « Qu'à cela ne tienne, lui répondit le médecin, je vous commande la statue de Philippe Pinel brisant les fers des aliénés. Représentez-moi dans un groupe en bronze ce que M. Tony Robert-Fleury a si bien rendu par la peinture. » L'artiste, étonné, ému peut-être, promit de se recueillir, d'aviser et de présenter promptement des esquisses et quelque chose comme un avant-projet. Il avait compris, à la façon dont le médecin avait formulé sa commande, qu'il ne s'agissait pas d'un plaisant badinage d'atelier. Et, de fait, sa confiance fut loin d'être trahie, puisque nous sommes ici aujourd'hui.

Le médecin dont il s'agit était membre de la Société médico-psychologique. Il avait compté sur ses confrères et il avait bien fait. Nous allons le retrouver dans un instant, mais je dois au préalable présenter la Société médico-psychologique aux membres du corps municipal et à toute l'assistance.

Vers 1852, un petit groupe de travailleurs sérieux s'assemblait à la Faculté de médecine, dans une salle d'emprunt, et là, avec un grand zèle, se mettait à discuter sur les choses de la science et de la philosophie, sur la psychologie morbide et sur l'amélioration du sort des aliénés. Au bout de quelques mois, la clinique mentale était abordée, puis la médecine légale appliquée à la folie et aux névroses, et enfin l'organisation administrative de nos grands établissements spéciaux. Lallemand, Gerdy, Buchez, Ferrus, Adolphe Garnier, Cerise, Peisse, Alfred Maury, Parchappe, Paul Janet, Trélat, Falret, Félix Voisin, Calmeil, Moreau (de Tours), Ott, Delasiauve, Casimir Pinel (neveu), Sandras, Archambault et beaucoup d'autres, avaient répondu à l'appel d'un aliéniste éminent qui, non content d'avoir fondé un important recueil scientifique, sous le nom d'*Annales médico-psychologiques*, avait pressenti tous les services que pourrait rendre encore une Société médicale spécialisée, une Société *médico-psychologique*. Ce clinicien si remarquable, ce professeur libre si suivi et si écouté pendant plus de vingt ans, a passé trente-deux ans de sa vie à la Salpêtrière et a été l'un des continuateurs les plus ardents de Philippe Pinel. Il a eu le rare bonheur de voir survivre et prospérer toutes ses œuvres, et, à cette heure solennelle, si M. Baillarger est retenu loin de nous par quelques soins à donner à sa santé, il est présent du moins par la pensée et par le cœur. Aussi, lui adressons-nous depuis ici nos respectueuses cordialités et nos vœux les meilleurs.

Sous l'inspiration d'un tel chef, la Société médico-psychologique continua depuis à travailler sans relâche. Elle est devenue l'une des Sociétés savantes les plus accréditées, et nous avons compté ou nous comptons parmi nous des membres du Sénat, de la Chambre des députés, du Conseil municipal de Paris, de l'Institut, du Collège de France, de l'Académie et de la Faculté de médecine, des médecins des hôpitaux de Paris et la plupart des médecins des services d'aliénés du département de la Seine.

Un jour, à la séance du 23 décembre 1877, le médecin que nous avons laissé dans l'atelier d'un statuaire, monta à la tribune et soumit aux membres de la Compagnie l'avant-projet d'une statue à élever à Philippe Pinel. La Société médico-psychologique pensa qu'il était de son devoir de ne point se désintéresser dans cette question de justice tardive et de réparation scientifique. En effet, si la Société existe elle-même et si elle compte plusieurs sœurs cadettes en Europe et en Amérique, n'est-ce point parce que Pinel a imprimé une impulsion vigoureuse à l'étude de l'homme frappé dans son intelligence et qu'il a presque créé de toutes pièces la science des maladies mentales? Une commission fut nommée et le rapport fut lu en séance le 25 mars 1878. Permettez-moi de vous citer quelques phrases de ce document important : « La France, disait le rapporteur, distraite par tant d'événements divers et peu attentive aux réminiscences attendries d'un passé lointain, a laissé sa dette s'accroître vis-à-vis de Pinel. Un siècle nous séparera tout à l'heure de la grande réforme opérée par le savant philanthrope de Bicêtre, sans que l'éclat du bienfait soit terni. Plus les troubles de la raison se multiplient, plus la science progresse, plus les asiles ouverts aux naufragés de l'intelligence s'améliorent, plus la Société médico-psychologique grandit, et plus nous devons en reporter l'honneur à Pinel, qui a tout fait, tout enseigné, tout inspiré. Nous-mêmes, les petits-fils scientifiques de Pinel, nous ne sommes que des continuateurs marchant avec notre époque et cherchant sans cesse à élargir la voie ouverte tout à coup par le génie de notre aïeul illustre.

« Le novateur de la médecine mentale a donc des droits imprescriptibles à la reconnaissance publique. »

Séance tenante, la Société vota à l'unanimité la proposition de vœu que voici :

« La Société médico-psychologique,

« Considérant que Philippe Pinel est l'une des gloires médicales les plus pures de la France; que c'est sur son initiative perspicace et hardie que sont tombées, en 1793, les chaînes des aliénés, à Bicêtre; qu'il est le véritable fondateur de la science des maladies mentales; qu'il a fondé, par son enseignement éclatant et fécond, à la Salpêtrière, un très grand nombre d'élèves qui ont propagé partout ses idées, ses réformes et ses bienfaits;

« Considérant que Philippe Pinel n'a pas été seulement une illustration dont s'enorgueillissent l'Académie des sciences, l'École de médecine et les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, mais encore qu'il a exercé une influence décisive et éminemment secourable sur une classe nombreuse de malades et de déshérités, et qu'à ce titre, il est considéré dans le monde entier comme l'un des bienfaiteurs les plus méritants de l'humanité,

« Émet le vœu qu'une statue soit élevée à Philippe Pinel, à Paris. »

Ce vœu est devenu une réalité, et il constitue en quelque sorte l'acte de naissance de la statue, le premier titre de la nouvelle propriété de la ville de Paris.

Et maintenant, Messieurs, que vous connaissez les origines du monument et les qualités des donateurs, permettez-moi de m'adresser aux représentants du corps municipal de Paris et de l'administration départementale de la Seine, et souffrez que je leur tienne ce langage : « Au nom du comité d'initiative de la statue, je vous remets gracieusement ce groupe monumental et je vous invite à en prendre possession. »

Je ne saurais descendre de cette tribune sans adresser les plus vifs remerciements aux pouvoirs publics et aux hommes qui sont venus si libéralement en aide au comité, dont les soucis et les embarras ont été parfois bien lourds.

Je remercie le gouvernement de la République française, dans la personne de M. le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts. Non seulement l'État a subventionné le groupe en bronze, mais encore les deux statues en pierre, la *Bienfaisance* et la *Science*, qui décorent le piédestal.

Je remercie le Conseil municipal de la ville de Paris, qui a souscrit avec tant d'empressement à la statue et au piédestal, et qui a bien voulu voter des fonds pour l'aménagement de la place de la Salpêtrière et même pour la décoration de cette solennité.

Je remercie le Conseil général de la Seine de la sérieuse allocation qu'il nous a accordée. Les médecins des services d'aliénés du département sont très touchés des sacrifices si considérables que le Conseil général, si soucieux des graves intérêts qui lui sont confiés, s'impose chaque année en faveur de nos chers malades. Il est animé des sentiments les plus philanthropiques et les plus secourables. Aucune infortune ne le laisse insensible et froid. Honneur à lui!

Je remercie l'Administration générale de l'Assistance publique, qui, en souscrivant à la statue de Pinel, a voulu montrer une fois de plus dans quelle estime elle tient les médecins placés à la tête de ses nombreux services.

Je remercie le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, qui a bien voulu provoquer et recueillir plus de quarante souscriptions.

Je remercie la *Gazette des hôpitaux*, dont le concours spontané nous a été si utile.

Je remercie avec une profonde émotion le statuaire, M. Ludovic Durand, dont l'œuvre magnifique est sous vos yeux, et qui s'est montré non seulement un grand artiste, mais un homme désintéressé. Il y a des services qui engagent et honorent un gouvernement; il y a aussi une distinction qui est capable de récompenser de tels services. Nous allons attendre avec une grande et légitime impatience l'heure de la justice. Si elle ne sonne pas aujourd'hui, elle sonnera certainement demain.

Je remercie tous les souscripteurs, et je remercie enfin mes chers et honorés confrères de la Société médico-psychologique qui m'ont imposé le grand honneur de prendre la parole devant vous. *Nihil est quod malim quam me gratum esse videri.*

Et maintenant, Messieurs les représentants de la ville de Paris, daignez veiller sur le monument élevé à la gloire de Philippe Pinel. Nous l'avons lentement et péniblement édifié, nous l'avons chaque jour aimé davantage, et l'illustre vieillard est devenu de la sorte notre propre enfant. C'est tout ce que nous possédons et nous vous le donnons de grand cœur.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Une ébauche de cirrhose hypertrophique.

Dans son enseignement clinique, M. le professeur Peter insiste surtout sur un côté de l'étude des maladies que l'on néglige trop souvent, sur leurs origines, sur leurs débuts, sur leurs premières formes peu distinctes, sur toute la genèse des lésions permanentes, en dehors desquelles d'autres ne voient rien.

Ces lésions ne se créent pas d'emblée en général. Elles constituent le dernier terme d'une série parfois très longue. Avant qu'un travail irritatif ait profondément modifié la constitution intime d'un organe, y ait fait pulluler des éléments nouveaux, portant une atteinte définitive à son organisation fonctionnelle, elle s'est souvent déjà traduite par des troubles momentanés qui pouvaient laisser entrevoir, comme dans une image affaiblie, ce qui devait se produire plus tard.

Par exemple, chez un jeune homme de vingt et un ans, entré le 3 juin dernier salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 3, on constata, le premier jour, que le foie offrait un volume égal à celui qu'il présente dans certains cas de cirrhose hypertrophique, suite d'alcoolisme chronique. A la percussion, on lui trouvait 15 centimètres de diamètre vertical.

La rate aussi était gonflée comme dans la cirrhose hypertrophique, et son diamètre vertical était le même.

Or ce jeune homme, après avoir été domestique dans une pension de province, où il était forcément très sobre, était placé depuis huit mois à Paris, comme garçon marchand de vins, et depuis ce temps buvait beaucoup non seulement de vin, mais de liqueurs.

Depuis trois ou quatre mois il éprouvait souvent une douleur vers la région épigastrique et même quelquefois un spasme de la gorge, qui paraît être un spasme œsophagien. Mais il n'avait jamais vomi, jamais eu de pituite, jamais de tremblement des mains, jamais d'accès d'excitation.

Depuis quelques jours il se sentait un peu souffrant : le thermomètre, lors de son entrée, accusait une température de 39 degrés et demi : il avait donc de la fièvre. Il était pâle, abattu, déprimé, comme ceux qui commencent une fièvre continue. La teinte de sa peau était subictérique. Les régions du foie et de la rate étaient très douloureuses à la pression.

L'idée d'une cirrhose hypertrophique proprement dite devait être écartée, car ce malade était trop jeune et s'alcoolisait depuis trop peu de temps pour qu'on supposât dès lors chez lui les lésions graves qui sont le fait de l'alcoolisme chronique.

M. Peter fut persuadé qu'avec un traitement convenable il guérirait rapidement; mais il fit voir à ses élèves que c'était là, pour ainsi dire, une répétition d'une pièce qui se jouerait peut-être plus tard d'une façon plus solennelle.

Que s'était-il passé, en effet, chez cet homme? Le foie et la rate s'étaient gonflés sous l'influence de l'alcool qui avait traversé leurs vaisseaux. La polycholie provoquée par cet alcool avait contribué à produire autour des éléments glandulaires du foie une fluxion congestive, qui accroissait pour sa part le volume de l'organe. Ce n'étaient point encore là, comme dans la cirrhose hypertrophique, des éléments organisés, ayant acquis leur droit à l'existence dans les tissus envahis par eux ; c'étaient des éléments très jeunes, encore mobiles et fragiles, qui devaient disparaître d'eux-mêmes quand disparaîtrait la congestion.

Au point de vue étiologico-pathologique, cette maladie était donc à la cirrhose des buveurs ce que l'état aigu est à l'état chronique dans beaucoup d'autres affections.

Mais la cirrhose hypertrophique est généralement considérée comme un mal irrémédiable, ce qui est vrai la plupart du temps (bien que parfois on puisse encore, par les révulsifs, par un régime approprié, etc., non seulement en empêcher les progrès futurs, mais la faire rétrograder. M. Peter nous a cité plusieurs exemples qui le prouvent).

Chez le jeune homme en question, au contraire, la guérison était prévue : et elle s'effectua rapidement.

Le traitement a consisté en applications de ventouses scarifiées et en purgatifs salins. La cause du mal se trouvait écartée par le régime, où l'alcool ne figurait plus.

En cinq jours, le diamètre transversal du foie avait déjà diminué d'un tiers, celui de la rate un peu moins; la fièvre était tombée; la teinte subictérique de la peau avait disparu; le malade n'accusait plus les mêmes douleurs quand on pressait les régions du foie et de la rate.

Il ne tardera sans doute plus à sortir entièrement guéri.

Mais s'il reprend le même métier, s'il se remet à boire d'une manière intensive, il est presque certain que les mêmes organes seront irrités de nouveau par l'action des alcooliques, et que plus tard leur gonflement traduira un état permanent, les lésions de la cirrhose hypertrophique du foie.

Cette cirrhose est par excellence la maladie de ceux qui boivent d'une façon à peu près continue, sans presque jamais s'enivrer.

Tel est le cas des gros entrepreneurs, des gros marchands de vin de Bercy, des riches bouchers, en un mot de tous ceux qui ont l'habitude de traiter d'affaires ayant le verre en main et qui se trouvent assez riches pour ne pas consommer de boissons frelatés.

Ce qui se produit surtout chez eux, ce ne sont point les

accidents nerveux de l'ivrognerie proprement dite, ce ne sont pas ces phlegmasies de l'estomac, résultat habituel de l'usage des mauvais vins et des alcools empoisonnés : c'est d'abord la polycholie, puis l'irritation lente et progressive des organes que vont traverser les vaisseaux du tube digestif gorgés d'alcool.

Phénomènes curieux observés à la suite d'une section du nerf médian.

L'observation du malade de M. Tillaux peut être aujourd'hui considérée comme à peu près complète. En effet, la sensibilité existe maintenant partout, soit pour la douleur, soit pour le contact, et il ne reste plus qu'un point très limité vers l'extrémité de l'index où la température ne soit pas perçue.

Ce retour de fonctions nerveuses abolies d'abord s'est effectué graduellement, mais par trois périodes distinctes, à peu près d'égale durée, séparées par des intervalles durant lesquels les phénomènes prenaient une marche contraire.

C'est là un fait très singulier et qui ne se trouve signalé dans aucune autre observation à notre connaissance.

En effet, durant les cinq premiers jours qui suivirent la dénudation du nerf médian, dont les deux tronçons se trouvaient réunis par un pont étroit de substance nerveuse, on vit la sensibilité progresser sans cesse, envahissant de proche en proche des points jusqu'alors anesthésiés et devenant plus vive sur d'autres où elle était antérieurement obtuse.

Le cinquième jour on la trouvait très évidente, bien qu'à des degrés d'énergie divers, sur toute la surface de la paume de la main et du pouce; sur toute celle du médius, sauf sur une partie de la face dorsale de la dernière phalange, où existait une plaque d'anesthésie très étroite près de la racine de l'ongle; enfin, mais ici par une sorte de pointillé pour ainsi dire, jusque sur la surface des dernières phalanges de l'index, où la piqûre n'était perçue que de loin en loin, sur des îlots excessivement petits et disséminés, soit de sensibilité, soit même d'hyperesthésie. La sensibilité profonde à la pression existait alors partout sur ce doigt.

Durant les cinq jours qui suivirent, il y eut un mouvement de recul, qui avait été annoncé, pour ainsi dire, par des douleurs lancinantes dans les doigts et le poignet. La sensibilité disparut de nouveau d'une façon complète sur les deux dernières phalanges de l'index, et elle devint un peu plus obtuse sur les régions envahies les dernières de la paume de la main, du pouce et du médius.

Puis de nouveaux élancements survinrent et il se fit de nouveaux progrès. Chaque jour, durant cinq jours, la plaque d'anesthésie, qui le dixième jour occupait dans leur totalité les deux dernières phalanges de l'index, se raccourcissait, particulièrement vers la ligne médiane de la face dorsale. La zone de sensibilité avançait en forme de coin; et nous remarquâmes à ce moment, sur les limites de cette zone, les phénomènes particuliers que nous avons signalés déjà.

Après avoir déterminé par des piqûres ou par des contacts très rapides la limite de l'anesthésie apparente, et, pour éviter toute erreur, après avoir figuré sur la peau par des traits d'encre cette limite, nous constatâmes qu'en dehors, dans l'étendue de 1 centimètre environ, en maintenant durant quelques secondes le pincement ou en multipliant les piqûres, nous finissions par faire apparaître une sensibilité, qui devenait assez vive, si nous persistions durant quelque temps à l'exciter. Un peu plus loin, les excitations, quelque prolongées qu'elles fussent, ne produisaient plus aucun effet.

Il y avait donc une région de sensibilité retardée entre les régions complètement anesthésiées et les régions actuellement sensibles même au contact le plus passager.

Nous nous assurâmes que sur le médius et sur le pouce il en était de même. La sensibilité n'était que retardée sur des points où elle avait paru soit abolie, soit très obtuse.

Ce n'est pas tout.

En dedans de la limite tracée à l'encre, dans la région sensible, dès le premier instant, soit au contact, soit à la douleur, nous constations que, sur une largeur de 1 centimètre environ, la température n'était pas perçue, même quand on maintenait durant quelque temps le contact d'un corps très froid; plus en dedans, elle n'était ressentie qu'à la condition que le contact fût prolongé. De telle sorte que, relativement aux sensations de froid et de chaud, les zones de sensibilité soit immédiate, soit retardée, étaient reculées par rapport aux zones correspondantes de sensibilité soit pour la douleur, soit pour le contact.

Après la seconde période de progrès, qui avait été beaucoup moins rapide que la première, il y en eut une autre, plutôt d'arrêt que de recul. C'est à peine si la zone sensible rétrograda de 1 ou 2 centimètres sur l'index durant ces cinq jours, et il n'y eut rien de reperdu du terrain gagné sur les autres doigts.

La disposition concentrique des zones diverses de sensibilité resta toujours régulièrement la même, ainsi que nous nous en assurâmes à bien des reprises. Quand il y avait rétrogradation, comme quand il y avait progrès, comme quand il y avait simplement arrêt, en partant de la plaque d'anesthésie complète, on trouvait d'abord une région de sensibilité retardée pour la douleur et le contact; puis une région où ces deux genres d'excitation étaient perçus tout de suite, tandis que la température n'était sentie à aucun degré, ni tôt, ni tard ; puis en avançant dans la zone de sensibilité immédiate, au contact et à la douleur, une région qu'on pourrait nommer de sensibilité retardée aux notions de température, et enfin une dernière région de sensibilité normale et immédiate sous toutes ses formes.

La troisième période de progrès, qui débuta vers le vingt-unième jour, ramena cette fois jusqu'au bout de l'index et sur toute l'étendue du médius et du pouce les sensations immédiates pour la pression, la douleur, le contact; ce n'est que relativement à la température qu'il existe encore une plaque d'anesthésie, bordée par une zone de sensibilité retardée vers l'extrémité de l'index, et d'autres plaques de sensibilité retardée sur le médius et sur le pouce.

Détail curieux : sur une région du pouce qui percevait très bien les piqûres à l'instant même où elles étaient faites, mais qui était anesthésique relativement à la température, ce malade a pu se faire, sans s'en douter, avec un cigare, une brûlure au second degré. Ceci est assez surprenant, car l'impression d'une brûlure semblerait plutôt devoir rentrer dans les sensations douloureuses.

Il est vrai que, si elle se retrouve maintenant partout immédiate, la sensibilité paraît encore rester, en certains endroits, un peu moins vive que sur les parties correspondantes de l'autre main.

Cependant elle est suffisante pour que, depuis ces derniers jours, le malade puisse discerner, sans s'y tromper, par le tact seul, ce qu'on lui place entre les doigts.

Ajoutons que, depuis le début jusqu'à la fin, on a pu prévoir, par le retour d'une sensibilité profonde à la pression forte de régions anesthésiées, le retour prochain de la sensibilité cutanée et superficielle dans ces mêmes régions.

Au point de vue de la motricité, nous avons déjà dit qu'il n'y avait jamais eu paralysie complète d'aucun des muscles de la main. Mais le malade se plaignait de manquer de force dans le poignet. Il serrait mal ce qu'il tenait et ne pouvait rien soulever de lourd. Peut-être cela tenait-il à ce que les tendons qui passaient au niveau de la cicatrice avaient contracté des adhérences avec cette cicatrice. C'est d'autant plus probable que cet homme éprouvait de la douleur à ce niveau quand il voulait faire de grands efforts. Quoi qu'il en soit, à partir du moment où, pour mettre à nu le nerf médian, M. Tillaux a incisé cette cicatrice et coupé les brides qui recouvraient le nerf lésé, les douleurs dans la cicatrice en cas de mouvement ont cessé; et quand le poignet s'est trouvé délivré du pansement qui l'immobilisait, durant la cicatrisation de la nouvelle plaie, il avait déjà recouvré plus de force. De jour en jour, sans interruption, il y a eu des progrès dans ce sens. Aujourd'hui cet homme se sert de sa main sans difficulté, même pour soulever des objets très lourds.

Nous avons dû donner à cette observation des développements étendus, car elle fait époque pour l'étude de la physiologie du système nerveux.

La dissociation des divers genres de sensibilité, déjà signalée depuis longtemps dans les affections des centres nerveux et dans les maladies nerveuses proprement dites — nous en avons longuement parlé dans notre thèse (1), — s'y présente avec une netteté et une régularité rares, à la suite d'une lésion toute périphérique.

Il en est de même de la sensibilité retardée, phénomène signalé d'abord dans l'ataxie locomotrice par un des plus grands observateurs de notre siècle, et qui mérite d'être étudié minutieusement, car il est beaucoup plus fréquent qu'on ne le suppose d'ordinaire, soit dans les maladies nerveuses sans lésions connues, soit dans celles qui s'accompagnent d'une lésion des centres nerveux; y étant confondues d'habitude avec l'anesthésie complète. Nous en montrerons des exemples.

Enfin, les questions que soulève cette observation dans son ensemble, relativement à la théorie de l'abolition et du retour possible des propriétés fonctionnelles d'un nerf coupé, sont au nombre de celles qui préoccupent le plus, actuellement, tant les chirurgiens que les physiologistes, et qui sont le plus controversées.

Les conférences de l'hôpital Saint-Louis.

Après avoir affirmé et démontré, par des faits cliniques, la réalité de la diathèse herpétique, après avoir, dans sa dernière conférence, exposé les caractères par lesquels se distinguent les lésions cutanées pathognomoniques de cette diathèse, M. Guibout aborde la question thérapeutique, corollaire essentiel, dit-il, de tout diagnostic.

Le traitement de la diathèse herpétique comprend trois points, en d'autres termes a trois objectifs : 1° le traitement de la diathèse en elle-même ; 2° le traitement des lésions par lesquelles la diathèse se manifeste sur la peau ; 3° le traitement du malade.

(1) Victor Revillout, *Quelques mots sur les paralysies et sur leurs causes*. Thèse de Paris, 1859.

1° *Traitement de l'herpétis ou diathèse herpétique.* — M. Guibout reconnaît qu'il n'existe pas contre la diathèse herpétique un médicament que l'on puisse appeler *spécifique*, et qui soit à cette diathèse ce que le mercure et l'iodure de potassium sont à la syphilis. Mais il en est un dont les effets thérapeutiques sont aussi importants que l'iode et les iodiques le sont contre la diathèse scrofuleuse, c'est l'arsenic.

L'arsenic possède une puissance incontestable comme médicament altérant; il modifie la constitution, contaminée par le vice herpétique, et de plus, en congestionnant la peau, il répare, il redresse sa vitalité déviée. M. Guibout le donne sous deux formes différentes, sous la forme pilulaire, chaque pilule étant composée de :

Arséniate de soude.	1 milligramme.
Extrait de gentiane.	10 centigrammes.

et en solution composée de la manière suivante :

Eau distillée.	500 grammes.
Arséniate de soude.	10 centigrammes.

Ces deux préparations, parfaitement titrées, sont d'un emploi facile et nullement dangereux. La dose ordinaire de chaque jour est de six pilules, deux à chaque repas, ou de trois cuillerées à soupe de la solution, une à chaque repas; chaque cuillerée représentant 2 milligrammes d'arséniate de soude, équivaut par conséquent à deux pilules; rarement il faut aller jusqu'à neuf pilules, et jamais au delà de douze pilules par jour, c'est-à-dire quatre pilules à chaque repas, ou, ce qui est la même chose, deux cuillerées de la solution à chaque repas, ce qui équivaut, pour la solution comme pour les pilules, à 12 milligrammes d'arséniate de soude par jour.

Il vaut mieux prendre le médicament en mangeant, afin qu'il soit plus facilement absorbé, étant en quelque sorte enveloppé dans le bol alimentaire, afin aussi qu'il n'exige pour l'estomac, aucun travail digestif supplémentaire.

L'arsenic, comme le mercure, le fer, et les autres altérants, ne doit être administré qu'après qu'on s'est assuré de l'état parfait d'intégrité des voies digestives, et si cet état parfait n'existe pas, il faut le produire par les moyens convenables (éméto-cathartique, toniques, amers).

L'arsenic, déterminant dans toute la constitution et spécialement dans la peau une suractivité vitale, ne pas doit être donné dans la période aiguë, inflammatoire, des affections à type phlegmasique, telles que l'eczéma ; car, en congestionnant la peau comme il le fait, il augmenterait son état inflammatoire. Dans le traitement de ces affections, appelées par les Anciens *dartres vives, dartres chaudes*, il ne faut donner l'arsenic qu'après avoir, par une médication émolliente et antiphlogistique, préalablement prescrite, diminué et même détruit l'intensité inflammatoire des lésions cutanées. Quand il s'agit des affections à caractère essentiellement chronique, telles que le prurigo, que le psoriasis, que les Anciens appelaient la *dartre morte*, on peut et on doit donner l'arsenic, dès le commencement du traitement et pendant toute sa durée.

C'est bien à tort, dit M. Guibout, qu'on a contesté à l'arsenic sa valeur thérapeutique ; l'expérience, une saine et consciencieuse observation la démontrent de la manière la plus incontestable. Il y a des cas de guérison de psoriasis

obtenus sans aucun traitement externe, par le seul fait de l'arsenic ; et si, malgré l'arsenic, le psoriasis a été guéri ou, pour mieux dire et parler plus exactement, seulement effacé, reparaît, du moins grâce à l'arsenic, ses réapparitions sont plus éloignées, retardées et atténuées dans leur intensité.

2° *Traitement des lésions cutanées de la diathèse herpétique*, autrement dit *des herpétides.* — Toutes ces diverses lésions, envisagées au point de vue de leur traitement, peuvent être divisées en deux catégories : d'un côté, plaçons celles qui ont une évolution rapide et un caractère inflammatoire, et de l'autre, celles qui sont essentiellement chroniques et sans aucun cachet phlegmasique. Les premières sont représentées par l'eczéma, la plus fréquente, la plus importante et la plus inflammatoire de toutes les *herpétides ;* les secondes, par le psoriasis, la plus torpide, la plus chronique, dans son évolution, de toutes les lésions cutanées de la diathèse herpétique. Les premières, les lésions inflammatoires, nécessiteront un traitement local sédatif, essentiellement émollient, antiphlogistique ; les secondes, un traitement local tout opposé, excitant, irritant même, destiné à produire une action stimulante, une suractivité vitale et quasi inflammatoire, à la faveur de laquelle la peau, déviée dans sa vitalité, soit ramenée à son état physiologique, et mise à même, par d'énergiques stimulations, d'opérer la résolution des lésions développées à sa surface et dans son épaisseur. Ces considérations thérapeutiques seront développées, avec tous les détails qu'elles comportent, dans la prochaine conférence.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la tuberculose du péritoine et des plèvres chez l'adulte, au point de vue du traitement (1), par M. le docteur H. Boulland, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I. *Tuberculose miliaire.* — Il est difficile, dans le cas de tuberculose généralisée, de dégager la part qui revient, dans le pronostic, à l'affection du péritoine et des plèvres ; la terminaison, qui est presque toujours fatale, ne peut être attribuée plus spécialement aux lésions des séreuses. Quand les granulations se trouvent limitées à ces membranes, le danger est un peu moins grand. Cependant la mort peut survenir rapidement par le fait d'un épanchement pleural double qui supprime presque tout le champ de l'hématose.

Le pronostic est, de plus, aggravé par ce fait que la granulie des séreuses attaque de préférence des sujets affaiblis par l'alcoolisme, le rhumatisme, les fatigues exagérées. On voit aussi, à la suite de l'accouchement ou après la disparition rapide des épanchements, l'affection prendre une marche suraiguë. Enfin l'évolution des symptômes se fait trop rapidement pour que les lésions aient le temps d'arriver à la période réparatrice.

On emploiera avec avantage, dans le traitement, les révulsifs, l'opium, les mercuriaux ; les ponctions ne seront faites que dans les cas de dyspnée notable.

II. *Tuberculose ulcéreuse.* — Cette forme de tuberculose est un peu moins dangereuse que la précédente, parce que la lenteur de sa marche donne aux moyens thérapeutiques le temps d'agir ; sa gravité vient de ce qu'elle apparaît habituellement chez des cachectiques ; quand elle survient à la suite de l'ouverture d'un foyer caséeux avoisinant, qui porte directement sur la séreuse les éléments de la tuberculose, sa terminaison est presque toujours fatale, la purulence de ses épanchements rend encore le pronostic plus sérieux ; enfin, la tendance qu'a cette forme de tuberculose à ulcérer les tissus sur lesquels elle repose, est l'origine de nombreuses complications ; elle détermine souvent des fistules purulentes soit du côté des organes voisins, soit au dehors. Si ces accidents ne causent pas une issue funeste à bref délai, ils amènent, par une suppuration prolongée, un état de cachexie qui conduit fatalement à la mort.

De plus, la tuberculose ulcéreuse des plèvres et du péritoine s'accompagne presque toujours de phthisie pulmonaire et se complique souvent de poussées tuberculeuses aiguës.

Cette forme de tuberculose peut cependant guérir soit en subissant la transformation fibreuse ou calcaire, soit en se localisant dans une poche kystique et en restant ainsi stationnaire plus ou moins longtemps.

Les moyens hygiéniques, la suralimentation, sont les meilleures méthodes à employer. Le traitement chirurgical des épanchements purulents, surtout s'ils sont limités, peut aussi donner des résultats favorables.

III. *Tuberculose fibreuse.* — La tuberculose fibreuse est, de toutes, la plus curable : ses tubercules se trouvant détruits, étouffés par la prolifération conjonctive ambiante. Ce travail réparateur se fait d'autant plus aisément que cette forme de tuberculose se montre souvent chez des sujets jeunes et vigoureux ; le pronostic n'est vraiment grave que chez ceux qui sont alcooliques ou épuisés par la misère.

La terminaison fatale peut aussi être due à une série de complications qui résultent de l'exagération du travail cicatriciel. Ces complications consistent dans la compression des viscères thoraciques ou abdominaux par des brides fibreuses qui entravent ainsi plus ou moins complètement les fonctions de ces organes.

Enfin, si le malade, rassuré par sa guérison rapide, se soumet de nouveau aux causes qui ont amené une première atteinte, le retour des accidents se fait avec la plus grande facilité, et, le plus souvent alors, ce n'est pas la forme bénigne qui reparaît, mais une poussée de tuberculose aiguë ou la phthisie pulmonaire ulcéreuse. Aussi est-il très important de continuer le traitement pendant quelque temps encore.

On obtiendra de bons effets de la suralimentation, des toniques, des révulsifs employés avec énergie et pendant longtemps. Enfin, on prescrira les préparations iodées contre les rétractions cicatricielles.

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Contribution à l'étude des pyémies de cause interne. — Abcès miliaires des reins dans la fièvre typhoïde (1), par M. le docteur Paul Gallois, ancien interne lauréat des hôpitaux.

Les abcès miliaires du rein observés dans la fièvre typhoïde ne sont pas une lésion spéciale à la fièvre typhoïde. Il s'agit vraisemblablement d'une forme de pyémie secondaire de cause interne.

La lésion rénale est caractérisée surtout par une périglomérulite suppurative. Elle est produite vraisemblablement par une diapédèse des micro-organismes qui, franchissant la paroi vasculaire et la capsule de Bowmann, se répandent dans le tissu conjonctif voisin.

Cette pyémie secondaire serait presque impossible à diagnostiquer cliniquement : le traitement ne peut être que prophylactique ; il devrait consister dans l'antisepsie de la plaie intestinale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 13 juillet 1885, M. Martin-Dupont, médecin de première classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal.

(1) In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

— Par décisions ministérielles, en date des 12 et 13 juillet 1885, ont été désignés :

M. Challan, médecin principal de deuxième classe, pour l'hôpital de Vincennes; MM. les médecins-majors de deuxième classe Cordier, pour le 47e d'infanterie; Kleinpetter, pour le 18e bataillon de chasseurs à pied; Lafille, médecin aide-major de première classe, pour être attaché à la direction du service de santé du 1er corps d'armée.

— M. Louïse a soutenu, devant la Faculté des sciences de Paris, aujourd'hui 17 juillet 1885, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : « Synthèse d'hydrocarbures, d'acétones, d'acides, d'alcools, d'éthers, de quinones dans la série aromatique. »

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.** ».	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De l'expertise médico-légale relative à la transmission de la syphilis d'un nourrisson à sa nourrice (1).

V

Après les diverses questions que nous avons traitées dans les précédentes leçons, il nous reste : 1° à vous parler du cas spécial où le nourrisson est mort au moment où se fait l'expertise; 2° à vous signaler quelques difficultés spéciales de l'expertise ; 3° et surtout à discuter avec vous la rédaction du rapport et des conclusions du rapport.

Le nourrisson est mort. Inutile de dire que cette condition va constituer pour l'expertise une difficulté particulière, car, ainsi que nous l'avons dit précédemment l'examen du nourrisson incriminé constitue, dans les affaires de ce genre, une des deux parties essentielles, majeures, de l'enquête, en servant de contre-partie à l'examen de la nourrice.

Ici l'examen de l'enfant fait nécessairement défaut. Les conditions de l'expertise sont donc absolument différentes de ce qu'elles étaient dans le premier ordre de cas. Laisserons-nous toutefois muette cette partie de l'expertise? Non, car nous avons quelque chose à substituer ici à l'examen direct de l'enfant; c'est une enquête rétrospective sur cet enfant, enquête spécialement relative à l'existence possible sur lui d'accidents syphilitiques.

Cette enquête rétrospective n'aura sans aucun doute et ne saurait avoir ni la précision, ni la sûreté clinique, ni la valeur juridique d'un examen direct. Elle comportera les incertitudes, les obscurités de toute enquête simplement rétrospective, basée sur des commémoratifs, des renseignements fournis par les témoins. N'importe, elle vaudra ce qu'elle vaudra et nous n'avons pas à la préjuger. Notre strict devoir d'expert est de l'instituer et de la poursuivre le plus utilement possible pour les besoins de l'affaire qui nous est confiée.

Les questions qui se présentent à étudier, et, si possible, à résoudre, sont les suivantes : 1° Tout d'abord, à quel âge l'enfant a-t-il succombé? De quelle maladie paraît-il être mort? Avec quels symptômes? 2° Quel était son état avant la maladie qui a déterminé la mort? Était-t-il venu à terme ou avant terme? Quel était son degré de développement? Son facies? Sa physionomie générale? 3° Comme particularités spéciales, enfin, a-t-il présenté quelques accidents suspects, quelques accidents de nature à faire suspecter une syphilis? A-t-il eu des éruptions à la peau, des ulcérations sur les muqueuses, notamment à la bouche, du coryza, du jetage nasal, des bulles aux mains et aux pieds, des tourniolès, des lésions sur les os, etc., etc.? Et s'il a eu quelques-uns de ces accidents, à quelle époque? Enfin que lui a-t-on fait pour combattre ces accidents? Quels traitements ont été mis en œuvre?

Tel est l'ensemble des questions à poser aux témoins, questions dirigées en vue d'élucider cet unique problème : « L'enfant a-t-il ou non présenté quelques lésions de nature à attester ou à faire soupçonner la syphilis? »

Eh bien, comme résultat d'une telle enquête rétrospective, tout est possible. Il est possible que vous ne parveniez à rien de satisfaisant, que vous ne démêliez rien de précis dans les commémoratifs qui vous seront fournis, que vous vous heurtiez à des contradictions, à des obscurités, bref, à des difficultés inextricables. Comme il se peut aussi que vous réussissiez à obtenir des documents nets, précis, formellement accusateurs, tels, par exemple, que l'enfant est né singulièrement petit, rabougri; qu'il a toujours été affreusement chétif, malingre, semblable à un petit vieux, à un avorton; qu'il a été couvert de lésions croûteuses, qui marquaient tout le visage, d'ulcérations étendues en nappe sur les fesses et les organes génitaux; que son nez coulait abondamment; que ses pieds et ses mains étaient couverts de bulles; qu'il a succombé enfin à un dépérissement progressif et dans un état d'émaciation, de rabougrissement, de marasme consomptif.

Vous serez fixé mieux encore si vous apprenez que cet enfant a été traité par tel ou tel remède d'ordre spécifique comme les frictions mercurielles, l'iodure de potassium, le sirop de Gibert, etc. De tels renseignements pourraient avoir une valeur presque équivalente à celle d'un examen direct.

L'enquête rétrospective sur l'enfant constitue donc, comme vous le voyez, une partie essentielle de l'expertise.

(1) Suite. — Voir le numéro des 14-16 juillet 1885.

Ici se présente un point de pratique très important à bien préciser. Ces renseignements que nous fournissent les éléments de l'enquête rétrospective, de qui pouvez-vous les obtenir? A qui les demanderez-vous? A cette question la réponse est catégorique : A toutes les personnes que vous jugerez en situation de vous les fournir, sauf une, sauf une seule, le médecin qui aura vu et traité l'enfant.

Je précise : ces renseignements, vous les demanderez naturellement tout d'abord aux personnes qui ont vécu constamment avec l'enfant, qui l'ont vu, assisté assidûment, c'est-à-dire à la nourrice d'abord, car c'est elle qui constitue le témoin propre à vous donner le plus de renseignements, d'abord parce qu'elle a tout vu, ensuite parce qu'elle a intérêt à tout dire. Ce sera là une source de renseignements par excellence.

Vous les demanderez aux parents dont vous comparerez la déposition concernant la nature des accidents et concernant les dates avec les allégations de la nourrice. Vous les demanderez ensuite, si vous croyez avoir quelque intérêt à le faire, à toutes les personnes de l'entourage de l'enfant : aux grands-parents, à la garde, etc. Gardez-vous, à coup sûr, de surcharger l'enquête de commérages inutiles, mais si quelque circonstance particulière vous donnait à croire que la déposition d'un témoin quelconque pût éclairer l'affaire sur la constatation d'un point litigieux ayant quelque importance, n'hésitez pas à provoquer cette déposition. C'est votre droit, car la délégation dont le tribunal vous a investi, vous donne le droit et vous confie le devoir de ne rien négliger (comme constatation médicale, bien entendu) qui puisse être utile à la découverte de la vérité.

Interrogez donc tous les témoins que vous jugerez indispensable d'interroger, sauf un, le *médecin*. Ici j'insiste et besoin est d'insister pour répondre soit à une tentation bien naturelle, soit à une recommandation qui se trouve formulée par quelques auteurs spéciaux.

En effet, une tentation, bien naturelle en pareil cas, serait, pour couper court à toutes ces incertitudes de l'enquête, de consulter le médecin qui a vu et traité l'enfant, par conséquent qui doit bien savoir si, oui ou non, cet enfant était affecté de syphilis. Certains auteurs ont même spécifié cette recommandation d'interroger le médecin. Eh bien, moi, précisément, je dis le contraire, je dis : Interrogez qui vous voudrez, mais n'interrogez pas le médecin, à moins que vous ne vouliez courir le risque de vous faire condamner vous et le médecin, — comme notre honorable confrère le docteur Wattelet, — à 100 francs d'amende avec admonestation désagréable du tribunal, à savoir : le médecin, comme violation du secret médical, et vous-même, expert, comme complice ou incitateur de ce délit.

N'interrogez pas le médecin, car de deux choses l'une :

Ou bien ce médecin convoqué par vous se rendra à votre appel pour vous répondre qu'il n'a rien à vous dire, que ce qu'il sait de la maladie de l'enfant, il l'a appris dans l'exercice de sa profession et que, conséquemment, il n'a pas le pouvoir de rien révéler ; et vous en serez pour votre courte honte devant un confrère qui connaîtra mieux ses devoirs médicaux que vous, expert médical, ce dont sa réponse vous témoignera.

Ou bien, ce qui serait pis encore, ce médecin commettrait la faute de vous révéler la syphilis du nourrisson, et vous celle de recueillir sa déposition, de l'enregistrer, par suite, dans votre expertise. Et alors vous pourriez passer un vilain quart d'heure à l'audience. Discutant votre expertise, l'avocat de la partie adverse ne manquerait guère, ou je me trompe fort, de relever cette faute que vous auriez pu commettre contre les principes de l'art, de la juger sévèrement et d'en profiter pour jeter la défiance sur l'ensemble et les résultats généraux de votre expertise : « Quelle confiance, au surplus, s'écrierait-il avec une indignation de circonstance, quelle confiance accorder à une expertise qui a été conduite d'une telle façon, avec de tels procédés, avec un tel oubli de ces généreux principes qui constituent à la fois et la dignité de la profession médicale et la garantie de vos enquêtes judiciaires? Quoi! il s'est trouvé deux médecins qui, pour instruire l'affaire portée devant vous, ont oublié à ce point les règles et les traditions usuelles, l'un pour trahir le secret de ses clients, l'autre pour l'inciter dans cette voie avec l'autorité d'expert que le tribunal lui avait déléguée! Quelle valeur pourrait avoir aux yeux du tribunal une enquête ainsi dirigée avec des procédés que je signale à l'indignation publique? Etc., etc. » Il est donc inutile d'insister davantage, vous ne pouvez pas, vous ne devez pas faire intervenir dans l'affaire le médecin qui a vu l'enfant ; vous vous abstiendrez toujours, et dans tous les cas, de solliciter son témoignage.

Je poursuis. Voilà votre enquête rétrospective instituée sur l'enfant mort. Cette enquête, presque infailliblement, n'aboutira jamais qu'à vous fournir des présomptions dans un sens ou dans l'autre, mais pas d'éléments de certitude. Vous seriez donc très heureux de pouvoir la compléter par des documents puisés à une autre source. Eh bien, vous avez, en l'espèce, une source de documents complémentaires : c'est l'examen des parents au point de vue syphilitique.

Ces parents sont là devant vous. Ils ont consenti, — c'est l'hypothèse que nous discutons actuellement, — à se laisser examiner. Donc examinez-les, car c'est dans les cas de cet ordre que leur examen peut être utile en fournissant des lumières qu'on n'a pu tirer de l'examen de l'enfant, puisque cet enfant n'existe plus. C'est dans ces conditions que moi-même qui en suis peu partisan, je vous l'ai dit dans une précédente leçon, je le juge nécessaire, indispensable à l'expertise.

En conséquence, nulle hésitation, interrogez d'abord les parents isolément, car le mari pourrait avoir à faire quelque confession qu'il ne voudrait pas révéler devant sa femme ; puis procédez à un examen de leur personne dans les conditions que je précisais vendredi dernier, c'est-à-dire à un examen complet, minutieux.

Enfin, comme dernier point, au cas échéant où plusieurs grossesses seraient issues du ménage que vous venez d'examiner, ne négligez pas de vous enquérir des résultats fournis par ces grossesses : Se sont-elles terminées par un avortement? Par un accouchement prématuré? Ont-elles amené des enfants morts? Les enfants antérieurs jouissent-ils d'une bonne santé? Ont-ils eu quelques accidents suspects? Au besoin, examinez-les. Et pourquoi cela? Parce que l'un des résultats les plus usuels de la syphilis des parents, c'est de *tuer les jeunes*. Je ne vous rappellerai pas avec quelle fréquence la syphilis des parents se traduit ou par des avortements ou par des accouchements prématurés, ou par la naissance d'enfants chétifs qui ne tardent pas à mourir, etc.; de sorte que l'état des enfants est souvent en pareil cas le miroir de la santé des parents au point de vue syphilitique.

J'en aurais des centaines d'exemples à citer, et ces jours derniers encore, je voyais avec mon chef de clinique un jeune ménage qui, avant de donner le jour à un enfant vivant et syphilitique, avait eu sept grossesses se terminant par sept avortements. Si le cas actuel avait donné lieu à une expertise médico-légale (ce qui a bien failli arriver, soit dit en passant), vous concevez que le fait de ces sept grossesses antérieures à la naissance de l'enfant actuel, terminées par sept avortements, aurait, au besoin, constitué un argument puissant de l'expertise comme témoignage de la syphilis des parents.

Voici enfin terminée votre expertise. Vous avez vu tout ce que vous pouviez voir. Vous avez en mains les pièces du procès : allez-vous conclure? Non, pas encore, car il vous reste encore quelque chose à faire et de très important. C'est de vous recueillir, de collationner, de comparer tous les documents de l'affaire, c'est d'établir une sorte de confrontation clinique et chronologique entre les divers documents que vous avez réunis, et de voir, en les comparant, en les rapprochant, si la filiation que vous comptez établir entre eux est bien conforme aux lois de la contagion syphilitique.

Ainsi, cette filiation est-elle conforme aux dites lois quant à la nature des accidents observés de part et d'autre? Leur est-elle conforme chronologiquement? Telle est la dernière opération de l'enquête que vous ferez dans le silence et la méditation du cabinet.

C'est que, en effet, il ne suffit pas de constater la syphilis chez une nourrice et chez son nourrisson pour établir que l'une de ces syphilis dérive de l'autre. Deux syphilis indépendantes peuvent se rencontrer fortuitement, sans que l'une soit originaire de l'autre. Prenez, comme exemple, ce cas que je vous ai cité dans une de nos précédentes leçons où une nourrice, allaitant un enfant syphilitique, se prétendit infectée par cet enfant, alors que six mois avant sa naissance elle était déjà traitée à l'Hôtel-Dieu pour des accidents d'une syphilis plus ou moins ancienne.

Pour établir une filiation d'une syphilis à une autre, il faut d'abord, au point de vue clinique, que la première ait présenté tels ou tels accidents transmissibles, et que la seconde ait débuté à la façon des syphilis de contagion, c'est-à-dire par un accident local, le chancre, flanqué de son bubon fidèle, et suivi, à terme normal, de ce qu'on appelle l'explosion secondaire.Eh bien, cela existe-t-il de part et d'autre dans les documents que vous avez en mains? Les choses se sont-elles passées de la sorte? C'est là ce que vous aurez à rechercher.

En second lieu, il est des lois chronologiques auxquelles obéit la contagion de la syphilis. Ainsi cette contagion ne se traduit jamais qu'après une incubation dont je vous ai parlé bien souvent déjà et qui n'est jamais inférieure à douze ou quinze jours. Le premier symptôme par lequel elle se traduit est lui-même suivi d'une autre incubation, avant l'explosion des accidents généraux. Les choses se sont-elles ainsi passées d'après les documents que vous avez recueillis? C'est là encore un point que vous avez à rechercher, et ce point est tellement important qu'il pourra vous donner parfois le secret de certains faits qui, sans lui, resteraient inexplicables et exposeraient l'expertise à de graves erreurs.

Supposez, par exemple, le cas suivant : Une nourrice saine prend un nourrisson. Dix, douze, quinze jours après, elle est affectée au sein d'une lésion qui n'est autre qu'un chancre syphilitique. Tout naturellement, elle accuse son nourrisson de lui avoir transmis ce chancre, et elle l'assure dela meilleure foi du monde, ne s'étant exposée à aucune contagion autre. Vous-même, expert, vous accueilleriez son dire si vous négligiez de vous reporter aux lois de la contagion syphilitique. Mais, en interrogeant ces lois, vous intervenez pour dire : Une contagion éclose aussitôt après le début de l'allaitement, c'est-à-dire d'une contamination possible par le nourrisson inculpé, ne peut dériver de ce nourrisson. D'où dérive-t-elle? N'importe, mais elle ne peut dériver de lui, elle est le produit d'une contagion antérieure.

Eh bien, c'est là ce qui se produit quelquefois, — et il importe de bien connaître ce point particulier, — dans ces contagions de nourrisson à nourrice. Plusieurs fois on a vu des nourrices commencer à présenter un chancre en nourrissant un enfant A, alors qu'elles tenaient ce chancre d'un nourrisson antérieur B. Voici d'habitude comment les choses se passent :

Une nourrice allaite un enfant syphilitique. Pour une cause ou pour une autre, elle quitte cet enfant ou cet enfant meurt. Elle entre dans une autre place où elle donne le sein à un autre enfant. Puis, huit, dix, douze, quinze, vingt jours après, elle commence à être affectée d'un chancre dont elle tient le germe de son premier nourrisson, et avec lequel presque fatalement elle infecte son second nourrisson.

J'ai déjà vu, pour ma part, plusieurs cas de ce genre. Vous comprenez combien, dans une expertise, les cas de cet ordre sont insidieux; ils exposent à des erreurs des plus regrettables et des plus faciles à commettre.

Sans doute de semblables erreurs seraient facilement évitées si l'expert assistait, comme le médecin traitant, à l'éclosion et à l'évolution de tous ces actes morbides. Il verrait alors le chancre débuter sur la nourrice, puis ce chancre infecter le nourrisson, et toutes ces choses seraient parfaitement claires. Mais notez que l'expert n'intervient forcément qu'après coup, longtemps après, des mois après, c'est-à-dire à une époque où cette évolution est déjà lointaine, où les divers accidents en question sont déjà effacés, où les rapports chronologiques de ces accidents sont devenus confus, où leurs distances réciproques se sont rapprochées par le fait de l'éloignement, etc., etc.

Donc il ne saurait être assez circonspect, et, étant donnée la cause spéciale d'erreurs que je viens de vous signaler, son strict devoir est toujours, avant de poser ses conclusions, de comparer et de vérifier les dates auxquelles se sont produits les divers accidents qu'il est tenu d'apprécier, d'interpréter, afin de s'assurer si la filiation qu'il suppose, qu'il lui paraît légitime d'adopter, est de tous points conforme aux lois de la contagion syphilitique.

Pour préciser, il devra s'assurer si la contagion que la nourrice prétend avoir reçue s'est produite en son temps, c'est-à-dire au moment où elle devait se produire et si elle ne s'est pas produite trop tôt, auquel cas elle pourrait résulter d'une toute autre contagion.

C'est seulement après ce travail de cabinet, après cette confrontation des divers symptômes observés chez le nourrisson et la nourrice, au double point de vue clinique et chronologique, qu'il pourra établir ses convictions et prendre alors la plume pour rédiger le rapport que le tribunal attend de lui.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 juillet 1885. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

De l'action vaso-motrice de la suggestion chez les hystériques hypnotisables. — M. DUMONTPALLIER fait une communication sur ce sujet. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 644.)

Hémorrhagie de la peau provoquée par la suggestion en somnambulisme. — M. BOURRU, en son nom et au nom de M. Burot, communique l'observation d'un jeune homme de vingt-deux ans, hystéro-épileptique, hémiplégique et hémianesthésique du côté droit, chez lequel, dans l'état de somnambulisme, la suggestion de toutes sortes d'actes volontaires réussit toujours.

Le 6 avril, l'ayant mis en état de somnambulisme, l'un de ces messieurs lui dit : « Ce soir, à quatre heures, tu te rendras dans mon cabinet, tu te croiseras les bras et tu saigneras du nez. » Ce programme fut fidèlement exécuté devant plusieurs témoins. Les autres jours on trace son nom sur ses deux avant-bras et on lui suggère de saigner sur les lignes ainsi tracées. A l'heure dite, il saigne du bras gauche, mais non du bras droit paralysé. La même expérience a souvent été renouvelée depuis, toujours avec le même succès.

Production d'alcool dans les fruits sous l'influence de l'eau oxygénée. — M. REGNARD, en son nom et au nom de M. Bert, fait une communication sur ce sujet. Il rappelle les expériences de Lechartier et de Bellamy, qui, en plongeant des cellules végétales dans une atmosphère d'acide carbonique, leur ont fait fabriquer de l'alcool. La privation d'oxygène n'est pas seule capable de produire ce phénomène. L'excès de ce gaz produit un effet identique : c'est ce que démontrent les nouvelles expériences de MM. Bert et Regnard, consistant à mettre des cerises dans l'eau oxygénée.

Expériences sur les suppliciés. — M. REGNARD a fait avec M. Loye quelques expériences sur le dernier supplicié de Troyes, qui peuvent ainsi se résumer :

Contracture subite et générale au moment de l'excitation de la moelle par le passage du couteau, contracture qui persista deux ou trois minutes ; — disparition complète des réflexes, même les plus grossiers ; — action évidente des fibres de Reissessen ; — action évidente aussi du pneumogastrique sur ces fibres, sur celles de l'estomac, de l'intestin grêle et du côlon ; — action du nerf vague sur la sécrétion gastrique ; — et enfin vérification du mécanisme des muscles de la main.

Ces expériences n'apportent pas de fait inattendu, mais elles confirment ceux qu'on avait vus sur les animaux et étendus à l'homme par le raisonnement. Enfin la première partie de nos recherches pourra peut-être rassurer les psychologues qui redoutent la persistance de la vie consciente après l'application de la peine de mort.

M. LABORDE n'est pas aussi affirmatif que M. Regnard sur ce dernier point. L'absence des réflexes ne prouve pas la non-persistance de la conscience. Du reste le réflexe pupillaire persiste, ainsi qu'il l'a démontré sur Gamahut et sur Gagny.

M. Laborde fait connaître les résultats de ses expériences sur la tête de ce dernier supplicié. Il s'est proposé de rechercher l'état de l'excitabilité cérébrale. Il est démontré qu'elle persiste jusqu'à vingt-deux minutes après la mort. Il s'agissait de savoir combien de temps elle persisterait après le rétablissement de la circulation. M. Laborde a constaté des contractions très manifestes du frontal, de l'orbiculaire, des paupières et de presque tous les muscles de la face jusqu'à cinquante minutes après la décapitation.

M. BERT pense que l'intérêt de ces expériences est loin de valoir la peine qu'on se donne pour les exécuter et la responsabilité morale à laquelle on s'expose. La plupart de ces expériences peuvent être faites sur les animaux. Quant à celles qui consistent à rechercher si, au moyen d'une injection artificielle de sang, on peut rétablir la sensibilité consciente, selon M. Bert, elles ne peuvent réussir. Mais en admettant, pour un instant, qu'elles réussissent, il soutient qu'on n'a pas le droit de les faire. C'est encourir une responsabilité morale terrible et sans motif qui la justifie. C'est pourquoi M. Bert a renoncé à faire des expériences dans ce sens.

M. LABORDE ne peut dissimuler son étonnement d'entendre M. Bert, le physiologiste, le président de la Société de biologie, se constituer ainsi l'apôtre d'une sorte d'obstructionnisme expérimental, et vouloir frapper de nullité les expériences, sous prétexte qu'elles tendent à faire renaître la sensibilité. Si cela était, ne serait-ce pas un immense résultat et qui saperait dans sa base le principe même de la décapitation? M. Laborde s'applique en outre à faire ressortir toute la portée scientifique de la question de savoir si, après la décapitation, l'excitabilité de la substance corticale persiste. N'était-il pas intéressant aussi de montrer la fausseté de l'expérience de Stenon d'après laquelle on croyait inexcitable la moelle privée de sang? Savoir que, dans ces conditions, et malgré l'abolition des réflexes, l'excitabilité médullaire persiste, c'est là un résultat qui mérite d'être pris en considération.

M. PAUL BERT dit qu'on le savait depuis cent cinquante ans.

M. LABORDE met au défi M. Bert de lui montrer un livre où ce fait soit signalé.

Une discussion vive continue entre M. Laborde et M. Bert, ce dernier protestant avec énergie contre les expériences sur les suppliciés, et M. Laborde maintenant l'utilité et l'intérêt de ces expériences.

Mouvements du liquide céphalo-rachidien. — M. FRANCK fait connaître les résultats de ses nouvelles expériences sur la circulation veineuse intra-céphalique et sur les mouvements du liquide céphalo-rachidien. Il conclut en disant que les mouvements du liquide céphalo-rachidien existent, mais qu'ils ne se produisent que sous l'influence d'impulsions brusques telles que les impulsions cardiaques; les mouvements respiratoires normaux, au contraire, en raison de leur caractère de lenteur et de modération, n'auraient aucune influence sur les déplacements du liquide céphalo-rachidien. En outre, ces déplacements ne porteraient que sur une très petite quantité de liquide, en rapport avec la quantité de sang veineux qui sort du crâne à chaque inspiration; enfin ils ne se propageraient que dans une très faible étendue, ils s'étendraient à la partie inférieure de la région cervicale, et, dans aucun cas, ne se communiqueraient à la région lombaire.

La séance est levée.

Séance du 18 juillet 1885. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Perception lumineuse. — M. D'ARSONVAL présente, de la part de M. Charpentier (de Nancy), une note sur la sensibilité lumineuse. Jusqu'ici on a mesuré la sensibilité lumineuse sans tenir compte de l'éclairage ambiant. M. Charpentier démontre l'importance de cet éclairage ambiant. Il montre, en outre, l'influence d'un œil sur l'adaptation de l'autre œil à la lumière. La sensibilité de l'œil droit, par exemple, augmente lorsque l'œil gauche est soustrait à la lumière. Cela tient à la plus grande dilatation de la pupille.

M. BLOCH fait observer que, dans ce phénomène, il ne faut pas seulement tenir compte de la dilatation pupillaire, mais aussi de la sensibilité rétinienne.

Effets de la piqûre du cerveau. — M. CH. RICHET a fait de nombreuses expériences sur la piqûre du cerveau chez le lapin. Sous l'influence de cette piqûre, les lapins de choux deviennent sauvages, courent comme des lièvres ou des lapins de garenne. Leur température monte de 40 degrés à 41°,8. Ils sautent, bondissent, dressent les oreilles comme des lièvres. S'agit-il là de la suppression d'une faculté d'inhibition ou d'une excitation? Il

résulte des expériences de M. Ch. Richet que c'est l'excitation du cerveau qui produit ces phénomènes et que c'est là un exemple de dynamogénie.

Lorsque sur un lapin on détruit une portion du cerveau en respectant les corps opto-striés, on remarque que l'adaptation de l'oreille au son devient facile. C'est là un phénomène d'exagération d'un réflexe normal après la suppression des parties superficielles du cerveau.

M. PAUL BERT, qui s'est souvent occupé de l'hérédité des lésions chirurgicales, demande à M. Ch. Richet s'il a observé quelque chose de semblable dans ses expériences.

M. CH. RICHET répond négativement.

M. FRANCK, qui a produit un grand dombre de lésions artificielles du cœur, n'a jamais constaté la présence de ces lésions sur les produits de père et mère ainsi lésés artificiellement.

M. GELLÉ a vu un cobaye rendu sourd produire des cobayes n'ayant pas de surdité.

M. DUPUY a vu deux enfants de juif naître sans prépuce.

M. BLOCH, qui a mis au monde un grand nombre de juifs, les a toujours vus naître avec un prépuce et même souvent avec un phimosis qui rendait la circoncision indispensable.

Lésions anatomiques de la lèpre. — M. LELOIR décrit les lésions anatomiques de la lèpre tuberculeuse dans les différents organes. Il a trouvé des bacilles dans les lésions épidermiques exulcéreuses ou phlycténoïdes. Il a étudié les lésions de la langue : ces lésions n'ont pas été décrites jusqu'ici. Macroscopiquement, elles présentent toutes les apparences de la glossite scléro-gommeuse. On y trouve des bacilles en grande quantité; on en trouve également un grand nombre dans la salive.

Dans le larynx, on trouve les lésions décrites par Doléris dans la laryngite tuberculeuse. On y constate aussi la présence de bacilles. M. Leloir n'a jamais trouvé de lèpre dans les poumons. Le foie et la rate sont les seuls viscères qui soient pris chez les lépreux. Il n'y a pas de lésions du côté des intestins.

Extraction des gaz contenus dans le parenchyme des feuilles. — M. GRÉHANT a fait une série d'expériences qui l'ont amené à cette conclusion que la proportion d'oxygène contenu dans les feuilles est toujours inférieure à celle de l'oxygène de l'air ambiant.

Albuminurie des femmes enceintes. — M. DOLÉRIS a étudié les conditions dans lesquelles se produit l'albuminurie chez les femmes enceintes et celles dans lesquelles se produit l'éclampsie chez les albuminuriques enceintes.

L'albuminurie apparaît au neuvième mois de la grossesse, une fois sur vingt femmes grosses. Une fois sur cinq, l'urine des femmes enceintes non albuminuriques contient des organismes. Toutes ces femmes ont du catarrhe vaginal. L'urine des femmes albuminuriques contient toujours des organismes. Le sang en contient quelquefois aussi. Chez les albuminuriques éclamptiques, l'urine et le sang contiennent des organismes. La proportion de ces organismes est au summum au moment des attaques. Il y a corrélation évidente entre les deux phénomènes.

M. PAUL BERT fait une série de communications dont voici le résumé :

Animaux d'eau douce et animaux d'eau de mer. — Il rappelle que des animaux d'eau douce plongés dans l'eau de mer y meurent très rapidement. Si on sale l'eau progressivement, il se fait une accoutumance des animaux d'eau douce pour l'eau de mer, et s'ils y meurent encore assez rapidement, leurs œufs produisent des petits qui deviennent des animaux de mer. M. Paul Bert rappelle avoir montré qu'il faut chercher la cause de la mort de ces animaux dans un phénomène d'exosmose. Les animaux d'eau de mer survivent plus longtemps à la sursalure qu'à la désalure de l'eau.

Anesthésie par le protoxyde d'azote. — Un malade atteint de coliques hépatiques, dont il souffrait au point de vouloir se suicider, a demandé à être anesthésié par le protoxyde d'azote sous pression. Il a fait ainsi des séances de sept heures. On n'a constaté aucun trouble physique ; mais il a eu des troubles psychiques, des hallucinations, etc. Comme il continuait à souffrir, M. Langenbeck lui enleva la vésicule biliaire et ce malade est aujourd'hui complètement guéri.

Venin cutané de la grenouille. — C'est un venin analogue à celui du crapaud. Il agit sur le cœur.

Le grisou. — Le grisou est par lui-même absolument inoffensif. Ce n'est pas un toxique.

Membrane nictitante des oiseaux. — Cette membrane sert à ramener les larmes dans les points lacrymaux.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

207. M. VIGNES. Du sublimé en chirurgie. — 208. M. GARIN. Sur un cas de diabète azoturique. — 209. M. COUMAILLEAU. Étude sur le mouvement de la population en France. — 210. M. BŒHLER. Étude critique sur l'angine de Ludwig. — 211. M. G. PICHON. L'épilepsie dans ses rapports avec les fonctions visuelles. — 212. M. VIRON. Contribution à l'étude physiologique et toxicologique de quelques préparations chromées. — 213. ROMISZOWSKI-DEVOUCOUX. Des récidives de la fièvre typhoïde. — 214. M. CALLAIS. De l'utilité des révulsions dans les affections aiguës de la moelle. — 215. M. WŒHLING. L'avortement dans ses rapports avec la dépopulation de la France. — 216. M. ZONIOVITCH. De la thyroïdite aiguë rhumatismale. — 217. M. BERNARD. Contribution à l'étude des paralysies dans l'urémie. — 218. M. ARTHAUD. Étude sur le testicule sénile. — 219. M. ROUILLON. De la réfrigération par le chlorure de méthyle. — 220. M. PEUT. Étude sur les kystes hématiques du corps thyroïde. — 221. M. CHEVY. De l'acide fluorhydrique et de son emploi en thérapeutique. — 222. M. PEUGNIEZ. De l'hystérie chez les enfants. — 223. M. GASCARD. La syphilis placentaire.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er avril au 30 juin 1885.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL.
1er	13	14	3	30
2e	21	18	2	41
3e	20	31	6	57
4e	29	44	12	85
5e	19	40	10	69
6e	15	16	6	37
7e	11	19	3	33
8e	3	9	»	12
9e	20	29	6	55
10e	23	43	7	73
11e	77	105	42	224
12e	18	37	15	70
13e	38	72	25	135
14e	42	55	27	124
15e	31	51	23	105
16e	17	17	4	38
17e	35	55	19	109
18e	48	84	32	164
19e	35	65	19	119
20e	75	112	32	219
	590	916	293	1799

MALADIES OBSERVÉES.

A. Angines et laryngites.	101	E. Affections cérébrales.	
Croup	48	Paralysies	80
Coqueluche	5	Convulsions, éclampsie.	59
Ophthalmie	1	Névralgie	34
		Névroses	80
B. Asthme	43	Épilepsie	20
Affections du cœur	70	Aliénation mentale	14
Bronchites aiguës et chroniques	93	Alcoolisme, delirium tremens	19
Pleuro-pneumonie	80		
Congestion pulmonaire	24	F. Rhumatisme	16
		Affections éruptives	56
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	132	Fièvre intermittente	6
Cholérine	29	Fièvre typhoïde	20
Dysenterie	2	Hémorrhagies de causes internes et externes	75
Athrepsie	13		
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	50	G. Plaies, contusions	101
Hernie étranglée	15	Fractures, luxations, entorses	35
Rétention d'urine	20	Brûlures	5
Orchite	2	Empoisonnements	17
Phimosis	1	Asphyxie par le charbon	5
		— submersion	1
D. Métrite, métro-péritonite	44	Suicide	5
Métrorragie	40		
Fausse couche	56	H. — Mort à l'arrivée du médecin	52
Accouchement, délivrance.	201		
Accouchements non terminés	28	Total	1 799

La moyenne des visites par nuit est de 19 77/100. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 19 10/100.

Visites du deuxième trimestre de 1884	1 730
Visites du deuxième trimestre de 1885	1 799
Différence en plus	69

Les hommes entrent dans la proportion de 33 p. 100;
Les femmes — — 51 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 16 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Cour de cassation a prononcé, le 25 juin dernier, l'arrêt suivant sur la question des syndicats médicaux :

« Attendu que la loi sur les syndicats professionnels n'a point été rendue applicable à toutes les professions;

Que les travaux préparatoires ont constamment affirmé la volonté du législateur d'en restreindre les effets à ceux qui appartiennent, soit comme patrons, soit comme ouvriers ou salariés, à l'industrie, au commerce et à l'agriculture, à l'exclusion de toutes autres personnes et de toutes autres professions;

Que la loi n'est pas moins absolue dans ses termes, puisque d'une part, dans l'article 6, elle réserve les droits qu'elle confère aux seuls syndicats de patrons et d'ouvriers; que d'autre part, dans l'article 3, elle limite l'objet de ces syndicats à l'étude et à la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles, refusant ainsi le droit de former des syndicats à tous ceux qui n'ont à défendre aucun intérêt industriel, commercial ou agricole, ni par suite aucun intérêt économique se rattachant d'une façon générale à l'un des intérêts précédents;

Qu'en déclarant, en conséquence, que les médecins, dont le nom n'a été prononcé ni dans la loi, ni dans la discussion de la loi du 21 mars 1884, n'avaient pu régulièrement former un syndicat professionnel dans les termes de ladite loi, l'arrêt attaqué en a justement interprété les dispositions;

Rejette le pourvoi. »

— Par arrêté ministériel, en date du 4 juillet 1885, M. le docteur Vallon, ancien chef de la clinique mentale instituée à l'asile Sainte-Anne, est nommé médecin en chef à l'asile d'aliénés de Villejuif (création nouvelle).

— Par décret, en date du 16 juillet 1885, ont été nommés dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Accarias, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Hennequin, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Baudin, médecin-major de deuxième classe, démissionnaire de l'armée active.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Mouly, Lecoq, Perronnet, Félix, Maestrati, Laussedat, Clais, Guyard, Pellerin, Delastre, Janez, Barbulée dit Buiot, Truchot, Vauthier, Vinet, Dénarié, Palis, Roudet, Schmitt, Labusquière, Vernay, Robin et Héron.

— Par arrêtés ministériels en date des 9, 10 et 14 juillet 1885, ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteurs Berthault, président de la délégation cantonale, à Is-sur-Tille; Desormeaux, chirurgien du lycée Louis-le-Grand; Larcher, délégué cantonal du XVIe arrondissement, à Paris; Monin, médecin inspecteur des écoles de la ville de Paris; Saffray, secrétaire de la Société française d'hygiène, à Paris; Valin, professeur au Val-de-Grâce; Widal, directeur du service de santé du 5e corps d'armée, à Orléans.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs A. Brochin, médecin inspecteur du personnel scolaire de la Seine; Belin, publiciste à Paris; Malécot, à Paris; Paul, délégué cantonal à Istres; Sicard, à Béziers; Ruelle, à Paris; Antelmy, délégué cantonal à Carcès; Bacoul, à Alby; Desnos (Ernest-Louis), à Paris; Dubar, chirurgien des hôpitaux de Lille; Galland, à Paris; Gueillot, délégué cantonal à Vouziers; Lagnoux, délégué cantonal, maire d'Yerville; Lanquetin, chef adjoint du service médical de la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest; Bach, délégué cantonal à Conches; Benoît, délégué cantonal, adjoint au maire de Dieulefit; Blancard, délégué cantonal à Saint-Affrique; Cazal, médecin en chef de l'hôpital militaire de Clermont-Ferrand; Cledou, conseiller général, délégué cantonal à Navarrenx; Daviot, délégué cantonal, maire de Saint-Léger-sur-Dheune; Degos, délégué cantonal à Mugron; Despaux, délégué cantonal à Crouy-sur-Ourcq; Duboué, à Pau; Fabre, directeur de l'asile public d'aliénés de l'Ariège, à Saint-Lizier; Fauchey, conseiller d'arrondissement à Saint-Vivien; Favre, médecin de la Compagnie de Paris-Lyon-Méditerranée, à Lyon; Gillet, délégué cantonal à Lamarche; Grenier, à Paris; Guyon, délégué cantonal, adjoint au maire de Remiremont; Hannard, délégué cantonal, maire d'Arville; Jaurès, délégué cantonal, adjoint au maire de Dourgne; Lautar, délégué cantonal à Mazamet; Le Bœuf, conseiller municipal à Cahors; Lionet, délégué cantonal à Doué-la-Fontaine, Masson de Saint-Félix, délégué cantonal, maire de Liginiac; Mook, médecin inspecteur des écoles de la ville de Paris; Naudin, délégué cantonal à Toulouse; Petit, médecin-major au 28e d'infanterie; Prevost délégué cantonal, maire de Faux-la-Montagne; Tournier, délégué cantonal à Mouthe; Van Merris, médecin en chef de l'hôpital de Dunkerque; Daviot, président de la délégation cantonale à Gueugnon; Geoffroy, délégué cantonal, membre du bureau d'administration du collège, à La Fère; Nielly, médecin professeur de la marine; Raby, professeur agrégé au Val-de-Grâce; Vercoutre, médecin-major à Tunis; Famechon, médecin-major à l'École de Rambouillet; Paquelin, lauréat de l'Académie de médecine; Bercioux, médecin du lycée de Bourges; Bergeron, médecin du lycée de Vanves; Richard, médecin adjoint du lycée de Vanves; Simon, médecin du lycée de Caen; Garimond, médecin du lycée de Montpellier. — M. Rovillain, officier de santé, délégué cantonal à Camon.

— M. Ed. Bureau, professeur au Muséum, fera une excursion botanique, du 1er au 7 août 1885, aux environs de Nantes, et sur le bord de l'Océan.

Samedi 1er août, départ de Paris (gare d'Orléans), à 9 h. 10 min.; arrivée à Nantes à 6 h. 23 min. du soir.

Dimanche 2 et lundi 3, visites au Jardin des Plantes et au Muséum d'histoire naturelle de Nantes, herborisations sur les bords de la Loire et dans les marais flottants de l'Erdre. Le 3, à 6 h. 53 min., départ pour le Croisic.

Mardi 4, mercredi 5 et jeudi 6, herborisations dans la région maritime : sables de Pembron, côte granitique de Batz, dunes d'Escoublac, marais salants du Pouliguen.

Vendredi 7, départ du Pouliguen à 5 h. 33. min du matin, arrêt de 1 h. 21 min. à Angers, arrivée à Paris à 9 h. 4 min. du soir.

Pour profiter de la réduction de prix demandée à la Compagnie des chemins de fer de Paris à Orléans, on devra se faire inscrire et verser le prix de la place (43 fr. 10), aller et retour, aux galeries de botanique du Muséum. Les inscriptions seront reçues tous les jours, de midi à 4 heures, jusqu'au 24 juillet inclusivement.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera une excursion géologique publique, du 5 au 13 août 1885, dans le massif volcanique de l'Auvergne. — Le rendez-vous est à Paris, à la gare de Lyon, le mercredi 5 août, à 7 h. 15 min. du matin.

Une réduction de 50 p. 100 sur le prix des places en chemin de fer sera accordée aux personnes qui s'inscriront aux laboratoires de géologie avant le 3 août, à qnatre heures. On trouvera au laboratoire tous les renseignements relatifs à l'excursion, et spécialement un programme lithographié donnant le détail de l'itinéraire.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18114.

N° 84. — JEUDI 23 JUILLET 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 23 JUILLET 1885. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ce ne sont pas encore de bien beaux spécimens de la race humaine, ces deux pauvres petits avortons que M. Tarnier a retirés d'une couveuse pour les mettre nus et grelottants sous les yeux de l'Académie.

Mais enfin, dussent-ils rester proportionnellement aussi petits que le sont devenus à la longue ces poulets de la haute Égypte qui, depuis un temps immémorial, naissent dans une couveuse artificielle et sont gavés, c'est beaucoup qu'ils vivent, si, comme l'admet M. Tarnier, l'un d'eux, au moins, est né avant le sixième mois. Voilà presque réalisée la donnée plaisante d'un opuscule satirique qui eut un grand succès dans le siècle dernier, *Concubitus sine Lucina* : les enfants mis au monde prématurément et élevés dans un appareil qui représenterait pour eux l'utérus, sans que leurs mères eussent éprouvé les grandes douleurs de l'accouchement à terme. M. le président Bergeron a félicité M. Tarnier d'avoir mis en lumière ce mode d'accroissement pour la population française ; mais il paraît probable qu'il faudrait abaisser la taille réglementaire pour qu'il pût influer sur le recrutement de nos enfants.

En décrivant l'extirpation totale de l'utérus pratiquée par M. Tillaux, nous avions eu raison de dire que cette opération méritait d'entrer dans la pratique usuelle. En effet, M. le professeur Trélat est venu soutenir la même thèse à l'Académie de médecine, en joignant au fait de M. Tillaux trois autres faits du même genre recueillis à Paris depuis lors.

Ajoutons que la jeune malade de M. Tillaux est sortie de l'Hôtel-Dieu, parfaitement guérie, au commencement de ce mois. Elle s'était sentie assez forte vers la fin de juin pour se charger, en qualité de comédienne, de complimenter M. Tillaux au nom des malades du service à l'occasion de sa fête, en lui offrant le palmier et les fleurs qu'elles avaient achetés collectivement pour lui.

HOPITAL NECKER. — M. LÉON LE FORT.

L'amputation de Chopart.

A propos du malade sorti ces jours-ci avant que nous ayons pu remédier par une nouvelle opération à l'infirmité résultant de l'amputation de Chopart, qui lui avait été pratiquée, je voudrais vous parler de cette amputation sur laquelle on a beaucoup discuté.

Peu de chirurgiens consentent à la faire ; quant à moi, j'y suis absolument opposé, car, si dans l'amputation de Chopart, on a en apparence un lambeau convenable et une excellente base de sustentation, cependant, en réalité, la plus grande partie des malades restent infirmes en ce sens qu'ils ne peuvent pas marcher. En effet, il se produit dans les mois qui suivent la cicatrisation, — plus ou moins tôt, plus ou moins tard, — des changements de forme dans le moignon ; le talon se porte, en remontant, peu à peu en arrière, et ce renversement en arrière se trouve, à un moment donné, accentué de telle sorte que la cicatrice descend à la face inférieure du moignon et finit par reposer sur le sol.

De là des inconvénients énormes, des dangers sérieux ; soit par suite des tiraillements exercés sur la cicatrice, soit par le contact continu de celle-ci avec le sol, la peau s'ulcère peu à peu dans les points qui touchent plus particulièrement à terre. De là enfin l'impossibilité de marcher. C'est là un fait qui n'est pas spécial au pied, mais que l'on observe chaque fois qu'après une amputation des membres inférieurs on fait reposer le poids du corps sur un point de la peau qui n'est pas destiné à le supporter.

Or, lorsque l'on examine avec soin un pied bien conformé, lorsque l'on examine l'empreinte laissée sur un sable fin par exemple, on remarque que la plante du pied ne touche en réalité le sol que par certains points qui forment comme une sorte de trépied. Aussi, dès que la forme du pied, pour une raison ou pour une autre, se trouve modifiée, la pression se produisant sur une autre partie de la voûte plantaire, la peau correspondant à ce nouveau point, n'étant pas destinée à cette pression, tend à s'ulcérer et s'ulcère, en effet, peu à peu.

En résumé, dans l'amputation de Chopart, la rétraction du talon en arrière modifie la base de sustentation et détermine par suite des ulcérations du moignon.

Déjà Jean-Louis Petit avait signalé ce renversement du talon, déterminé par la rétraction du tendon d'Achille, et

avait pensé qu'en sectionnant ce tendon on redresserait le talon. En effet, il réussit très bien dans l'opération, le talon fut parfaitement redressé, mais, au bout de quelque temps, le résultat obtenu ne se maintenait pas et le renversement se reproduisait.

En 1815, Willermé étudia à son tour la question à l'hôtel des Invalides. Il trouva parmi les pensionnaires de cet établissement une vingtaine d'hommes qui avaient subi l'opération de Chopart, mais auxquels on avait été obligé, par suite de ces ulcérations du moignon et de l'impotence qui s'ensuivait, d'amputer la jambe.

Je pourrais vous citer nombre d'autres faits semblables, empruntés à la chirurgie de Velpeau, Malgaigne, Nélaton.

Voyons donc pourquoi l'opération de Chopart donne d'aussi mauvais résultats définitifs. On a invoqué la rétraction du tendon d'Achille, on a dit que le calcanéum attiré en arrière basculait peu à peu de telle sorte que la peau de la partie moyenne du pied, entraînée dans ce mouvement de renversement, se trouvait à un moment donné porter directement sur le sol.

Ce n'est pas là cependant la seule cause, puisque nous avons vu quelquefois le renversement du talon se produire alors que le malade n'avait pas encore quitté son lit, qu'il n'avait pas encore essayé de marcher; par conséquent, que le moignon n'avait pas encore servi de base de sustentation. La cause de ce renversement se trouve aussi dans l'enlèvement, par le fait de l'amputation, de toute la partie antérieure du pied, et par suite la section d'une série de tendons qui s'y attachent, de telle sorte que l'action du tendon d'Achille ne se trouve plus contre-balancée par celle des muscles dont les insertions ont été coupées.

A l'état normal, le calcanéum ne porte pas directement à plat sur le sol, mais il affecte un certain degré d'inclinaison et ne repose en réalité que par deux points de sa partie postérieure. Chez beaucoup d'individus, on constate aussi que l'une des petites apophyses du calcanéum est restée à l'état à peu près rudimentaire, qu'elle est plus courte que normalement; il s'ensuit tout naturellement que le calcanéum tend, dans ces conditions, à prendre une direction latérale, au lieu de se diriger verticalement, et à se renverser alors plus ou moins en dehors.

Quoi qu'il en soit, la direction normale du calcanéum se trouve maintenue par un ligament très fort, le ligament calcanéo-cuboïdien inférieur. Si donc on vient à amputer la partie antérieure du pied, à faire l'amputation de Chopart, le renversement du talon en arrière s'effectue forcément : d'une part, par suite des modifications survenues dans la direction du calcanéum résultant des sections ligamenteuses, et d'autre part, par le fait de la rétraction du tendon d'Achille, dont l'action n'est plus équilibrée par les muscles sectionnés.

Ceci dit, revenons en quelques mots à notre malade et voyons comment j'aurais pu intervenir utilement.

Cet homme, restant quelque temps dans nos salles, aurait vu son ulcération du moignon guérir et se cicatriser, mais dès qu'il aurait marché pendant quelque temps, la plaie se serait reproduite.

Qu'aurait-il donc fallu faire? Sectionner le tendon d'Achille? Non ; ainsi que je l'ai dit en commençant, cette opération a trop rarement réussi d'une façon définitive pour que nous ayons songé à la tenter. Et d'ailleurs aurait-elle été possible chez lui? N'y avait-il pas ankylose, depuis le temps que l'amputation de Chopart lui avait été faite ?

Il aurait fallu songer à une autre opération :

1° Soit à une opération ostéoplastique du pied, c'est-à-dire enlever en entier l'astragale et une partie du calcanéum, de façon à avoir un talon situé beaucoup plus en avant qu'en arrière. Ainsi opéré, il est à peu près certain que le malade eût pu très bien marcher. L'opération était d'autant plus praticable que j'avais chez lui la place suffisante.

2° Soit l'amputation de la jambe. Malgré les avantages de l'autre opération, peut-être me serais-je décidé plutôt pour l'amputation, et cela en raison de l'âge et de l'état débile, souffreteux, affaibli, de notre malade, qui aurait peut-être mal supporté une opération ostéoplasique dont le succès est beaucoup plus certain chez un homme jeune et fort.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Duguet.

De l'athétose.

Le malade que je viens de faire venir à l'amphithéâtre est âgé de cinquante-sept ans. Il avait toujours été bien portant lorsque, il y a sept ans, à la suite d'un effort dans les water-closets, il fut pris tout à coup d'une telle faiblesse dans le membre supérieur et le membre inférieur gauches qu'on dut lui venir en aide pour le ramener dans sa chambre et le mettre au lit. Il n'avait pas perdu connaissance, mais la bouche était déviée à droite, l'œil gauche restait ouvert, la sensibilité était altérée ; bref, à la suite d'un ictus léger il s'était fait une hémiplégie du côté gauche.

Cependant peu à peu tous les phénomènes s'amendèrent et disparurent même, dans l'espace de quelques semaines ; mais, en même temps, le membre supérieur gauche devenait le siège de mouvements particuliers, bizarres, c'est-à-dire d'une affection spéciale, l'athétose.

Tout d'abord on constate, chez ce malade, que les doigts sont animés de mouvements lents, involontaires, et dans différents sens (extension, flexion, abduction et adduction). C'est ainsi que pour ouvrir la main, par exemple, il semble qu'il faille faire un grand effort; c'est ainsi également qu'après être parvenu à saisir un objet, il lui arrive bientôt de le lâcher.

A la face nous trouvons très peu de chose : l'orbiculaire formant quelques tractus, la commissure des lèvres faisant quelques plis ainsi que, par moments, le muscle peaucier. Dans le membre inférieur, ce sont des mouvements semblables à ceux du membre supérieur, mais plus faibles, c'est-à-dire une indépendance dans les mouvements des orteils.

En résumé, il s'agit d'une athétose du côté gauche ou hémiathétose, prononcée surtout à la main, moindre au pied, moindre encore à la face, et que la plus petite excitation physique ou morale exagère. Un médecin américain a comparé ces mouvements à ceux des tentacules d'un poulpe.

Il y a, de plus, une certaine raideur musculaire, des spasmes intermittents dans le poignet, l'avant-bras et même dans le bras. Pendant la nuit ou mieux pendant le sommeil, les mouvements cessent ou toutefois sont très peu manifestes, mais dès le réveil ils reparaissent : ce qui rapproche l'athétose de la chorée. J'ajoute que, depuis son attaque d'hémiplégie, cet homme a conservé une certaine faiblesse des membres supérieur et inférieur gauches.

Chez tous les malades atteints de cette affection, on remarque pendant quelque temps un certain degré d'hémi-

anesthésie du côté qui a été paralysé; il en est de même chez lui, malgré la date déjà reculée à laquelle remonte la paralysie. Chez lui, cette anesthésie porte sur la sensibilité générale; chez lui, il y a à la fois anesthésie et analgésie du côté gauche. La nuit il perd son bras, il perd aussi sa sensibilité musculaire et lâche les objets sans le savoir. Certain jour il lui est arrivé, au marché voisin de sa demeure, de mettre la main dans la poche de son voisin, sans s'en douter, et de se faire ainsi arrêter comme voleur; il ne sent pas une voiture d'enfant qui lui passe sur le pied. De plus, on constate une exagération du réflexe tendineux, ce qui faisait dire récemment que s'il y avait lésion cérébrale, il y avait aussi quelque altération secondaire.

Quand cet homme marche, on observe des mouvements indépendants de projection du pied, des mouvements saccadés dans le bras et l'avant-bras qui ressemblent en partie à ceux d'un choréique, de telle sorte que j'aurais quelque raison de croire qu'il a aussi un certain degré d'hémichorée.

En un mot, nous trouvons chez lui : hémiplégie, hémianesthésie, hémianalgésie et hémichorée, tous points qu'il est intéressant de rapprocher dans cette étude.

Nous trouvons aussi quelques troubles inhérents à son ancienne hémiplégie : ainsi la main gauche est plus rouge, elle est amaigrie, les veines moins développées, les muscles des éminences thénar et hypothénar émaciés ainsi que ceux de l'avant-bras et du bras. Néanmoins les muscles du côté gauche répondent encore à l'électrisation comme ceux du côté droit.

Les doigts sont plus saillants au niveau des articulations; ils sont comme noueux, ce qui est dû à une diminution de volume des parties charnues, car les jointures sont parfaitement libres, les mouvements articulaires sont même plutôt exagérés et vont jusqu'à la subluxation.

L'athétose est une maladie encore fort peu connue, qui n'a été décrite qu'en 1871 pour la première fois; jusque-là on n'en trouvait que quelques vestiges dans les auteurs, notamment dans une thèse de M. Charcot, dans la thèse de Turner, etc. C'est Hammond (de New-York) qui, d'emblée, en a donné une excellente description en 1871, en a fait une entité morbide, et des deux mots grecs ἀ + θητός, c'est-à-dire sans position fixe, lui a donné son nom. Il la rattache à une lésion *probable* du cerveau ou de la moelle, car il n'eut pas l'occasion de faire l'autopsie de sujets atteints de cette affection. Depuis lors un certain nombre d'observations ont été publiées dans différents pays ainsi qu'en France.

Les circonstances dans lesquelles la maladie peut se développer sont de deux sortes : tantôt chez l'enfant, tantôt chez l'adulte ou l'homme mûr; tantôt il s'agit d'une affection primitive, indépendante de toute lésion apparente, tantôt au contraire elle est la conséquence d'une lésion secondaire, de l'hémiplégie. On a aussi décrit quelques cas d'athétose double (droite et gauche) chez des enfants idiots, imbéciles, dans lesquels la lésion anatomo-pathologique est restée inconnue. Chez eux, les phénomènes étaient beaucoup plus prononcés du côté de la face que dans l'hémiathétose; ils ne s'accompagnaient d'aucun trouble de la sensibilité ni d'aucune paralysie. D'autres fois l'hémiathétose est survenue peu à peu, sans lésion antérieure apparente. Quoi qu'il en soit, ce qui est plus commun, c'est l'hémiathétose secondaire; quinze ou vingt observations en ont été recueillies à Bicêtre sur de jeunes malades chez lesquels l'affection reconnaissait pour cause l'atrophie d'un hémisphère cérébral, atrophie congénitale ou survenue peu de temps après la naissance. Enfin il en est d'autres encore où l'origine doit être cherchée dans une lésion en foyer, dans une tumeur cérébrale ou dans une hémorrhagie du centre ou de l'écorce.

Les maladies avec lesquelles on pourrait confondre l'hémiathétose, sont d'abord la trémulation chez certains hémiplégiques. Chez eux il y a une hémiplégie flasque pendant un certain temps, puis au bout d'un ou de deux mois les membres paralysés, engourdis, sont agités de secousses, de crampes, ils deviennent le siège de contractures, en même temps que les mouvements reparaissent, puis les muscles s'atrophient. Alors, dès que les malades veulent se servir de leur bras, de leur main pour saisir un verre, par exemple, et boire, le tremblement se produit, mais il ne se produit que s'il est provoqué, c'est-à-dire dans des conditions déterminées, tandis que dans l'hémiathétose les mouvements sont continus. De plus encore, dans la trémulation hémiplégique, il s'agit d'un mouvement de va-et-vient, rapide, rythmique, tandis que dans l'hémiathétose les mouvements sont lents, non rythmiques et ne s'exécutent pas toujours dans le même sens. En un mot, dans la trémulation hémiplégique, le tremblement ne se produit que s'il est provoqué; dans l'hémiathétose, il est continuel et ne cesse que pendant le sommeil.

Quant à l'hémichorée, les mouvements involontaires sont brusques et se produisent dans les bras et les avant-bras; dans l'hémiathétose, ils sont lents et se passent dans les doigts. A côté de cela, on rencontre des cas mixtes où il y a à la fois hémichorée et hémiathétose.

Le diagnostic de l'hémiathétose double n'est pas difficile; cette affection ne saurait être confondue avec la paralysie agitante, la sclérose en plaques, ni avec la chorée. En effet, dans la paralysie agitante, les mouvements sont rythmés, le tremblement est spécial, involontaire; dans la sclérose en plaques, les mouvements sont provoqués, rythmiques et réguliers; enfin, pour la chorée, nous n'avons qu'à rappeler ce que nous venons de dire touchant l'hémichorée.

L'hémiathétose est une maladie de longue durée; son pronostic n'est point grave, bien qu'aucun traitement n'ait donné jusqu'ici de résultats bien satisfaisants. Nous avons eu recours à l'électricité pour notre malade, mais les soixante séances auxquelles nous l'avons soumis n'ont eu encore d'autre résultat que d'empêcher la maladie d'augmenter.

DE LA MALADIE DE FAUCHARD

Par M. le docteur Th. David.

Nous n'avons pas la prétention de décrire sous ce terme une maladie nouvelle. L'affection que nous avons ainsi désignée était bien connue de Fauchard qui, dès 1728, en a donné une description à laquelle on n'a guère ajouté depuis. Nous avons simplement tenté de remédier à la confusion qu'ont fait naître ses nombreuses dénominations. Chaque auteur l'appelle d'un nom particulier, ainsi qu'on peut le voir par l'énumération de ceux que nous avons relevés :

Fauchard, Maury, Rogers... l'appellent *scorbut des gencives;* Bourdet, Désirabode, *suppuration des gencives;* Jourdain, *suppuration conjointe des alvéoles et des gencives;* Saucerotte, *dissolution des alvéoles suivie d'ébranlement et de la chute des dents;* Toirac, *pyorhée inter-alvéolo-dentaire;* Marchal (de Calvi), *gingivite expulsive;* Magitot, *ostéo-périostite alvéolo-dentaire;* Guebey, *ostéo-périostite alvéolaire;* Chauveau, *rhumatisme dentaire;* quelques auteurs l'appellent encore *résorption alvéolaire, déchaussement des dents; chute prématurée des dents.* Enfin MM. Malassez et

Galippe en ont fait une maladie parasitaire et lui donneront assurément un jour le nom de son microbe particulier.

Une pareille richesse n'est pas faite pour faciliter l'entente.

La plupart de ces dénominations ont été données pour affirmer la nature étiologique ou pathologique de l'affection; mais aucune n'est encore exacte. Aussi avons-nous proposé le nom de l'auteur qui a le premier et le mieux décrit la maladie : de *Fauchard*, le père de la chirurgie dentaire. Cette dénomination a l'avantage de ne rien préjuger.

En Amérique, d'ailleurs, le terme de maladie de Rigg semble déjà être consacré pour désigner la même affection.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juillet 1885. — Présidence de M. BERGERON.

CORRESPONDANCE

M. le ministre du commerce consulte l'Académie sur le point de savoir s'il y a lieu d'interdire la vente de toute substance contenant de l'acide salicylique, conformément à l'avis exprimé à deux reprises et tout dernièrement encore par le comité consultatif d'hygiène de France. Il transmet à l'Académie les rapports de ce comité.

M. le ministre du commerce transmet également à l'Académie le rapport de M. le docteur Gibier, envoyé en mission en Espagne pour y étudier la marche de l'épidémie cholérique et les essais d'inoculations préventives entrepris par M. le docteur Ferran. Voici les conclusions de ce rapport :

1° L'épidémie qui règne en Espagne est bien le choléra et non une fièvre pernicieuse, comme ont voulu le soutenir quelques médecins.

2° Le liquide inoculé par M. Ferran contient des bacilles-virgules.

3° Rien ne prouve scientifiquement que la virulence de ces bacilles soit atténuée.

4° Le procédé d'atténuation de ces microbes est tenu secret par M. Ferran et on ne peut donc que regretter le doute que l'auteur laisse planer sur ce point.

5° Les symptômes locaux produits par l'injection sont généralement bénins.

6° Les symptômes généraux ne rappellent en rien ceux du choléra, même le plus bénin.

7° Ces phénomènes peuvent être mis sur le compte du liquide injecté autant que sur celui des microbes qu'il renferme.

8° Le sang des inoculés ne renferme pas trace de microbe.

9° Les rares statistiques publiées au sujet des inoculations ne prouvent rien encore.

10° En raison de l'absence de preuves scientifiques et de statistiques permettant de se prononcer sur la valeur de la méthode de M. Ferran, il est nécessaire d'attendre les résultats de l'expérimentation avant de formuler des conclusions formelles.

La correspondance comprend en outre :

1° Une lettre de M. Gibert (du Havre), qui se porte candidat au titre de membre correspondant;

2° Une lettre de M. le docteur Seiler sur les inhalations d'acide fluorhydrique dans la phthisie. (Comm. : MM. Hérard et Féréol.)

PRÉSENTATION D'ENFANTS NÉS AVANT TERME, ÉLEVÉS DANS UNE COUVEUSE ET GAVÉS.

M. TARNIER place sous les yeux de l'Académie deux enfants qui, placés dans la couveuse, ont pu être amenés à bien jusqu'à présent, malgré leur naissance prématurée et leur faible poids.

Un de ces enfants a été apporté de la ville à la Maternité, le 23 mai, le troisième jour après sa naissance. Son poids, qui, au premier instant, était de 1100 grammes, était tombé alors à 1000 grammes. On l'introduisit dans la couveuse, on le gava toutes les heures avec 8 grammes seulement de lait. Dans les intervalles, la nourrice lui faisait tomber dans la bouche quelques gouttes de lait. Il commença à pouvoir téter seul le douzième jour; et cependant on continua encore à le gaver pendant quatre jours. A partir du 14 juin, il fut nourri exclusivement au sein. Le 5 juillet, il fut retiré de la couveuse. Il pèse actuellement 1500 grammes.

L'autre est une jumelle née le 8 juin à la Maternité, au sixième mois de grossesse de la mère. Son poids, au moment de la naissance, n'était que de 1020 grammes, c'est-à-dire le poids moyen d'un enfant d'un peu plus de cinq mois. Tout faisait croire, en effet, que le récit de la mère devait être exact et que cet enfant ne devait pas avoir plus de six mois. Sa chair était comme transparente, comme gélatineuse; c'était un petit être qui paraissait à peine formé. Le poids descendit rapidement jusqu'à 850 grammes. Cette petite fille avait été placée dans la couveuse, et toutes les heures, pendant les quatre premiers jours, on la gavait avec 8 grammes de lait. Du 12 juin au 5 juillet, on ne pratiqua le gavage que toutes les trois heures avec 16 grammes de lait, et dans l'intervalle on faisait tomber quelques gouttes de lait dans la bouche. A partir du 5 juillet, cette enfant téta; le 20 juillet, on la retira de la couveuse. Aujourd'hui elle a six semaines; elle ne pèse encore que 955 grammes. Mais elle a pris des forces, et tout fait espérer qu'elle vivra. L'autre jumeau, plus lourd, est mort fort peu de temps après sa naissance.

M. Tarnier insiste sur les grands avantages qu'on peut obtenir de la couveuse et de la gaveuse en cas de naissance prématurée.

DISCUSSION

M. BLOT ne croit pas que l'emploi de la couveuse ait été un progrès aussi considérable que M. Tarnier le suppose. On peut atteindre le même but en entourant les enfants de ouate. Quant à juger, d'après leur poids, du temps qui doit s'être écoulé depuis leur conception, si on voulait le faire avec une trop grande précision, ce serait s'exposer à bien des mécomptes. L'orateur constate avec plaisir que M. Tarnier n'a pas paru aussi pleinement affirmatif à ce sujet qu'il l'avait été dans des discussions antérieures. Souvent le bas poids de l'enfant, son aspect malingre, translucide, pour ainsi dire gélatineux, tiennent à l'état du placenta. Ainsi M. Blot se rappelle avoir vu naître, tout à fait à terme, un enfant qui ne pesait pas plus que la jumelle présentée par M. Tarnier. Le placenta était petit et contenait plusieurs foyers hémorrhagiques qui, à des dates diverses, avaient détruit la plus grande partie de ses cotylédons. En était-il de même dans les cas cités par M. Tarnier?

M. TARNIER. Un seul placenta pouvait être examiné, celui de la jumelle née à l'hospice; il paraissait sain.

M. BLOT. Mais les jumeaux sont souvent plus petits que les autres enfants. Au fond, le poids ne peut pas prouver grand'chose : chez d'autres enfants, nés tous à terme, les différences peuvent être du double, du triple et même du quadruple.

M. FÉRÉOL raconte avoir pu, par le seul emploi de bouteilles d'eau chaude et de ouate autour d'une enfant née avec les mêmes apparences que la jumelle dont il est question, et en lui faisant verser d'heure en heure dans la bouche une seule cuillerée à lait de femme, élever cette enfant. Elle a actuellement cinq ans et demi et se porte bien.

M. TARNIER n'a jamais prétendu qu'avec de grands soins on ne parvînt pas à maintenir, sans l'emploi de la couveuse, la vie d'enfants nés avant terme. Mais c'est infiniment plus facile avec la couveuse; et la ouate est loin de représenter le même milieu, car elle ne change pas la température de l'air respiré par l'enfant. C'est surtout en cas de sclérème des nouveau-nés qu'on est frappé de l'influence de la température élevée et constante au milieu de laquelle l'enfant vit dans la couveuse. M. Tarnier cite des exemples de sclérème guéri en vingt-quatre heures par ce seul moyen.

M. BERGERON remercie M. Tarnier d'avoir appelé l'attention sur des procédés d'élevage qui peuvent conserver à la France quelques enfants de plus. Quand on est pauvre comme nous le sommes à ce point de vue, il n'y a pas de petites économies.

LECTURE

Sur l'extirpation totale de l'utérus en cas de cancer de cet organe. — **M. TRÉLAT** rappelle l'historique de l'extirpation totale de l'utérus, à partir des opérations de Sauter et de Récamier. Abandonnée pendant cinquante ans, malgré les succès obtenus par ces deux opérateurs, elle fut d'abord reprise par Freund en 1878, mais par une voie toute nouvelle.

Sauter et Récamier enlevaient l'utérus par le vagin, Freund procédait comme pour une ovariotomie en ouvrant l'abdomen. Les résultats obtenus par lui et par les chirurgiens allemands qui l'imitèrent étaient loin d'être encourageants, car la mortalité s'élevait à 75 p. 100 et les récidives étaient très rapides.

Vers le même temps, en Amérique et en Allemagne, on revenait à la méthode de Récamier : l'extirpation par la voie vaginale. En 1883, M. Demons (de Bordeaux) et Péan firent connaître à l'Académie les opérations qu'ils avaient faites l'année précédente, et M. Demons, rassemblant les faits déjà publiés de divers côtés en nombre déjà considérable, arrivait à une moyenne de 28 morts seulement pour 100. A Bordeaux, cette opération resta à la mode; elle y fut pratiquée onze fois et par cinq chirurgiens divers. Il y eut cinq cas de mort, mais cette mortalité, beaucoup trop forte, tient en partie à des causes accidentelles.

M. Trélat passe en revue les communications faites à la Société de chirurgie l'année dernière par MM. Bœckel (de Strasbourg) et Demons (de Bordeaux), puis les opérations pratiquées à Paris par MM. Tillaux et Terrier. Il raconte qu'il a lui-même extirpé en totalité l'utérus, par la voie vaginale, le 2 juillet dernier, chez une dame, qui peut être aujourd'hui considérée comme à peu près guérie.

Plus récemment, M. Terrier a opéré une autre malade qui, elle, succomba à une péritonite. Le très grand nombre des assistants, en empêchant les précautions antiseptiques d'être suffisantes, fut sans doute cause de cette mort.

La statistique de Paris est donc après tout satisfaisante, et elle le deviendra davantage encore. Quand on prendra toutes les précautions antiseptiques avec la plus grande rigueur, quand on opérera aussitôt le diagnostic nettement posé, sans attendre que les parties qui avoisinent l'utérus soient envahies, on pourra faire tomber la mortalité à 8 ou 9 p. 100, c'est-à-dire à la même moyenne que pour les extirpations partielles, les excisions du col utérin. Alors il ne restera plus qu'une seule question, celle des récidives. On ne peut pas raisonner en passant d'un organe à un autre en fait de cancer, car les conditions d'évolution de cette maladie sont très différentes suivant les régions. Cependant on doit se rappeler qu'en ce qui touche les tumeurs du sein, en opérant le plus tôt possible, on est arrivé à des résultats infiniment plus avantageux que ceux qu'on avait autrefois par des opérations tardives. Il est permis de croire qu'il en sera de même pour l'utérus, et qu'une exacte appréciation de l'opportunité opératoire rendra plus tardives les récidives.

Ce sont là les problèmes de l'avenir. L'acte opératoire semble jugé. Il a cessé d'être redoutable par lui-même. La question d'efficacité thérapeutique, autrefois voilée, reste seule sur le tapis et appelle un jugement définitif.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les vacances d'un médecin (1), par le docteur E. Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Il y a quelques mois, nous rendions compte, dans ce même journal, du dernier ouvrage de M. E. Guibout, sur les maladies de la peau, ou *Traité pratique des maladies de la peau*, envisagées spécialement au double point de vue du *diagnostic* et du *traitement*. Nous faisions ressortir tout le mérite de cet ouvrage qui peut être considéré comme un *manuel de dermatologie* et qui, à lui seul, peut suffire aux élèves pour les mettre à même de subir convenablement leurs examens, et aux praticiens pour les éclairer dans les cas de dermatoses qu'ils sont appelés à traiter.

Aujourd'hui nous avons à parler d'un nouveau livre publié par le même auteur, livre bien différent, dont l'inspiration n'a pas été prise dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, mais au loin, dans les régions les plus septentrionales de l'Europe.

Ce livre, d'un style élégant et facile, est d'un intérêt saisissant; c'est à la fois le livre d'un touriste et le livre d'un médecin. Le médecin nous fait visiter le grand hôpital de Copenhague et les hôpitaux de Stockholm; le touriste nous promène agréablement sur les lacs de la Suède et de la Norvège; il nous raconte, de la manière la plus poétique, les gracieuses légendes de ces pays du nord. Avec lui, nous franchissons le cercle polaire, nous voyons les îles Loffoden, où se fabrique l'huile de foie de morue, et, après une navigation de cinq jours dans les fjords de la haute Norvège, nous débarquons en Laponie.

Arrivé dans ces contrées hyperboréennes, si lointaines, d'un accès si difficile et si peu visitées, M. E. Guibout les étudie sous tous leurs aspects : les jours n'ont pas de fin; le soleil, à minuit, brille encore sur l'horizon; en revanche, pendant quatre ou cinq mois de l'année, les nuits n'ont pas de fin non plus, l'obscurité est complète, à midi comme à minuit; la végétation est chétive et rabougrie, quand elle n'est pas tout à fait absente. Les habitants sont une race à part : les Lapons, issus de la race mongole, sont de véritables avortons, aussi remarquables par leur petitesse que par leur conformation disgracieuse. M. E. Guibout nous fait pénétrer dans leurs habitations qui ne sont que des huttes de terre; il nous les décrit dans leurs campements, au milieu de leurs troupeaux de rennes, leur unique propriété. Toutes ces pages sont du pittoresque le plus achevé et de l'observateur le plus érudit et le plus consciencieux.

Au retour de ce voyage dans les steppes sauvages de l'extrême nord de l'Europe, M. Guibout nous fait connaître les villes de Throndjem, de Christiania, de Gothembourg, de Copenhague, de Lubeck, de Hambourg, d'Amsterdam et d'Anvers, sa dernière étape.

Ce livre, le cinquième volume des *Vacances d'un médecin*, est plus intéressant peut-être encore que ses quatre devanciers, dans ce sens qu'il nous fait visiter des pays moins connus et plus primitifs; nous ne saurions trop en recommander la lecture : elle est aussi instructive que pleine d'intérêt. Dr Passant.

Guide du médecin et du pharmacien de réserve de l'armée territoriale et du médecin auxiliaire (1), par M. le docteur A. Petit, médecin aide-major de première classe.

Ce petit livre, qui est appelé à rendre un véritable service, en épargnant bien des recherches dans les ouvrages spéciaux, est divisé en deux parties.

La première partie comprend onze leçons nous donnant des notions : 1° sur l'organisation générale de l'armée, la discipline et la hiérarchie militaires; — 2° sur l'organisation générale du service de santé à l'intérieur; — 3° sur l'organisation du service de santé en campagne; — 4° sur les infirmeries régimentaires, la composition des sacs et sacoches d'ambulance, l'approvisionnement d'infirmerie régimentaire de campagne; — 5° sur les postes de secours, les infirmiers et brancardiers régimentaires; — 6° sur les hôpitaux militaires; — 7° sur les ambulances, les infirmiers et brancardiers d'ambulance; — 8° sur les hôpitaux mobiles, les hôpitaux sédentaires de campagne, les dépôts de convalescents; — 9° sur les ambulances d'évacuation, les trains d'évacuation et les ambulances provisoires de gare; — 10° sur les secours à donner aux blessés sur le champ de bataille, les bandages et appareils improvisés, le relèvement et transport des blessés, les brancards et voitures; — 11° sur la convention de Genève.

La deuxième partie, véritable code du médecin de réserve, de

(1) In-12. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

(1) In-12. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

l'armée territoriale et du médecin auxiliaire, comprend les lois, décrets, instructions, circulaires et lettres ministérielles qui les régissent.

Cet excellent vade-mecum se termine par des modèles d'état et un schéma indiquant les stations successives des blessés évacués depuis le champ de bataille jusqu'aux hôpitaux de l'intérieur.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Le secrétariat de l'Association française nous communique la seconde liste des communications qui doivent être lues le mois prochain au Congrès de Grenoble. Nous en extrayons celles qui sont plus particulièrement relatives aux sciences médicales.

Ce sont :

M. Arnaud de Fabre (d'Avignon). Note physiologique sur l'ésérine.

M. Boucheron (de Paris). Varices de l'iris. — Épilepsie d'origine auriculaire.

M. Carrière (de Paris). Considérations générales sur l'importance des études anthropologiques locales pour la détermination des caractères ethniques.

M. Certes (de Paris). De l'emploi des matières colorantes pour l'étude histologique et physiologique des organismes microscopiques vivants.

M. E. Cocardas. Sur les ferments.

M. Collineau (de Paris). Sur un caractère d'animalité observé chez quelques idiots.

M. Collomb. Étude sur les Mandingues. Ethnographie et anthropométrie.

M. A. Decès (de Reims). De la laparotomie dans le traitement interne.

M. Delthil (de Nogent-sur-Marne). Observations nouvelles de diphtérie traitée par les évaporations d'hydro-carbure et la combustion du mélange de goudron, de gaz et d'essence de térébenthine. — Du traitement du cancer de l'estomac par la magnésie à dose continue et progressive. — Traitement rapide de l'entorse. — Quelques considérations sur l'inspection médicale des écoles.

M. Demons (de Bordeaux). Traitement des fistules du canal de Sténon.

M. Duplouy (de Rochefort). De la taille hypogastrique.

M. Fauvelle (de Paris). De la pellagre. — Des moyens de se rendre compte de l'intelligence dans les diverses races humaines.

M. H. Fol (de Genève). Sur la queue de l'homme.

M. Girard (de Grenoble). Du traitement des abcès froids d'origine tuberculeuse. — Du traitement de la coxalgie. — Du traitement de la pustule maligne par les injections iodées. — Note sur quelques points d'hygiène de la ville de Grenoble.

M. Gosse (de Genève). De l'importance de la photographie en médecine légale.

M. Hénocque (de Paris). La spectroscopie du sang. — Exposé d'une nouvelle méthode. — Présentation d'instruments spéciaux. — Démonstration technique.

M. Henri Huchard (de Paris). Nature et traitement curatif de l'angine de poitrine vraie.

M. R. Lépine (de Lyon). Sur l'étiologie et le diagnostic des néphrites chroniques.

M. Leudet (de Rouen). De l'hypertrophie transitoire de la mamelle chez les hommes tuberculeux.

M. Limousin (de Paris). Ampoules hypodermiques. — Nouveau mode de préparation des injections hypodermiques par le procédé de M. Pasteur.

M. Lortet (de Lyon). Sur les races humaines de la Syrie et les déformations crâniennes des Syro-Phéniciens.

M. Nepveu (de Paris). Les lymphatiques dans les lipômes.

M. J. Teissier (de Lyon). Le pied tabétique. — Sur certaines formes d'albuminurie transitoire.

M. Tubino (de Madrid). Contribution à l'anthropologie espagnole.

M. Valude (de Paris). Quelques faits nouveaux dans la méthode antiseptique appliquée à la chirurgie oculaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 juillet 1885, M. le docteur Duval, membre du Conseil général et de la commission départementale de la Seine-Inférieure, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, la décoration du Mérite agricole a été conférée à M. le docteur Bernard, maire de Cuers (Var).

— Par arrêté ministériel, en date du 17 juillet 1885, les grades dont les candidats aux fonctions d'agrégé de pharmacie dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie doivent justifier, sont : le doctorat en médecine ou le titre de pharmacien de première classe, et le doctorat ès sciences physiques ou naturelles, ou le titre de pharmacien supérieur.

— Par décision ministérielle, en date du 20 juillet 1885, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de première classe : Minzior, pour l'hôpital d'Amélie-les-Bains ; Boncour, pour les hôpitaux de la division d'Oran.

MM. les médecins-majors de deuxième classe : Coustan, pour le 122e d'infanterie ; Blanchet, pour les hôpitaux de la division d'Oran ; Hugues, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

MM. les médecins aides-majors de première classe : Durand, pour les hôpitaux de la division d'Oran ; Chuffart, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe : David, pour les hôpitaux de la division de Constantine ; Dupré, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

M. le pharmacien-major de première classe Bonnard, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les trois concours de clinicat se sont terminés hier matin mardi par les nominations suivantes :

Chefs titulaires de clinique médicale, MM. les docteurs Siredey et Capitan ; chefs de clinique adjoints, MM. les docteurs Duplaix et Martinet.

Chef titulaire de clinique chirurgicale, M. le docteur Ménard ; chef de clinique adjoint, M. le docteur Ozenne.

Chef titulaire de clinique des maladies du système nerveux, M. le docteur Babinski.

— Le concours ouvert pour la nomination à deux places de prosecteur vient de se terminer par la nomination de MM. Broca et Chapus.

— Les questions données à l'épreuve orale du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris sont : 1° Des paralysies alcooliques ; 2° De la paralysie pseudo-hypertrophique de l'enfance ; 3° De la sclérodermie ; 4° Le vertige de Ménière.

La dernière épreuve d'admissibilité de ce concours s'est terminée samedi soir. Ont été déclarés admis à subir les épreuves définitives, les huit candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique : MM. les docteurs Chantemesse, Comby, Gaucher, Hirtz (Edgar), Juhel-Rénoy, Martin, Petit et Robert.

— L'ouverture du concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris, et la nomination aux places d'élèves internes, vacantes au 1er janvier 1886, aura lieu le mercredi 7 octobre 1885, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, 3.

Les externes en médecine et en chirurgie de deuxième et de

troisième année sont prévenus que, en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au concours du prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mardi 1er septembre jusqu'au mardi 22 septembre inclusivement.

— L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes au 1er janvier 1886 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le jeudi 8 octobre 1885, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, nº 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mardi 1er septembre jusqu'au mardi 22 du même mois inclusivement.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Joubert, député d'Indre-et-Loire, décédé le 20 juillet 1885, à l'âge de soixante et onze ans.

— M. Dufet soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 31 juillet 1885, à trois heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : « Recherches expérimentales sur la variation des indices de réfraction sous l'influence de la chaleur. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paraplégie, hydarthroses, escarres.

Un malade qui se trouve actuellement dans le service de M. Lancereaux, à la Pitié, salle Piorry, présente à première vue certaines analogies avec le malade de M. Desnos, dont nous avons déjà parlé à plusieurs reprises et dont l'état ne paraît pas s'être amélioré dans ces derniers jours.

Comme chez lui, chez celui de M. Lancereaux on constate actuellement une paraplégie à peu près complète, de l'œdème des membres inférieurs, du gonflement des deux genoux, des escarres multiples dont l'apparition a été précoce. Le danger semble même ici plus immédiat, et c'est pourquoi nous nous hâtons de signaler ce malade pendant qu'on peut encore l'observer. Comme, au fond, son histoire pathologique présente de très grandes différences, nous n'en dirons que quelques mots en nous servant très largement de l'excellente observation prise au jour le jour par M. Besançon, interne du service.

Cet homme fait remonter à deux mois le début de sa maladie. Il aurait remarqué d'abord que, quand il posait le pied à terre, il ne sentait plus aussi bien le sol. Puis ses jambes se seraient affaiblies au point qu'il lui serait devenu difficile de gravir un escalier. Dans le service de M. Brissaud, où il entra d'abord, on constata l'absence de tout signe caractéristique d'une ataxie locomotrice. Transféré vers la fin de juin à la salle Piorry, il n'avait encore à ce moment qu'une paraplégie incomplète qui lui faisait traîner lourdement, péniblement les pieds sur le sol; la sensibilité semblait intacte, le réflexe rotulien plutôt exagéré, tandis que le réflexe plantaire était aboli.

Le 28 juin, la paraplégie s'accentua. Le malade commença à se plaindre de douleurs dans la continuité des membres inférieurs. Ces douleurs, qui persistaient le lendemain, motivèrent l'application de ventouses sèches et scarifiées le long de la colonne vertébrale.

Le 1er juillet, elles paraissaient s'être localisées au niveau des jointures, aux poignets, aux épaules, aux genoux, aux cous-de-pied. Il y avait de l'hydarthrose aux deux genoux, de la fluctuation au niveau des tendons extenseurs du pied au devant de l'articulation tibio-tarsienne, de l'œdème rétro-malléolaire. Rien au cœur. Rien dans l'urine. Le malade se plaignait d'un peu de difficulté dans la déglutition, les amygdales et le pharynx étaient rouges.

On prescrivit le salicylate de soude à la dose de 6 grammes. Le surlendemain le cœur présentait des battements tumultueux, sourds et éloignés, et à la pointe, un léger bruit de souffle péricardique. Il y avait eu durant toute la nuit un délire violent, qui reparut et s'accentua encore, la nuit suivante. Les douleurs avaient diminué, mais l'œdème avait envahi toute la jambe gauche jusqu'au genou.

Le 7 juin, une escarre étendue s'était formée sur la région sacrée et sur la fesse, empiétant sur le sillon interfessier. Il y avait alors du délire, de la carpologie, qui cessèrent le 10, bien que l'œdème eût envahi la jambe droite et que l'escarre eût grandi en profondeur et en étendue.

Le 12, on constata de la congestion et de l'œdème pulmonaires ; le 13, un épanchement pleurétique à droite, épanchement qui dura deux jours.

Les articulations n'étaient plus douloureuses; mais l'hydarthrose des genoux n'avait pas disparu. L'état général s'aggrava de plus en plus. Une nouvelle escarre apparut sur le côté externe de la jambe gauche, et il devient de plus en plus probable qu'on saura bientôt quelle est la nature de la lésion fondamentale. S'agissait-il, en réalité, d'un rhumatisme aigu ayant d'abord frappé les méninges spinales, ou d'une affection médullaire ayant produit des troubles trophiques, des arthropathies secondaires, etc.? Dans ce dernier cas, quelle était la nature de la lésion de la moelle? Telles sont les questions que l'on doit se poser.

Détail à noter : ce malade était, comme l'autre, employé chez un marchand de vins et peut-être peut-on chez lui incriminer le surmenage.

Sensibilité retardée dans l'ataxie locomotrice.

Le phénomène de la sensibilité retardée est infiniment plus commun qu'on ne le suppose d'ordinaire. Souvent ce qu'on prend pour de l'anesthésie proprement dite, pour une paralysie complète de la sensibilité sous ses formes diverses, n'est pas autre chose en réalité.

C'est dans l'ataxie locomotrice que ce phénomène fut signalé d'abord par un des plus grands observateurs de notre siècle, par Cruveilher ; et dans cette maladie, l'attention étant appelée sur ce point, il a été très souvent noté

par des cliniciens attentifs. Nous en avons recueilli nous-même, il y a trois ans, un grand nombre d'exemples dans le service de chroniques de M. le professeur Ball, à l'hôpital Laennec.

Nous pouvons dire que c'est la règle chez ceux des ataxiques qui présentent des troubles de sensibilité un peu notables. En effet, nous l'avons trouvé plus ou moins marqué chez tous ceux d'entre eux que nous avons examinés à ce point de vue, dans divers services hospitaliers, et qui nous disaient sentir mal ou ne pas sentir sur telle ou telle partie du corps.

Voici quelques notes prises sur ce sujet :

A l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Vulpian, que supplée actuellement M. Letulle, salle Saint-Denis, n° 29, se trouve un homme de trente-sept ans, entré le 15 avril dernier, et qui offre un beau type d'ataxie avec prédominance de crises gastriques et de crises pharyngo-laryngées.

Cet homme fait remonter l'origine de sa maladie au mois de novembre 1882. Il commença, dit-il, par être pris, à peu près tous les mois, de douleurs d'estomac insupportables et de vomissements, qui se répétaient, chaque fois, pendant huit à douze jours de suite. Plus tard ces crises devinrent plus fréquentes encore, mais moins prolongées et moins pénibles. Il n'y a guère qu'un an et demi que ce malade a remarqué l'apparition de douleurs fulgurantes dans la continuité des membres et, dans la marche, un peu d'incertitude dans ses mouvements. Parfois il éprouve à la gorge un serrement qui rend impossible la déglutition; d'autres fois, souvent, quand il parle, une sensation très analogue se fait sentir, en même temps que sa voix devient indistincte.

Nous n'insisterons pas sur d'autres phénomènes, très communs chez les ataxiques, tels que la diplopie, chute de la paupière, abolition des réflexes tendineux, etc. Au point de vue qui nous occupe particulièrement, c'est-à-dire en ce qui touche la sensibilité, ce malade accusait des plaques d'anesthésie sur le pied droit, sur la main gauche, sur le genou gauche. Il ne sentait rien, disait-il, quand on le piquait ou qu'on le pinçait dans ces régions. Cependant nous nous assurâmes que chez lui le retard de la sensibilité était loin d'être considérable, car il suffisait de prolonger pendant trois secondes environ le pincement, ou de multiplier pendant un temps égal les piqûres sur un même point au niveau d'une de ces plaques pour éveiller une sensation qui, d'abord obtuse, devenait de plus en plus vive.

Dans la même salle, au n° 30, un autre malade, âgé de cinquante ans, entré le 22 janvier dernier, est également atteint d'ataxie, mais sans grandes crises gastriques ni laryngées. Ce qui avait attiré d'abord son attention, il y a au moins cinq ans, c'étaient des maux de tête extrêmement violents, presque continuels, au milieu desquels il s'aperçut qu'il voyait double. Puis vinrent les douleurs fulgurantes et les mouvements désordonnés. Les paupières tombent un peu, recouvrant l'œil à demi, et quand on en relève l'une avec le doigt, l'autre se ferme entièrement par une sorte d'action réflexe. La marche est encore possible sans canne, mais souvent les jambes fléchissent tout à coup, et cet homme perd l'équilibre. Les douleurs de tête sont moins violentes qu'au début, mais elles coexistent maintenant avec une sensation que le malade compare à un engourdissement : c'est, dit-il, comme si une calotte de plomb lui serrait le crâne. Souvent aussi sa poitrine lui semble comprimée comme dans une cuirasse. Il a encore des érections, mais pas de sensations voluptueuses durant le coït. Il nous a dit que la sensibilité était éteinte sur la plus grande partie de la surface des membres : et il parut d'abord qu'il en était ainsi. Pour voir qu'il ne s'agissait pas d'une anesthésie réelle et complète, il nous a fallu prolonger patiemment les excitations pendant quarante, cinquante et même soixante secondes, soit sur les bras, soit sur les jambes, soit sur les pieds. Le retard de soixante secondes n'est pas une limite extrême dans l'ataxie locomotrice.

En effet, il nous a fallu soixante-seize secondes de pincement pour éveiller une douleur au niveau d'une plaque anesthésique située vers le tiers supérieur de la jambe gauche, en avant, chez une ataxique de soixante et un ans, couchée depuis l'année dernière au n° 28 de la salle Monneret, dans le service de M. le professeur Damaschino, à l'hôpital Laennec. L'état de la sensibilité, exploré de proche en proche sur la surface des membres inférieurs de cette malade, présentait d'ailleurs de très grandes variabilités à courtes distances. Tandis que le retard dans la sensation était presque nul sur certains points, sur d'autres il se rapprochait de ce retard extrême de soixante-seize secondes que nous avons signalé plus haut.

A quinze jours de distance, nous réexaminâmes la même malade. La sensibilité immédiate avait alors reparu partout, la piqûre d'une épingle, le moindre pincement, le plus léger contact était perçu tout aussitôt sur ces mêmes points où précédemment il fallait plus d'une minute pour éveiller une impression quelconque. Et cependant l'état général de cette femme ne s'était nullement amélioré. Elle ne peut pas même se tenir debout. Depuis un an et demi elle ne peut plus marcher. Mais la mobilité des phénomènes est grande chez les ataxiques, non seulement du côté de la sensibilité, mais même du côté de la motricité. Cette malade en offre un exemple, car elle peut maintenant ouvrir les deux yeux, après avoir eu, pendant dix-huit mois, une paralysie de la paupière supérieure gauche.

Citons encore deux autres ataxiques qui, à quinze jours de distance, ne présentaient plus les mêmes phénomènes au point de vue de la sensibilité.

L'un est couché depuis le 27 avril au n° 5 de la salle Béhier, dans le service de M. le professeur Ball, à l'hôpital Laennec. C'est un voyageur de commerce, âgé de cinquante ans. Il a contracté, il y a vingt-cinq ans, une syphilis, qui depuis lors s'est manifestée à plusieurs reprises par des éruptions, etc. Il rentre donc bien dans la théorie de M. le professeur Fournier sur l'origine syphilitique de l'ataxie locomotrice. Depuis environ deux ans et demi, il a commencé à éprouver des douleurs fulgurantes dans les jambes et à faire souvent des faux pas. Depuis deux ans, il ne peut plus marcher. A notre premier examen, il ne sentait qu'après trois ou quatre secondes sur la face interne de la jambe gauche. Au second, bien que déclarant aller plus mal, il ne présentait plus aucun retard des sensations sur aucun point de la surface du corps.

L'autre, couché au n° 14 de la même salle, est un ancien chauffeur, âgé de quarante-huit ans, malade depuis quatre ans, et ne marchant plus depuis quelques semaines. Sur le bord externe du pied droit, lorsque nous explorâmes la sensibilité pour la première fois, il fallait de douze à quinze secondes pour la mettre en jeu. Sur la face externe de la jambe gauche, il fallait de quatre à cinq secondes. La seconde fois, au contraire, nous l'avons trouvée partout immédiate.

Nous avons dit que les retards de la sensibilité étaient très souvent confondus avec l'anesthésie complète, surtout quand ils étaient notables. Ils peuvent aussi passer inaperçus pour une cause contraire. En effet, chez quelques malades, le choc, la piqûre, le pincement très momentané, sont perçus après un retard de quelques secondes. L'impression met plus de temps pour arriver au centre conscient, mais elle y parvient en définitive, quelque passagère qu'ait été l'excitation. Il faut alors que le malade soit très observateur pour bien se rendre compte de ce retard dans une sensation qui est perçue en définitive.

Tel est le cas pour un ataxique, âgé de cinquante-deux ans, intelligent, instruit, entré le 29 juin dans le service de M. le professeur Damaschino, salle Bayle, n° 18. Le malade, qui depuis plus d'un an ne marche plus, et qui ressent parfois dans les jambes des crises de douleurs fulgurantes atroces, se prolongeant durant plusieurs heures, a remarqué que quand on le pince, quand on le pique, quand on le touche aux membres inférieurs, il le sent presque aussi bien qu'autrefois, mais après un retard de deux ou trois secondes.

Un autre ataxique, entré le 30 juin au n° 10 de la même salle, et qui, lui, peut encore marcher, a remarqué depuis longtemps, dit-il, que quand sa jambe heurtait un meuble, par exemple, il ne ressentait la douleur du coup que quelques secondes après le choc. En effet, on constate un retard de trois secondes pour la perception d'une piqûre faite sur la jambe gauche, et un retard de sept secondes pour la perception d'une piqûre faite sur le pied.

Nous n'avons voulu parler aujourd'hui que de la fréquence du phénomène, de sa mobilité et des causes d'erreur dans l'ataxie locomotrice.

Chez les ataxiques, l'anesthésie complète doit être excessivement rare, car nous ne l'avons pas encore rencontrée.

Ce que l'on prend pour de l'anesthésie n'est qu'un retard, le plus souvent minime, mais parfois aussi considérable, des perceptions sensitives. Cette anesthésie apparente, tantôt occupe des membres entiers, tantôt est limitée à des sortes de plaques plus ou moins étroites et disséminées.

Cette distribution n'a rien de fixe, de permanent, de définitif : tout peut changer à ce point de vue, dans l'espace de quelques jours ou de quelques heures, spontanément et beaucoup plus vite, sous l'influence de telle ou telle excitation du système nerveux.

C'est donc un phénomène passager, transitoire, où on l'a observé d'abord; nous verrons qu'il en est de même dans d'autres maladies, nombreuses, où il se rencontre également.

Pour l'étudier à fond, il resterait encore bien des points à examiner, notamment le réveil de la sensibilité à la suite d'excitations répétées. Mais cela n'a rien de particulier à l'ataxie locomotrice; et, avant d'aborder ce côté de la question de la sensibilité retardée, nous citerons dans une prochaine Revue ce que M. le docteur Legroux a publié sur ce sujet, à propos des hémiplégiques.

Les conférences de l'hôpital Saint-Louis. — Traitement de l'eczéma.

M. Guibout, dans sa dernière conférence, avait posé les bases, les préceptes et les principes généraux du traitement de l'*herpétis* considérée comme maladie constitutionnelle et diathésique; il avait affirmé la réalité, l'existence incontestable de la diathèse herpétique : il devait donc affirmer la nécessité, dans toutes les manifestations cutanées de cette diathèse, d'un traitement général toujours indispensable et pouvant seul, par ses effets modificateurs et dépuratifs, débarrasser l'économie du vice interne et profond dont les lésions de la peau ne sont que la traduction extérieure. Après avoir nettement défini ce que doit être le traitement interne ou antidiathésique, toujours indispensable, et sans lequel on ne peut obtenir aucun résultat curatif sérieux et durable, il aborde aujourd'hui le traitement local ou externe, c'est-à-dire le traitement des affectious de la peau, symptomatiques de la diathèse herpétique; mais il est bien entendu, dit M. Guibout, et il insiste sur ce point, il est bien entendu que ce traitement externe, le seul dont il va être question aujourd'hui, doit toujours être inséparable du traitement général.

La plus fréquente de toutes les *herpétides*, c'est l'eczéma; c'est aussi une des plus graves, sinon la plus grave de toutes. Commençons donc par l'eczéma, et voyons quel doit être le traitement externe à diriger contre cette affection si longue, si douloureuse, qui assiège tant de régions et revêt tant de formes différentes.

L'eczéma est une affection essentiellement inflammatoire; c'est une inflammation de la peau; par conséquent, dit M. Guibout, il ne faut l'attaquer que par des moyens essentiellement émollients et antiphlogistiques; il ne faut jamais employer contre lui, excepté dans sa forme chronique et à la période ultime de son évolution, une pommade quelconque, parce que les substances grasses, même dans les pommades les plus anodines, étant sujettes à une fermentation acide, deviennent alors irritantes. Par la même raison, les cataplasmes de farine de lin sont également mauvais. Il ne faut jamais prescrire des bains froids, alcalins ou sulfureux, qui, en irritant la peau, augmenteraient l'intensité de l'inflammation eczémateuse; il ne faut jamais envoyer les malades aux bains de mer, non plus qu'à des eaux minérales irritantes pour la peau, soit par leur haute température, soit par leur composition chimique, soit par leur haut degré de minéralisation. Ainsi les eaux sulfureuses sodiques de Cauterets, de Barèges, de Bagnères-de-Luchon, d'Aix en Savoie, sont très contre-indiquées. Il en est de même des eaux ferrugineuses carbonatées de Royat, des eaux sulfureuses chlorurées et sulfatées d'Uriage, de même des étuves de Plombières, de même encore des eaux très arsenicales de la Bourboule et des eaux de Louèche, très chargées de sulfates de chaux, de magnésie et de potasse. Donc presque toutes les eaux minérales sont dangereuses dans les cas d'eczéma. Les eaux de Saint-Gervais, sulfureuses, calciques, peu excitantes, sont au contraire utiles, mais quand déjà l'eczéma est entré dans sa période de déclin. Ce sont à peu près les seules eaux minérales que prescrit M. Guibout dans le traitement de l'eczéma subaigu. Dans la forme chronique, les eaux excitantes, ci-dessus indiquées, peuvent être prescrites avec avantage, mais avec précaution.

Le traitement de l'eczéma doit être essentiellement antiphlogistique et émollient : donc cataplasmes de fécule de pommes de terre bien cuits, réduits en gelée, bien bouillis, bien humides, appliqués presque froids et renouvelés trois fois en vingt-quatre heures; bains tièdes d'eau de son ou d'eau amidonnée, l'amidon ayant été cuit par avance, de manière à être comme dissous par l'eau et intimement incorporé à elle; lotions toujours tièdes, jamais froides; absence de toute irritation locale, de tout frottement, de

tout contact irritant, tel que celui des vêtements de laine ou du linge rude ou empesé, et cela jusqu'à l'extinction complète de tout caractère inflammatoire.

Après avoir posé cette règle générale du traitement de l'eczéma, M. Guibout établit ce que doit être le traitement : 1° relativement aux différents sièges de l'eczéma; 2° relativement à l'étendue plus ou moins grande des surfaces qu'il recouvre ; 3° relativement à ses formes aiguë ou chronique.

1° *Traitement de l'eczéma suivant ses différents sièges.* — Dans les régions chevelues, telles que les régions crânienne, axillaire, pubienne, la présence du cheveu est une cause d'aggravation de l'eczéma et, par conséquent, de prolongation de sa durée. Il fait l'office d'un corps étranger dont le contact irrite sans cesse les parties malades; de plus, en se collant les uns aux autres, les cheveux forment une sorte de feutrage qui empêche l'écoulement et l'exhalation au dehors des liquides sécrétés; et enfin, en s'interposant entre les parties malades et les cataplasmes, ils empêchent l'action émolliente et bienfaisante de ces derniers de se faire sentir sur les parties ulcérées et enflammées. Il est donc de précepte de couper les cheveux au ras des parties malades et de répéter cette opération aussi longtemps que durera la maladie.

A la face, l'application des cataplasmes est gênée par les ouvertures naturelles et par la nécessité de ne pas entraver leur action. Voilà pourquoi l'eczéma de la face, comme celui des régions chevelues, est toujours plus long et plus grave. Il faut couvrir la figure d'un véritable masque de fécule de pommes de terre ou de caoutchouc vulcanisé, en ne laissant que les ouvertures nécessaires pour les yeux, le nez et la bouche.

A la zone génitale, l'eczéma exige la position horizontale, l'immobilité, l'écartement des membres inférieurs, afin que les parties malades n'aient aucun contact entre elles et qu'elles soient dans un isolement réciproque complet. Cet isolement doit encore être réalisé par l'interposition des cataplasmes, quand l'eczéma siège aux mains et aux pieds, entre les doigts et les orteils.

Aux membres inférieurs, l'eczéma ne guérit jamais si les parties malades ne sont pas tenues horizontales et même un peu élevées, immobiles, sans aucune constriction ou ligature. Les malades doivent, par conséquent, garder le lit; ils ne doivent pas rester assis et les jambes pendantes ; car un eczéma ne guérit jamais et finit par désorganiser et altérer la peau si on a laissé les parties qui en sont atteintes dans la situation déclive, si on n'a pas eu le soin de tenir ces parties immobiles horizontales et même élevées.

2° *Traitement de l'eczéma relativement à l'étendue des surfaces qu'il affecte.* — Il est évident que si l'eczéma recouvre le tronc dans sa majeure partie et surtout le corps tout entier, les cataplasmes sont d'une application impossible. C'est alors qu'il faut recourir au caoutchouc vulcanisé appliqué directement sur les parties malades, les mettant à l'abri de tout contact irritant, les tenant à une température constante et comme dans un bain perpétuel, par le défaut d'évaporation de tous les liquides exhalés et retenus à la surface de la peau par l'imperméabilité du caoutchouc. On en fabrique des vêtements complets que l'on change toutes les vingt-quatre heures, en ayant soin de les laver à l'eau de son et de les laisser ensuite à l'air jusqu'au lendemain.

A défaut du caoutchouc, on peut badigeonner, plusieurs fois par jour, toutes les surfaces malades avec le liniment suivant que l'on étend en couches épaisses :

Huile d'amandes douces.	100 grammes.
Eau de chaux.	100 —

Et, après chaque badigeonnage, saupoudrer toute la surface badigeonnée de poudre d'amidon sans arome. Un grand bain d'eau de son ou amidonnée tiède doit être pris tous les jours ou seulement tous les deux ou trois jours.

3° *Traitement de l'eczéma relativement à ses formes aiguë ou chronique.* — Après avoir indiqué le traitement de l'eczéma dans sa forme aiguë, M. Guibout fait remarquer qu'il en est tout autrement pour la forme chronique qui épaissit, pachydermise la peau, lui enlève en quelque sorte sa vitalité. Des topiques excitants, irritants même, sont alors indiqués pour dépouiller la peau des sécrétions épidermiques épaisses qui la recouvrent et lui rendre ainsi sa vitalité. On obtiendra ce résultat par des bains de vapeur sulfureux, alcalins, par des badigeonnages à l'huile de cade, par des frictions au savon noir, par des lotions faites avec une solution de sublimé : 1 gramme de sublimé pour 500 grammes d'eau alcoolisée; ou bien encore par des pommades au soufre ou à l'acide borique, ainsi que par la pommade d'Helmerich ou par une pommade composée de :

Acide borique	10 grammes.
Vaseline	100 —

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juillet 1885. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Calculs enchatonnés de la vessie. — **M. Monod** fait un rapport sur une observation de M. Maréchal relative à un calcul enchatonné de la vessie, qui a présenté les plus grandes difficultés au point de vue du diagnostic et du traitement. Deux tailles périnéales pratiquées dans le but d'extraire ce calcul sont restées sans résultat. Ce ne fut que par la taille sus-pubienne que M. Maréchal arriva à pratiquer cette extraction. M. Monod rappelle avoir communiqué un cas analogue dans lequel il n'est également arrivé à extraire le calcul que par la taille hypogastrique. A ces deux faits il en ajoute un semblable de M. Pousson.

Voici, en résumé, l'observation de M. Maréchal. Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, prostatique depuis longtemps, chez lequel M. Maréchal avait introduit une sonde munie d'un conducteur. Celui-ci resta dans la vessie. Il fit une première taille périnéale dans le but de l'extraire et n'y parvint pas. Une seconde taille périnéale fut aussi infructueuse. Un an plus tard, il ouvrit la vessie par la taille hypogastrique et put dès lors s'expliquer les difficultés qu'il avait rencontrées : le calcul était immobile au fond de la vessie; à la surface se trouvait, sous forme d'anse, le conducteur qui y avait été perdu. M. Maréchal parvint alors à l'enlever avec le calcul. Les suites de l'opération furent très heureuses; après un mois, le malade était guéri. La prostate était tellement hypertrophiée qu'elle masquait le calcul et que les instruments introduits par l'urèthre passaient au-dessus sans l'atteindre. En outre, chez cet homme, le plancher périnéal était très épais, ce qui ajoutait encore aux difficultés de l'opération.

L'observation de M. Pousson a trait à un homme de soixante-trois ans, qui avait également un calcul logé sous la prostate. On fit une première taille hypogastrique ; il y eut une récidive. On fit une seconde taille hypogastrique et l'on vit que le calcul était enfermé dans une véritable loge qui en rendait la recherche et

l'extraction aussi difficiles que dans le cas de M. Maréchal. Le malade, une fois opéré, guérit très rapidement.

Ces faits, ajoute M. Monod, sont relativement rares. Guyon, Thompson, en ont à peine observé quelques cas. Cette complication n'a pas été suffisamment étudiée par les auteurs. M. Monod croit qu'il faut, dans ces cas, distinguer l'enchatonnement de l'enkystement et des simples adhérences. L'enchatonnement seul présente un réel intérêt. On l'observe habituellement chez des sujets atteints de troubles anciens des voies urinaires. Quant au mode d'intervention qui convient dans ces cas, M. Monod admet, avec M. Pousson, que la lithotritie ne doit pas même être tentée et que c'est à la taille seule qu'il faut avoir recours. La taille hypogastrique doit être préférée à toutes les autres; ainsi que M. Pousson l'a montré par un relevé statistique de tous les cas publiés, la taille périnéale échoue dans la grande majorité des cas. La taille hypogastrique permet seule de lever les difficultés spéciales qu'on rencontre dans ces cas. Elle n'est pas plus dangereuse et l'est même moins que les autres tailles. Elle constitue donc un procédé de choix. Mais, avant d'y recourir, il faut avoir fait le diagnostic de l'enchatonnement. M. Monod passe en revue les divers signes et les divers moyens d'exploration à l'aide desquels on peut arriver à ce diagnostic. Il insiste sur l'immobilité du calcul jointe à l'ancienneté des troubles urinaires.

M. DESPRÉS, relativement à l'observation de M. Maréchal, trouve qu'il s'agit là d'une erreur regrettable et que n'aurait pas dû commettre un chirurgien. Deux tailles périnéales pratiquées sans succès pour aller à la recherche d'une sonde, cela lui paraît étrange. Selon lui, M. Monod a improprement rapproché les calculs de la prostate des calculs enchatonnés. Il y a une distinction à faire entre ces deux variétés. Les calculs de la prostate sont faciles à reconnaître par le toucher rectal. Il rappelle en avoir ainsi reconnu un chez un malade de Sainte-Périne que M. Péan, qui lui a succédé dans cet hospice, a également diagnostiqué et opéré avec succès par la taille périnéale. Il a eu récemment l'occasion d'opérer aussi un calcul enchatonné. Il y a trois semaines, un malade lui est envoyé par un confrère de province. Il reconnaît chez ce malade la présence d'un calcul enchatonné. Il écrit au confrère qu'il ne faut pas faire la lithotritie mais bien la taille. Appelé, peu de jours après, auprès de ce malade pour pratiquer cette opération, il donne la préférence à la taille hypogastrique. Il repousse l'injection préalable et le ballon de Petersen. Il fait, sur la ligne médiane, une incision de 6 centimètres, sépare les muscles droits, arrive sur l'ouraque qui doit servir de point de repère ainsi que les deux veines vésicales; puis il ponctionne la vessie, obliquement, d'avant en arrière et de haut en bas. Il écarte l'orifice de la vessie avec les doigts et va à la recherche du calcul qu'il trouve immobile. Il agrandit alors l'incision vésicale, décolle la muqueuse de la vessie, qui entoure le calcul, finit par isoler celui-ci et l'attire au dehors. C'était un calcul mural avec prolongements, composé d'oxalate de chaux. C'est là un fait exceptionnel, une variété rare de calcul enchatonné. Il plaça un tube à drainage qu'il retira le cinquième jour et fit des pansements avec des cataplasmes. Le malade va aussi bien que possible et est en pleine voie de guérison. M. Després insiste, à ce sujet, sur la supériorité de la taille hypogastrique; c'est, selon lui, la meilleure de toutes les tailles.

M. POLAILLON cite un cas de calcul enchatonné dans lequel la taille hypogastrique n'a pas donné les bons résultats qu'on en obtient habituellement. Il s'agit d'un jeune homme de vingt et un ans qui portait un calcul depuis son enfance. Il essaie la lithotritie; il ne peut saisir le calcul. Le toucher rectal ne permet pas de sentir ce calcul qui paraît être fixé vers la partie postérieure du pubis. La taille hypogastrique avec les perfectionnements modernes lui paraît, dans ce cas, un procédé de choix. La vessie ne contient pas plus de 120 grammes de liquide; elle se contracte avec une grande énergie. Le malade étant endormi, on introduit le ballon de Petersen, on distend la vessie avec 100 grammes d'eau boriquée, on dilate le ballon de Petersen en y injectant 400 grammes de liquide. Toutes ces précautions prises, M. Polaillon incise sur la ligne médiane, et, après avoir disséqué le tissu cellulaire prévésical, rencontre une membrane vacillant au devant de la vessie; il se rapproche du pubis et continue à rencontrer cette membrane qui allait jusqu'au bord du pubis. Il la ponctionne et reconnaît avoir affaire au péritoine. Il fait un point de suture, prend les plus grandes précautions antiseptiques et n'eut pas d'accidents. Mais il avait entrepris une opération infructueuse. La taille hypogastrique était, dans ce cas, impossible.

M. RICHELOT croit que M. Després s'est trop avancé en disant que le diagnostic d'un calcul prostatique est toujours facile par le toucher rectal. Il cite un cas avec autopsie où le toucher rectal ne faisait rien sentir et où il s'agissait cependant d'un calcul prostatique très volumineux.

M. DESPRÉS dit qu'il y a eu d'autres faits semblables à celui de M. Polaillon, qui n'ont pas été publiés et qui auraient dû l'être avec la même honnêteté que M. Polaillon a mise à communiquer le sien. M. Després attribue cette circonstance de la rencontre du péritoine, dans ces cas, à l'emploi du ballon de Petersen.

M. TRÉLAT fait observer que c'est là une simple présomption de l'esprit chez M. Després qui n'a jamais employé le ballon de Petersen.

M. DESPRÉS rappelle avoir déjà formulé cette opinion il y a deux ans. C'est, dit-il, facile à comprendre.

Il préfère, quant à lui, avoir recours à une opération réglée, dans laquelle on se guide sur des points de repère anatomiques avec lesquels il n'est pas besoin d'adjuvants comme l'injection vésicale ou le ballon de Petersen. Il insiste sur l'importance de ces points de repère qu'il a déjà fait connaître : interstice des muscles droits ou quelquefois des pyramidaux, ouraque, veines ombilicales. Ce sont là des points de repère sûrs et certains.

M. POLAILLON croit, contrairement à M. Després, que s'il n'avait pas employé le ballon de Petersen, il aurait rencontré le péritoine encore plus bas. C'est là une disposition particulière, heureusement exceptionnelle, qui rend très difficile la taille hypogastrique.

M. MONOD répond à M. Després que le calcul extrait par M. Maréchal n'est sûrement pas prostatique, et cela pour deux raisons : la première, c'est qu'on y voit le moule de la prostate; la seconde, c'est que le calcul s'est développé autour de la sonde restée dans la vessie. M. Monod défend ensuite M. Maréchal contre les critiques trop sévères de M. Després. Ainsi que le montrent les dessins qui accompagnent la note de M. Maréchal, et ainsi que le prouve la disposition réciproque du calcul et du fil conducteur, il était évidemment impossible d'arriver à les atteindre avec des instruments introduits par l'urèthre. Enfin M. Monod défend l'emploi du ballon de Petersen qui, dans un nombre déjà très considérable de faits, a rendu de réels services.

Pansement antiseptique. — M. BÉDOIN lit une note sur un nouveau pansement antiseptique.

HONORARIAT

M. Verneuil, sur sa demande, est élu membre honoraire de la Société.

La séance est levée.

Séance du 22 juillet 1885. — Présidence de M. HORTELOUP.

COMMUNICATIONS

Abcès périnéaux. — M. PAUL RECLUS rend compte d'un mémoire lu, il y a quelques semaines, par M. Segond, sur les avantages de l'incision périnéale dans le traitement des suppurations prostatiques et périprostatiques.

Dans ce mémoire, fort consciencieux, M. Segond démontre d'abord, par l'analyse d'un très grand nombre d'observations, que l'incision classique, celle que l'on pratique sur la paroi antérieure de l'ampoule rectale pour l'ouverture des abcès de la prostate, est passible de quatre objections principales : 1° on ne peut appli-

quer dans cette région nos pansements nouveaux, et la plaie reste soumise à toutes les chances d'infection ; 2° l'ouverture est insuffisante et l'écoulement du pus se fait mal ; 3° on s'expose à ouvrir des vaisseaux importants, et des chirurgiens habiles ont provoqué des hémorrhagies inquiétantes ; 4° enfin l'abcès, ainsi ouvert dans le rectum, peut aussi s'ouvrir dans l'urèthre, et une fistule uréthro-rectale est créée, dont on sait l'incurabilité trop fréquente.

Par contre, et comme corollaire, M. Segond démontre, dans la seconde partie de son mémoire, que l'incision périnéale échappe à ces objections. Deux observations personnelles fort bien prises nous prouvent qu'un pansement antiseptique rigoureux a pu être appliqué sur la plaie ; le pus s'est écoulé librement par une large ouverture, et l'on n'a à redouter ni une hémorrhagie puisqu'on agit à ciel ouvert, que l'on incise couche par couche comme dans la taille prérectale de Nélaton, ni la production d'une fistule uréthro-rectale. Une fistule uréthro-périnéale pourra bien apparaître ; mais son pronostic n'a pas la gravité de celui de la fistule uréthro-rectale.

De ce parallèle découle une conclusion rigoureuse : on n'imitera pas la conduite des anciens chirurgiens qui n'ouvraient les collections prostatiques au niveau du périnée que lorsque la collection purulente se dirigeait spontanément de ce côté, après avoir traversé l'aponévrose moyenne ; toutes les fois que le pus ne se sera pas évacué par l'urèthre, on incisera délibérément le périnée ; cette opération sera l'opération de choix, et, grâce à elle, on évitera des inconvénients signalés dans la première partie de ce mémoire aussi court que substantiel.

Kystes congénitaux du cou. — M. MONOD fait un rapport sur une observation de M. Dubard (de Lille). Il s'agit d'une petite fille portant au cou une petite tumeur. M. Monod fit une ponction qui donna issue à du liquide visqueux ; il fit alors une injection avec le chlorure de zinc liquide. L'effet de cette cautérisation dépassa le but que se proposait M. Monod : il se fit une escarre considérable. Pourtant la plaie se cicatrisa, et après un mois l'enfant paraissait guéri. Moins d'un an après, il y eut une récidive. L'enfant, se trouvant alors à Lille, fut confiée aux soins de M. Dubard. Sur le conseil de M. Monod, M. Dubard pratiqua l'ablation complète de la tumeur. La dissection en fut assez difficile à cause de l'induration des tissus ; il y avait un prolongement jusque derrière l'os hyoïde. Peu de temps après, il y avait un commencement de récidive. Nouvelle ablation ; cette fois, guérison définitive et complète. L'examen histologique montra que le prolongement de la tumeur était canaliculé, mais que les deux parois de ce canal étaient complètement accolées l'une à l'autre, ce qui rendait impossible la pénétration jusqu'en ce point du liquide caustique injecté et ce qui expliquait l'insuccès de l'injection faite par M. Monod. Cette injection n'est donc pas applicable au traitement de ces kystes. L'examen histologique de la tumeur récidivée montra qu'il y avait des bourgeonnements épithéliaux s'étendant à une certaine distance et dépassant les limites de la poche kystique.

M. RECLUS a vu une jeune fille de Bordeaux atteinte d'un kyste analogue qui récidiva trois fois. M. Reclus, en pratiquant une troisième opération chez cette malade, constata que le stylet introduit dans une fistule de 1 centimètre et demi conduisait sur le bord supérieur du cartilage thyroïde.

M. BENJAMIN ANGER a préconisé les injections de chlorure de zinc pour les grenouillettes récentes, mais non pour les kystes congénitaux. Il a observé une jeune fille de dix-sept ans qui portait un kyste de ce genre. Croyant avoir affaire à une grenouillette, il fit une injection de chlorure de zinc ; il y eut une récidive. Il eut recours alors à la pâte de Canquoin : nouvelle récidive. Il fit enfin l'ouverture de la poche et sutura chacun des bords de la plaie de manière que la tumeur restât largement ouverte. La malade a très bien guéri.

M. TILLAUX fait observer que ces kystes congénitaux sont extrêmement difficiles à guérir. Nélaton conseillait de pratiquer, dans ces cas, l'ablation complète du trajet fistuleux. Il plaçait le point de départ de ces tumeurs dans les follicules épiglottiques. M. Tillaux ne partage pas son opinion ; il croit qu'elles sont dues à la persistance d'une des fentes branchiales. Il a opéré récemment, pour la seconde fois, une jeune fille qui portait une de ces tumeurs, et il craint déjà une seconde récidive.

M. POZZI, pour faciliter l'ablation complète de ces kystes, conseille d'y injecter préalablement un corps gras destiné à durcir la poche.

M. MONOD fait observer que cette injection aurait encore moins de chances de pénétrer dans toutes les parties de la tumeur qu'une injection de chlorure de zinc.

Tumeur du sein chez l'homme. — M. GILLETTE présente le moulage d'une tumeur du sein qu'il a récemment opérée chez un homme de soixante-quatre ans ; cette tumeur datait de six ans ; elle avait beaucoup grossi, s'était ulcérée et donnait lieu à de fréquentes hémorrhagies. L'opération ne présenta aucune difficulté ; il n'y avait pas de ganglions axillaires. La guérison fut rapide. Il s'agissait d'un carcinome. Ces tumeurs sont habituellement moins graves chez l'homme que chez la femme.

Laparotomie. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE communique deux cas dans lesquels il a pratiqué la laparotomie.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme qui portait une tumeur du flanc droit paraissant avoir le rein pour point de départ. Il fit une laparotomie exploratrice ; il trouva le rein gauche atrophié et, après quelques recherches, il constata la présence du rein droit. Il se mit alors en devoir d'enlever la tumeur qui était adhérente de toutes parts. Il s'agissait d'un kyste hydatique né dans le rebord du foie. Cette tumeur fut enlevée. La malade est au douzième jour et va aussi bien que possible.

Le second cas a trait à une femme qui lui fut adressée par M. Doléris. Cette malade souffrait beaucoup, avait des vomissements et portait une tumeur volumineuse dans le flanc droit. Il fit une ponction qui donna 1 litre de pus. Le malade rendait très peu de pus par l'urine. Il fit une laparotomie exploratrice sur la partie latérale du tronc. Ayant reconnu qu'il s'agissait d'une tumeur du rein, il referma le ventre. La malade, qui avait été opérée le 20 mai, fut guérie après onze jours. Le 13 juin, il pratiqua alors la néphrectomie par la voie lombaire. Il enleva le rein en totalité. Il n'y eut pas de suppuration ; la réunion se fit par première intention. La malade fut complètement guérie le vingt et unième jour.

Ces deux faits sont destinés à démontrer l'utilité, l'urgence même des incisions exploratrices dans certains cas.

Ablation de l'antitragus. — M. GUERMONPREZ (de Lille) fait une communication sur ce sujet.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

224. M. Saint-Agnès. Contribution à l'étude de l'étiologie de la luxation dans la coxalgie. — 225. M. Riboul. Contribution à l'étude du traitement du tétanos. — 226. M. Béraud. De l'occlusion intestinale. — 227. M. Arnaud. De l'hémiatrophie de la langue dans le tabes dorsal ataxique. — 228. M. Genestoux. Contribution à l'étude de l'urémie expérimentale. — 229. M. Martinelli. De la pleurésie interlobaire aiguë. — 230. M. Cornet. Contribution à l'étude des anévrysmes de l'artère pulmonaire. — 231. M. Rabion. Recueil d'observations de souffle extra-cardiaque. — 232. M. Fauchon. Contribution à l'étude du mal perforant..

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 juillet 1885, MM. les médecins de deuxième classe de la marine Dubut et Féraud ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Par décision ministérielle, en date du 21 juillet 1885, ont été désignés :

M. le médecin principal de deuxième classe Duchemin, pour l'emploi de médecin en chef des salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble;

M. le médecin-major de première classe Carayon, pour la prison militaire et la place de Lyon ;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bourdon, pour le 18e bataillon de chasseurs à pied; Kleinpetter, pour le 58e d'infanterie; Cazes, pour le 56e d'infanterie; Rouire, pour le 89e d'infanterie;

MM. les médecins aides-majors de première classe Toussaint, pour l'hôpital du Val-de-Grâce; Petit, pour l'hôpital Saint-Martin;

M. le médecin aide-major de deuxième classe Martin, pour l'hôpital de Barèges; M. le pharmacien aide-major de première classe Armandy, pour la réserve des médicaments de Marseille.

— Un buste du docteur Crevaux, le regretté voyageur mort victime des Tobas dans l'Amérique du Sud, vient d'être installé au milieu de la section américaine du Musée ethnographique du Trocadéro.

— Dans la séance publique annuelle de la Société d'ethnographie, une grande médaille d'argent a été décernée à M. le docteur Legrand, et une médaille de bronze à M. le docteur D. Brinton.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Ph. V. Collin, ancien interne des hôpitaux, décédé à Paris, à l'âge de cinquante-deux ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration . 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

De l'expertise médico-légale relative à la transmission de la syphilis d'un nourrisson à sa nourrice (1).

VI

Après vous avoir fait assister d'une façon générale à une expertise médico-légale sur un cas supposé de transmission de la syphilis d'un nourrisson à sa nourrice, je suis encore loin d'avoir tout dit de ce qui est relatif à cet important sujet, car il comporte des détails multiples et des variétés infinies. Cependant je dois me borner, car mon but n'est que de vous tracer à grands traits les principes généraux qui doivent présider à ces sortes d'enquêtes.

Toutefois le sujet serait trop incomplet si je ne signalais encore quelques-unes des particularités importantes ou usuelles qu'il peut comporter. Vous me permettrez donc de consacrer un dernier chapitre, avant d'aborder la question même du rapport, à ce qu'on pourrait appeler les difficultés, les surprises et les complications de l'expertise.

Les difficultés? Elles sont multiples et variables. A ne citer que l'une d'elles dont il faut que je vous prévienne, la plus commune de toutes, l'expert est souvent, très souvent empêché, arrêté dans ses conclusions, par ce fait qu'il arrive en retard. En maintes circonstances, on lui confie une affaire périmée. On lui confie le soin d'apprécier des accidents éteints, effacés, qui se sont produits il y a plusieurs mois, et cela, quand il se trouve en face des parties, il ne rencontre plus que des souvenirs, des allégations, des commémoratifs. Au lieu de symptômes actuels à constater, c'est tout un passé pathologique à reconstituer rétrospectivement, comme nature d'accidents et comme succession chronologique.

De là, naturellement, force obscurités, force incertitudes, et nécessité pour l'expert d'apporter dans ses appréciations une réserve corrélative.

Mais passons sur ce point qu'il suffira d'énoncer, et arrivons au chapitre que j'appellerai les surprises, les constatations inattendues, allant à l'encontre des résultats usuels ou à prévoir.

Comme exemples, citons d'abord les cas où l'expert ne trouve rien de syphilitique sur l'enfant.

Il a, je suppose, examiné une nourrice qui se plaint d'avoir contracté la syphilis d'un nourrisson, et il a dûment constaté l'existence de la syphilis sur cette femme. Il examine à son tour le nourrisson sur lequel il s'attend bien à découvrir aussi une syphilis comme origine de celle de la nourrice ; mais, pas du tout, il ne découvre rien ; il trouve l'enfant parfaitement sain. Qu'est-ce que cela veut dire?

Un dilemme ici s'impose : ou bien cet enfant est sain en réalité, exempt de toute syphilis ; ou bien il est en état de syphilis latente. Il a eu des accidents qui ont pu contagionner la nourrice, mais il n'en présente plus traces aujourd'hui. Voilà bien, n'est-il pas vrai, les deux seules hypothèses possibles dans l'espèce? Eh bien, comment résoudre ce dilemme?

Un seul moyen se présente, c'est d'examiner les parents du nourrisson. Donc il procède à cet examen, et alors deux résultats sont possibles : ou bien il trouve ces parents sains comme leur enfant ; ou bien il les trouve en état de syphilis.

Examinons le premier cas : Enfant sain et parents sains. La cause est entendue : de sujets sains ne peut dériver une contagion de syphilis. On ne donne pas ce qu'on n'a pas. Donc la syphilis de la nourrice ne dérive pas du nourrisson qu'elle a mis en cause. D'où dérive-t-elle alors, cette syphilis? Peu nous importe, ce n'est pas notre affaire. Mais il nous est impossible à nous, expert, d'établir un rapport entre cette syphilis de la nourrice et l'état de santé irréprochable constaté sur l'enfant et sur ses parents. Notre devoir est donc tout tracé : décharger la famille du nourrisson de toute responsabilité vis-à-vis de la nourrice.

Les cas de ce genre, où des accusations illégitimes ont été produites contre des nourrissons sains, issus de parents sains, ne sont pas absolument rares dans la pratique, soit que la nourrice, ayant gagné ailleurs la syphilis d'une façon inconsciente, la rapporte de bonne foi à son nourrisson, soit qu'elle essaie, en parfaite connaissance de cause, de ce qu'on pourrait appeler le chantage à la vérole.

Comme exemple de ce genre, j'ai observé, avec mon ancien camarade d'internat et ami le docteur Schloss, le fait suivant :

Il y a quelques années, une nourrice entre ici dans mes

(1) Fin. — Voir le numéro des 21 juillet 1885.

salles, affectée d'un chancre typique du sein, chancre flanqué de son adénopathie axillaire et bientôt suivi d'accidents secondaires. A sa sortie, elle me demande un certificat constatant les accidents pour lesquels je l'ai traitée. Munie de ce certificat, elle attaque en justice les parents de son nourrisson, les accusant de lui avoir confié un enfant qui lui a donné la vérole.

Tout aussitôt protestation des parents. « Nous n'avons pas la vérole et notre enfant ne l'a pas plus que nous, à moins qu'il ne l'ait gagné de sa nourrice. » Protestation non moins vive de leur médecin, le docteur Schloss, qui vient me trouver et me dit : « Je suis le médecin de cette famille, et de vieille date. J'ai assisté la femme dans plusieurs de ses couches, je connais leurs enfants, et jamais je n'ai constaté dans toute cette famille l'ombre de syphilis. »

J'examine alors le nourrisson : il est sain ! J'examine à leur tour le père et la mère ; tous les deux sont sains !

« Eh bien, leur dis-je après cet examen, ce n'est pas, sûrement, votre enfant qui a donné la syphilis à votre ancienne nourrice. Mais vous allez néanmoins paraître en justice. Donc défendez-vous ; ouvrez une enquête et cherchez comment cette femme a pu contracter une telle maladie au moment où elle nourrissait votre enfant. »

Ils cherchèrent, en effet, et de l'enquête qui fut ouverte il résulta ceci : que ladite nourrice allait tous les jours au petit square du Gymnase, rendez-vous habituel des bébés du quartier, *pour faire prendre l'air à l'enfant*, mais qu'arrivée là, elle s'empressait de confier l'enfant à telle ou telle nourrice de ses connaissances, pour aller passer une heure ou deux dans un cabaret voisin, cabaret mal famé auquel étaient annexés dans l'arrière-boutique des cabinets propices à la prostitution, et là, paraît-il, elle recevait nombre de clients et faisait d'excellentes recettes !

Dès lors tout s'expliquait, et s'expliquait assez bien pour que la nourrice, dès qu'elle eut connaissance des renseignements obtenus sur elle, abandonnât elle-même les poursuites judiciaires qu'elle avait intentées aux parents. Et trop heureuse fut-elle de ne pas être inquiétée à son tour.

Voyons maintenant le second cas : Vous n'avez rien découvert sur l'enfant, mais vous avez découvert sur les parents des symptômes ou des antécédents non douteux de syphilis.

Le cas devient alors des plus embarrassants, et c'est même l'un des plus épineux auxquels puisse aboutir l'expertise. Allez-vous dire : « La syphilis de la nourrice dérive du nourrisson puisque j'ai rencontré la syphilis sur les parents. » Mais vous n'avez rien trouvé sur l'enfant, et puis un enfant n'est pas sûrement syphilitique alors qu'il est né de parents syphilitiques. Êtes-vous plus autorisé à dire que la syphilis de la nourrice ne saurait en rien dériver de cet enfant? Mais si vous n'avez rien trouvé sur l'enfant, il reste toujours un point noir : la syphilis des parents. Et toujours le soupçon d'un accident syphilitique effacé, périmé, que vous n'aurez pas retrouvé chez l'enfant, pèserait sur une telle conclusion. De sorte que, en somme, vous êtes en face d'une question insoluble. Que faire? A mon sens, le mieux est *d'attendre* (1), de mettre l'enfant en observation pour un certain temps, un, deux, trois mois au besoin, et de l'examiner à diverses reprises, pour voir si vous ne trouvez rien sur lui. Puis, passé ce délai, si vous ne trouvez rien, exposez catégoriquement dans votre rapport que vous n'avez pu rien trouver de suspect sur l'enfant, tout en ayant trouvé des traces de syphilis sur ses parents. Mais ne dites rien de plus, ne concluez pas, ne cherchez pas à résoudre quand même un problème qui ne comporte pas de solution possible.

(1) La justice permet toujours d'attendre, car elle ne brille pas par un excès de rapidité dans ses opérations.

En résumé, il en sera de ces cas comme de tant d'autres, où l'expert, quelque habile et habitué qu'il soit à ces sortes d'affaires, ne peut cependant pas apporter la lumière au tribunal.

Enfin un dernier mot sur une complication de l'expertise. Vous savez par ce qui précède que l'expert est souvent amené à introduire dans l'enquête le mari et l'enfant ou les enfants de la nourrice. Qu'il les trouve sains, il s'en sert tout naturellement, et c'est son droit, comme arguments indirects de l'état d'intégrité de la nourrice avant l'époque où elle a donné le sein au nourrisson incriminé. Mais supposez qu'il les trouve malades, en état de syphilis. Forcément le voici conduit à rendre compte dans son rapport de ce qu'il a trouvé, et voici l'expertise compliquée d'un élément nouveau.

Or disons d'abord que cette complication se produit avec une certaine fréquence. Elle est relative surtout et presque exclusive aux nourrices de campagne qui emmènent chez elles le nourrisson étranger. Les choses, en effet, se passent de la façon suivante : La nourrice reçoit la syphilis de son nourrisson, mais, dès l'abord, la syphilis n'est pas reconnue et il arrive fréquemment que la nourrice transmet alors la syphilis soit à son mari dans les rapports conjugaux, soit à son enfant qu'elle a continué d'allaiter, soit même, cela s'est vu, à d'autres nourrissons auxquels elle a donné accidentellement le sein.

Ajoutons, en second lieu, que dans les cas où cette complication se produit, l'expert doit y apporter la plus grande attention et analyser avec un soin méticuleux les faits relatifs à cette syphilis du mari ou des enfants de la nourrice. Et pourquoi ? Parce que s'il négligeait cette partie de l'expertise, s'il se bornait purement et simplement à énoncer qu'il a découvert la syphilis chez le mari ou les enfants de la nourrice, l'avocat de la partie adverse ne manquerait pas de saisir ce défaut de la cuirasse et de dire :

« Mais vous voyez bien que c'est la nourrice qui a contagionné le nourrisson, car la syphilis était dans la famille de cette femme. Le père était syphilitique. On est donc mal venu à nous accuser d'avoir transmis la vérole à cette nourrice alors qu'elle l'a trouvée dans sa famille et qu'elle a dû par conséquent l'importer avec elle pour la transmettre à son nourrisson. »

En pareille occurrence qu'aurez-vous à faire? Ceci : établir un rapport chronologique entre la syphilis de la nourrice et celle de son mari ou de ses enfants. Tout est là ; ou si vous parvenez à établir que la syphilis du mari et de l'enfant est apparue postérieurement à celle de la nourrice, il résulte de là en toute évidence que ni l'une ni l'autre n'ont pu lui servir d'origine, et que, tout au contraire, elles ont pu l'une et l'autre en dériver.

En outre, ne négligez pas, en ce qui concerne l'enfant, d'établir que sa syphilis a reconnu comme origine un chancre, c'est-à-dire qu'elle est d'ordre acquis, ce qui exclut sur lui l'hypothèse d'une infection héréditaire issue de père ou de mère.

Telles sont les principales difficultés ou complications de l'enquête, difficultés et complications dont, en somme, il ne

faut pas trop s'effrayer, car, en réalité, elles ne se rencontrent que dans un nombre de cas très limité, et elles ne sont pas toujours de nature à constituer pour l'expert des embarras inextricables.

Pour en avoir terminé avec le sujet qui nous occupe, il ne me reste plus qu'à discuter avec vous la rédaction et les conclusions du rapport médico-légal.

Inutile de dire que ce rapport sera calqué sur tous les rapports médico-légaux, quel que soit l'objet. Il est plus inutile encore d'ajouter que, comme composition et conclusions, il variera nécessairement suivant les cas. Donc je n'entends en rien vous formuler ici une sorte de rapport modèle et bon à tout. Je ne puis et ne veux que prendre un type et en étudier avec vous la rédaction, pour vous montrer dans quel esprit et sous quelle forme un rapport de ce genre doit être conçu et rédigé.

Eh bien, supposons un cas typique où tout est net et parfaitement clair. Voici, d'une part, une nourrice qui a été infectée de syphilis par un enfant, et, d'autre part, un enfant affecté d'une syphilis héréditaire aussi manifeste que possible. L'affaire est allée en justice et vous avez été nommé expert. Vous avez examiné cette nourrice, ce nourrisson et ses parents au besoin. Vous avez consulté tous les documents de l'affaire, et les conclusions sont arrêtées dans votre esprit. Vous n'avez plus qu'à rédiger votre rapport. Quelle forme allez-vous lui donner? Je vous propose la suivante :

« Je soussigné, docteur en médecine de la Faculté de ***, demeurant à ...., commis par M. le président du tribunal à l'effet de .... (ici je copie textuellement le texte de la commission rogatoire qui vous a délégué comme expert, et je le copie entre guillemets); serment préalablement prêté, déclare avoir procédé à l'expertise médicale qui m'a été confiée, et, pour cela, avoir pris connaissance de tous les documents contenus au dossier, puis avoir successivement examiné la nourrice A..., son mari, son enfant et le nourrisson B...

Ces examens divers m'ont conduit à la constatation des faits suivants : .... (Vous entrez alors dans l'exposé de l'expertise, — première partie du rapport, — et vous avez soin de distribuer en autant de paragraphes différents les diverses opérations auxquelles vous vous êtes livré, à savoir, par exemple :

1° *Examen de la nourrice A...* — Commencez ici par placer un court résumé de la déclaration de cette femme : « Cette femme est âgée de .... Elle déclare avoir toujours joui d'une bonne santé. Elle s'est mariée à l'âge de .... Elle a eu tant d'enfants et à telles époques. Elle est accouchée pour la dernière fois le .... A telle date elle a reçu le nourrisson B... Elle a constaté sur cet enfant tels et tels symptômes, à telles et telles époques. Elle-même a commencé à présenter un bouton au sein à telle date, puis elle a présenté successivement tels ou tels autres accidents, pour lesquels elle a été traitée de telle ou telle façon. (Tout cela entre guillemets, car c'est une déclaration que vous reproduisez.)

« J'ai soumis cette femme à un examen complet, et j'ai constaté sur elle à telle date les symptômes suivants : » (Décrire alors ce que vous avez vu. Insister surtout sur le chancre mammaire, en préciser le siège, l'étendue, l'aspect; en signaler surtout les caractères propres à en attester la qualité chancreuse, c'est-à-dire l'induration. Décrire de même l'adénopathie axillaire. Dire les lésions secondaires que vous aurez pu rencontrer. Préciser que vous avez fait l'examen vulvaire, en donner les résultats. Et, au cas où vous auriez rencontré là quelques lésions secondaires, décrire minutieusement ces lésions, de façon à ne pas laisser de doute possible sur la qualité secondaire de ces lésions.)

2° *Examen du mari de la nourrice.*

3° *Examen de l'enfant ou des enfants de la nourrice.* — Dans chacun de ces deux chapitres, détailler les résultats négatifs de votre examen. Dire que vous n'avez rien trouvé bien qu'ayant inspecté telle, telle et telle régions.

4° *Examen du nourrisson.* — Décrire ici l'enfant comme aspect général, comme physionomie et degré de développement. Décrire les symptômes relevés sur lui : syphilides cutanées, muqueuses, et spécialement syphilides buccales et péri-buccales; coryza; état des ongles; gommes; lésions osseuses, etc. Spécifier surtout ce point négatif que nulle part vous n'avez trouvé d'accident primitif, et quoi que ce soit qui ressemble à un chancre.

Voilà le gros œuvre du rapport accompli, c'est-à-dire l'exposition; il reste maintenant à conclure, et ce n'est pas là la partie la moins difficile et la moins périlleuse du rapport, car il s'agit de ne rien dire de plus ni de moins que ce que contient cet exposé. Or, sachez-le de par l'expérience de vos devanciers, si vous ne l'avez déjà éprouvé par vous-même, rien n'est plus délicat que de trouver une formule générale, condensée, servant de conclusion à un ensemble de faits cliniques. Tel mot est excessif ou insuffisant; telle expression dépasse la mesure. On dit souvent plus ou moins qu'on voudrait dire, sans s'en rendre bien compte, et l'on ne se repent que trop tard d'un terme aventuré. Donc méfiez-vous, tenez-vous sur vos gardes, pesez vos paroles, et souvenez-vous surtout qu'en pareille matière, les plus habiles, les plus malins, ont souvent trouvé là un écueil où ils ont sombré.

Prévenu de la sorte, mettez-vous à l'œuvre. Pour plus de clarté dans vos conclusions, distribuez-les en autant de chapitres, de paragraphes, que vous aurez examiné de personnes, et dites ceci par exemple :

Des diverses constatations auxquelles je me suis livré, il résulte pour moi ceci :

a. En ce qui concerne la nourrice : 1° que la femme A... est affectée de syphilis; 2° que la syphilis dont est affectée la femme A... a dérivé, comme accident primitif, d'un chancre du sein; 3° que cette syphilis a dérivé exclusivement d'un chancre du sein, aucun vestige d'un chancre d'autre siège n'ayant été découvert sur cette femme; 4° (ajoutez au besoin et s'il y a lieu) que les lésions vulvaires dont elle est actuellement affectée sont des lésions consécutives, spontanées comme origine et n'impliquant en aucune façon le soupçon d'une contamination locale.

b. En ce qui concerne le mari de la nourrice : que cet homme est absolument indemne de tout accident de syphilis.

c. En ce qui concerne le dernier enfant ou les enfants de la nourrice : que cet enfant ou ces enfants sont absolument indemnes de tout accident syphilitique.

d. En ce qui concerne le nourrisson B... : 1° que cet enfant est manifestement affecté de syphilis; 2° que la syphilis dont il est affecté est manifestement d'ordre héréditaire, vu l'absence de chancre, vu telles ou telles particularités relevées au cours de l'enquête.

5° Enfin formez un dernier groupe de conclusions sur le chef suivant, — et c'est là le point capital — : « En ce qui

concerne la possibilité d'une transmission de syphilis de l'enfant B... à la nourrice A..., je suis conduit aux conclusions suivantes :

1° Que la femme A... était certainement indemne de syphilis avant l'époque où elle a reçu le nourrisson B..., ainsi que cela résulte des certificats médicaux insérés au dossier et de l'état d'intégrité de son enfant;

2° Que la première invasion de la syphilis sur la femme A... s'est faite à terme tel que l'origine de cette syphilis peut dériver d'une contagion transmise par le nourrisson B...;

3° Que l'accident initial de cette syphilis s'est produit au siège où a le plus de chances de s'exercer une contagion syphilitique de nourrisson à nourrice;

4° Qu'à l'époque où cet accident est apparu sur la nourrice A..., l'enfant se trouvait en pleine explosion de syphilis, c'est-à-dire dans un état essentiellement propre à transmettre une contagion syphilitique;

5° Qu'enfin et conséquemment il y a toutes raisons scientifiques, étant donné un tel ensemble de circonstances, pour considérer la transmission de la syphilis de l'enfant B... à la nourrice A..., comme un fait non seulement possible, non seulement probable en l'espèce, mais *presque* absolument démontré. »

Il serait superflu, ce me semble, d'ajouter un commentaire quelconque à chacune de ces conclusions, car toutes sont légitimes par l'essence même des choses. Je ne ferai d'exception que pour l'une d'elles, la dernière, celle qui les résume toutes, et de celle-ci je tiens à vous dire quelques mots en terminant.

Vous avez vu que, tout en concluant aussi formellement que possible en faveur de la nourrice contre le nourrisson, cette conclusion se tient cependant dans une formule quelque peu restrictive. Elle dit, en somme, ceci : que la contamination de la nourrice doit être considérée comme un fait possible, plus que possible, même probable, et plus même que probable, *presque absolument démontrée*. Mais elle ne dit pas : « Certainement oui, la nourrice A... a été contaminée par l'enfant B...; certainement oui, c'est l'enfant B... qui a transmis la syphilis à la nourrice A... » Et en cela, la formule que je vous propose diffère de celle qui termine nombre d'expertises de ce genre, où des experts, cependant très autorisés et que nul plus que moi ne respecte, se sont crus en droit d'émettre, — je dirai, moi, se sont laissé imprudemment entraîner à, — une affirmation plus précise, plus catégorique.

Dans certains rapports, par exemple (et je n'aurais que l'embarras du choix s'il me fallait citer des preuves), la conclusion terminale est celle-ci : « L'enfant B... a communiqué la syphilis dont il était atteint à la femme A... » Or, une conclusion de ce genre, je la condamne, je la réprouve, je la combats et la combattrai toujours de toutes mes forces, car elle est excessive, car elle dépasse ce que sait l'expert, ce qu'il peut déduire de ses observations.

En effet, prenons le cas le plus clair, le plus net, celui qui ne laissera de doutes à personne sur la transmission de la syphilis d'un enfant à une nourrice. Je dis que, même dans un cas de cet ordre, l'expert n'a jamais le droit d'aboutir à une conclusion catégorique et personnelle et de dire : « La syphilis de la nourrice A... dérive de l'enfant B... »

Pourquoi? Parce qu'il n'en a pas et ne peut en avoir la certitude absolue, mathématique. A-t-il donc vu la syphilis passer de l'enfant à la nourrice? A-t-il surpris sur le fait le germe contagieux, la bactérie syphilitique, sortant de l'enfant pour pénétrer dans la nourrice?

Donc, s'il ne l'a pas vu, il n'a pas le droit d'affirmer ce qu'il ne sait pas. En justice, on n'affirme que ce qu'on a vu ou entendu, que ce dont on est personnellement et absolument sûr, cent fois sûr, mille fois sûr. On affirme, par exemple, qu'on a vu M. X... donner un coup de poing à M. Y..., qu'on a entendu M. Z... tenir tel ou tel propos parce qu'on a conscience de ne pouvoir commettre d'erreur sur un fait matériel dont on a été témoin. Mais on ne saurait affirmer que la syphilis de Pierre dérive de celle de Paul, parce que c'est là un fait qui ne tombe pas sous les sens et dont l'authenticité n'est jamais absolument démontrable.

J'affirme, moi, que l'expert se compromet en se risquant dans une assertion qui dépasse la mesure de son observation. Et de cela, voulez-vous la preuve?

Que répondrait cet expert, si, à l'audience, il devenait démontré par une révélation quelconque que la nourrice A..., qui allaitait l'enfant B... dûment syphilitique et de qui elle affirme qu'elle a reçu la contagion, a donné aussi le sein accidentellement (comme cela se fait si souvent entre nourrices qui se prêtent ou échangent leurs nourrissons à charge de revanche) à un autre nourrisson C..., également infecté de syphilis? Comment saurait-il déterminer si la contagion syphilitique de cette nourrice lui est venue de l'enfant B... ou de l'enfant C..., puisque la contagion peut résulter des deux? Et que répondrait-il aussi s'il lui était démontré, comme dans un cas que j'ai cité précédemment, que la nourrice, en même temps qu'elle allaitait son nourrisson, se livrait à la prostitution dans l'arrière-boutique d'un cabaret?

Ce ne sont là, sans doute, que des éventualités, que des exceptions, dira-t-on; j'en conviens. Mais ce sont là des éventualités rigoureusement possibles, des exceptions réalisables. Donc il y a toujours lieu d'en tenir compte.

En tout cas, il n'est jamais besoin de dire plus qu'on ne sait, et il y a toujours avantage à s'en tenir aux conclusions inattaquables qui résultent des faits observés.

Donc, au lieu de dire en pareilles circonstances : « que la syphilis de la nourrice A... dérive certainement de l'enfant B..., » bornons-nous à la formule qui résume simplement les faits, et disons : « que la contamination de la nourrice par l'enfant, qui ressort de toutes les circonstances connues et relevées au dossier, réunit toutes les probabilités scientifiques ». D'autant plus que dire cela et de cette façon, c'est en dire assez pour établir la conviction du tribunal sans dépasser les limites des déductions scientifiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 juillet 1885. — Présidence de M. Vidal.

COMMUNICATIONS

Hystérie chez l'homme. — M. **TROISIER** présente de nouveau le malade qu'il a déjà montré à la Société dans la séance du 28 mars (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 299). Il s'agit d'un malade qui était atteint d'une monoplégie brachiale du côté droit consécutive à une chute sur l'épaule. Une discussion s'éleva sur la nature de cette monoplégie. M. Troisier avait d'abord pensé qu'il s'agissait d'une paralysie par névrite traumatique;

cependant, quatre mois après la chute, il n'y avait pas trace d'atrophie musculaire. En outre, on constata de l'hémianesthésie du même côté; les mouvements des doigts et de la main étaient conservés. Il ne s'agissait donc pas d'une névrite traumatique. Une lésion des circonvolutions ascendantes devait également être écartée. On ne pouvait admettre non plus une lésion de la capsule interne; il n'y avait pas d'ictus ni de phénomènes épileptiques. Par élimination, on arrivait donc à supposer une paralysie d'origine hystérique. C'était le diagnostic porté par M. Joffroy. M. Rendu le rejetait. M. Charcot, qui vit ce malade, n'hésita pas à le considérer comme hystérique et le présenta à sa clinique comme un type d'hystérie mâle. Au mois de mars, le bras était tout à fait inerte; maintenant les muscles de l'épaule sont restés seuls paralysés; l'avant-bras présente des mouvements de flexion, d'extension, de supination et de pronation. Il n'y a toujours pas d'atrophie; les réflexes sont conservés. Depuis sept mois, date du début, il n'y a pas de troubles trophiques. Ce n'est donc pas une paralysie par névrite traumatique ni de cause centrale. La contractilité persiste. Ce malade présente des plaques d'anesthésie enchevêtrées avec des plaques de sensibilité. Procédant à la recherche des stigmates hystériques, M. Troisier a constaté une hémianesthésie complète du côté droit, portant sur la peau, les muqueuses et les parties profondes, une diminution de l'ouïe du côté droit, l'absence de sensation gustative du même côté, la non-perception des odeurs à droite également; il n'y a pas d'amblyopie, mais il y a un rétrécissement du champ visuel, et M. Parinaud a constaté de la polyopie monoculaire et de la micropsie des deux yeux. Il y a, en outre, toujours du même côté, la perte de notion de poids, la perte de sens musculaire. M. Troisier conclut donc à une paralysie hystérique. La mère de ce malade était hystéro-épileptique, sa sœur hystérique, son père un buveur d'absinthe. Donc ce malade est hystérique. Il n'est pas hypnotisable.

M. JOFFROY présente un malade âgé de dix-huit ans, hémianesthésique du côté droit, aussi bien des sens que de la sensibilité générale. Ce jeune homme fit une chute sur l'épaule le 24 mars. Le 25 juin, il présentait une monoplégie brachiale absolue. Il fut traité par les aimants. M. Charcot trouva chez lui tous les signes de l'hystérie. Il a des points hystériques dont la pression détermine de grandes attaques d'hystérie avec délire, convulsions des plus violentes, etc. Après l'une de ces attaques, la monoplégie a complètement disparu. M. Charcot lui enjoint de ne plus remuer; il devient de nouveau monoplégique. Une seconde tentative de ce genre reste sans résultat. Une nouvelle attaque ramène la paralysie. Il présente tous les autres signes de l'hystérie : anesthésie profonde, perte du sens musculaire, etc. Le diagnostic d'hystérie s'impose. Mais M. Joffroy démontre que l'examen seul de la monoplégie conduisait à ce diagnostic, en se basant sur la disposition particulière de la paralysie. Il passe en revue les différents troubles paralytiques résultant de la contusion de l'épaule, fait la topographie de la paralysie dans les cas de contusion de l'épaule et dans les cas d'hystérie et s'applique à démontrer que le diagnostic de l'hystérie peut être porté par l'examen seul de la monoplégie.

M. DEBOVE fait observer que, malgré les signes différentiels si bien décrits par M. Joffroy, il est des cas où le diagnostic devient très difficile. Il cite l'exemple d'un malade pris subitement de monoplégie supérieure droite et qui ne présentait aucun signe d'hystérie. Par suggestion, il fit disparaître cette monoplégie. Ce malade, s'étant donné un coup de marteau sur la lèvre supérieure, fut aussitôt après atteint d'une aphonie présentant tous les caractères de l'aphonie hystérique. Il s'agit donc là d'un cas d'hystérie fruste chez l'homme.

Paludisme. — **M. LAVERAN** lit un travail sur le microbe du paludisme. Il signale des faits de transmissibilité du paludisme par injection intra-veineuse de sang paludique contenant des filaments mobiles.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

L

9 janvier 1814. — Une grande partie des services administratifs de l'armée, de même que les officiers de santé qui ne sont pas nécessaires dans la place de Barcelone, reçoivent l'ordre de partir pour Girone où le quartier général va, dit-on, s'établir; je suis désigné pour faire partie du convoi.

11 janvier. — Après la nuit, passée au village de Saint-André, on pénètre dans une sorte de vallée ou de gorge dont la direction traverse la chaîne qui abrite Barcelone du nord; on rencontre la rive gauche du Besos et le canal qui est alimenté par ce ruisseau.

Les montagnes sont couvertes de vignobles jusqu'à leurs sommets, et, après une heure et demie de marche, on arrive au village ruiné de Moncada. Dans ce village, il n'y a pas d'autres habitants que les soldats d'un bataillon français, qui occupent la position pour protéger les convois. Une vieille tour où nous avons établi un télégraphe remplace le château fort que Gaston de Béarn, seigneur de Moncada, bâtit en 1256. Au delà de Moncada, nous entrons dans un pays d'une physionomie toute différente de la plaine maritime. Le ciel, la terre, l'air, la température, la végétation, semblent appartenir à une autre zone. L'olivier, l'oranger, le caroubier, ont disparu; il en est de même de l'agave qui se montrait encore à Moncada. Le *pin à pignons* couvre de ses cimes en parasol les montagnes et les espaces sablonneux de la plaine; le *chêne vert* et l'*ajonc* l'accompagnent. Des *peupliers blancs* très nombreux et dont le tronc est souvent revêtu de lierre indiquent un sol humide.

Le *vergne*, les *saules*, le *roseau*, le *sparganium*, la *massette*, le *cresson*, peuplent les marécages. Les montagnes plus ou moins élevées, qui de tous côtés bornent l'horizon, retiennent vers leurs sommets les nuages amoncelés; l'atmosphère est très humide; des nuées de corbeaux voraces et criards nous rappellent les frimas que, depuis six ans, nous avions à peu près oubliés. Jusqu'à Granullers, c'est-à-dire sur un parcours de trois lieues, on voyage en plaine; on aperçoit d'abord sur la gauche et pendant peu de temps le fameux Montserrat, déjà contemplé de Villafranca; halte au village misérable de Monmalo. Le duc et la duchesse qui se rendaient de Girone à Barcelone y étaient attendus par un nombreux et brillant cortège; cette rencontre valut à mon chef et ami M. Rampont et à moi un contre-ordre de contre-marche que nous ne pûmes exécuter ce jour-là parce que nos bagages étaient déjà dirigés sur Granullers.

12 janvier. — Le défaut d'escorte nous oblige à séjourner dans ce grand village, qui a été bouleversé par les pillages répétés de nos troupes, situé dans une large vallée fertile en blé. Les paysans labourent la terre soit avec des fourches moins longues que celles du Guipuscoa, soit avec des pelles de fer; la charrue y est rarement employée, peut-être parce que la présence de nos soldats a occasionné la rareté des bestiaux. Le général espagnol Palafox, qui, depuis la reddition de Saragosse, était prisonnier en France, passa hier, chargé d'une mission auprès de la junte; il y a quelques jours, le duc de San Carlos passa aussi avec une mission semblable.

16 janvier. — A la pointe du jour, l'ennemi, fort de 15000 hommes, attaque inopinément notre ligne de Llobrégat qui ne pouvait lui opposer que 6000 combattants; nos avant-postes furent obligés de se replier, à l'exception de la petite garnison du pont de Molinos; l'ennemi se présenta sur l'une et l'autre rive; la fusillade et la canonnade ne discontinuèrent pas jusqu'à quatre heures de l'après-midi. On espérait attirer les Espagnols dans la plaine; mais ils se retirèrent dans la soirée. Le commandant Bugeaud qui s'est vigoureusement battu dans cette affaire et qui a fait

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 juillet 1885.

beaucoup de mal à l'ennemi, m'assure que les Espagnols ont eu 400 hommes hors de combat et nous 160. Le soir même, nos troupes reprirent les positions de la veille. On ne comprend pas quel a été le motif de cette attaque si brusque.

18 janvier. — Un chef de bataillon espagnol nommé Banalen, adjoint depuis peu de temps à l'état-major de notre armée par ordre ministériel et sur la recommandation spéciale du roi Joseph auprès duquel il avait servi pendant quatre ans, a passé aujourd'hui à l'ennemi. Cette désertion s'est accompagnée de ciconstances qui, heureusement, n'ont pas eu les conséquences fâcheuses qu'elles auraient pu entraîner. Cet officier, parvenu à contrefaire la signature du chef d'état-major et à s'emparer des sceaux, s'était fabriqué un ordre précis d'après lequel il était autorisé à prendre à Granullers 200 cuirassiers pour l'escorter comme parlementaire auprès du général Capous. Les cuirassiers, avec la gravité propre à cette arme, prenaient leurs dispositions pour monter à cheval; mais l'Espagnol, impatient de voir son projet exécuté et craignant de le voir échouer, se décida à partir au trot avec trois hussards; il comptait que les cuirassiers ne tarderaient pas à le suivre; son empressement parut suspect, on découvrit sa trahison : les cuirassiers, qui s'étaient déjà mis en route, reçurent l'ordre de rétrograder.

20 janvier. — Notre armée, affaiblie depuis peu par le départ des troupes italiennes et par le désarmement des confédérés, reçoit l'ordre de fournir à l'armée de Lyon 10000 hommes d'infanterie et trois régiments de cavalerie.

28 janvier. — La température est si douce à Barcelone que j'ai cueilli récemment dans le jardin de ma maison plusieurs roses épanouies bien parfumées; sur la table de notre restaurant, on sert déjà des petits pois verts.

30 janvier. — A dix heures du soir, nous recevons un ordre définitif de départ pour demain matin.

Malgré la pénurie d'hommes où se trouve notre malheureuse patrie, malgré la présence sur notre territoire des armées ennemies dont l'invasion fait des progrès effrayants, une garnison de 6000 hommes, sous les ordres du général de division Habert, est destinée à rester dans la place de Barcelone.

31 janvier. — Nous partons pour Girone; toute l'armée fait mouvement dans la même direction. A Monmalo, nous prenons sur la droite le chemin de Laroca que ses habitants ont abandonné à notre approche et où nous passons la nuit. Les forêts de *pins à pignons* couvrent les montagnes; le *vergère*, le *peuplier blanc*, les *saules* peuplent les marais.

1er février. — On suit des bas-fonds, puis un endroit appelé *Los Treinta Pasos* à cause du grand nombre de fois que l'on franchit les ruisseaux et l'on fait halte à San Saloni, grand et laid village situé à une lieue de la base de l'une des plus hautes montagnes de la Catalogne, connue sous le nom de Monseign (*mons Signi*). De San Saloni, nous allâmes à Hostalrich où les Français battirent les Espagnols commandés par le général O'Donnel, en 1810. Il y a un fort inexpugnable occupé par 400 hommes approvisionnés pour un an.

2 février. — De Hostalrich à Girone, la distance est de six lieues; on traverse des marais, des ruisseaux, des forêts de pins et de liège, quelques hameaux abandonnés, et on entre dans la plaine de Girone.

27 février. — On apprend que l'ennemi s'est emparé par ruse des places et des garnisons de Lérida, Mequinenza et Mouzon; voici le récit que je tiens d'officiers non combattants qui ont été rendus et qui sont arrivés à Girone. Le 19 février, le chef de bataillon espagnol qui, un mois auparavant, avait déserté de notre état-major, se présenta devant Lérida avec des parlementaires, se disant chargé d'une mission importante par le duc d'Albuféra; il exhiba de prétendues lettres de notre maréchal et un traité fait entre celui-ci et le général Capous. D'après ces documents, la place de Lérida devait être évacuée et la garnison mise en route pour France avec armes et bagages. Ces pièces, dont chaque ligne démentait et la langue française et le style du maréchal, étaient revêtues des sceaux et des signatures bien imitées de notre état-major, ce qui en imposa malheureusement au général chargé de la défense de la place; plusieurs officiers de la garnison pressentirent, dit-on, cette ruse; quelques-uns firent part de leurs doutes à leurs chefs, mais le commandement supérieur ne crut pas à la possibilité d'une fraude. Le lendemain, les 2000 hommes qui formaient les garnisons de Lérida et de Mequinenza prirent la route de Barcelone, emmenant quatre pièces d'artillerie. A trois lieues de ces deux places, notre colonne fut subitement enveloppée par des troupes anglo-espagnoles en nombre bien supérieur; nos malheureux soldats subirent l'humiliation de déposer leurs armes sans avoir brûlé une amorce et restèrent prisonniers. On assure qu'avant de tenter le coup sur ces places fortes, l'ennemi avait cherché à séduire de la même manière le général Robert qui commandait à Tortose; mais le général soupçonna le piège et sauva l'honneur de sa troupe.

MINISTÈRE DE LA MARINE ET DES COLONIES

Concours pour l'admission dans le corps de santé de la marine.

En exécution des décrets concernant le corps de santé de la marine, un concours s'ouvrira successivement dans les écoles de médecine navale de Rochefort, Toulon et Brest, à partir du 1er septembre 1885, dans le but de pourvoir à vingt-huit emplois d'aide-médecin et à un emploi d'aide-pharmacien.

Nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-médecin: 1° s'il n'est Français ou naturalisé Français; 2° s'il n'est âgé de dix-huit ans au moins ou de vingt-trois au plus, accomplis au 31 décembre de l'année du concours; 3° s'il n'est reconnu propre au service de la marine, après constatation faite par le conseil de santé; 4° s'il ne justifie de deux années d'études dans une école de médecine navale, dans une Faculté ou dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie; dans ces deux derniers cas, le candidat devra établir son temps d'études en produisant ses inscriptions; 5° s'il n'est pourvu des titres universitaires exigés, dans les Facultés, des candidats qui se présentent aux examens du doctorat; 6° s'il ne prouve qu'il a satisfait à la loi du recrutement, dans le cas où il aurait été appelé au service militaire en vertu de cette loi.

Nul n'est admis à concourir pour le grade d'aide-pharmacien : s'il n'est pourvu des titres universitaires exigés, dans les écoles supérieures de pharmacie, des candidats qui se présentent aux examens de pharmacien de première classe, et s'il ne réunit pas d'ailleurs toutes les conditions requises des étudiants qui concourent pour le grade d'aide-médecin.

Il est établi, au secrétariat du conseil de santé de Brest, de Rochefort et de Toulon, un registre pour l'inscription des candidats. Ce registre est clos vingt-quatre heures avant l'ouverture du concours.

Au moment de l'inscription, le candidat dépose les pièces constatant qu'il remplit les conditions pour l'admission au concours. Il présente, en outre, les titres qui peuvent militer en sa faveur. Ces pièces sont rendues après les opérations du concours.

La circulaire ministérielle du 12 mai 1881 a fixé comme il suit les matières du concours pour le grade d'aide-médecin et le grade d'aide-pharmacien.

Pour le grade d'aide-médecin. — Premier examen (verbal). — Première partie : anatomie descriptive, ostéologie, syndesmologie, myologie, angéiologie (artères, veines), névrologie des membres, position absolue et relative des viscères. — Deuxième partie : préparation d'une pièce anatomique.

Deuxième examen (verbal). — Éléments de pathologie interne et de séméiotique.

Troisième examen (verbal). — Chirurgie élémentaire (théorie et pratique).

Quatrième examen (écrit). — Pharmacologie, pharmacie élémentaire, posologie.

Pour le grade d'aide-pharmacien. — Premier examen (verbal). — Première partie : éléments d'histoire naturelle médicale. — Deuxième partie : détermination de plusieurs médicaments d'origine organique.

Deuxième examen (verbal). — Première partie : éléments de physique, description d'un ou de plusieurs médicaments. — Deuxième partie : une préparation pharmaceutique au laboratoire.

Troisième examen (verbal). — Première partie : éléments de chimie. — Deuxième partie : manipulation chimique au laboratoire.

Quatrième examen (écrit). — Pharmacie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 juillet 1885, M. Du Mouza, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 25 juillet 1885, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Vintras, commissaire de l'Exposition internationale d'hygiène et d'éducation de Londres, en 1884.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Miquel, chef du service micrographique à l'observatoire de Montsouris; M. le docteur Peyron, directeur de l'Assistance publique.

— Par arrêté ministériel, en date des 9, 11 et 14 juillet 1885, ont été nommés officiers d'Académie :

MM. les docteurs Thomas, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, et Job, président de la Société de gymnastique « la Lorraine » de Lunéville. — M. Croutelle, pharmacien à Mantes.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 juillet 1885, M. le docteur Dupuy, professeur à l'Association philotechnique de Saint-Denis, a été nommé officier de l'instruction publique.

— Le Conseil supérieur de l'instruction publique a, dans sa séance d'avant-hier samedi, voté la création d'une conférence préparatoire à l'entrée des diverses Facultés de France.

— Nous apprenons avec plaisir que les *Vacances d'un médecin* de notre collaborateur et ami M. le docteur Guibout ont été, dans la séance de jeudi dernier de l'Académie française, présentées pour l'un des prix Montyon.

— Le nom de notre regretté confrère le docteur Thuillier, mort du choléra à Alexandrie, victime de son dévouement à la science, va être inscrit sur la plaque de marbre noir du musée d'anthropologie.

Cette plaque porte déjà, gravées en lettres d'or, les inscriptions suivantes :

A la mémoire des élèves du laboratoire d'anthropologie naturelle morts pour la science :

MM. Charles Dallet, mort au Tonkin, le 25 avril 1878;

Alexandre Debaize, mort à Oudjiji (Afrique équatoriale), le 12 décembre 1879.

Robert Guiard, massacré par les Touaregs-Ahaggar, à Bir-el-Charama, le 16 février 1881.

Jules Crevaux et Louis Billet, massacrés par les Indiens Tobas, à Teyo-Pilcomayo, le 27 avril 1882.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18148.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration, 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE... 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La contagion de la lèpre est encore discutée, bien que les anticontagionnistes perdent du terrain chaque jour. Naguère ils dominaient en France à un tel point que leur opinion faisait loi et ne rencontrait pas de contradicteur. Mais, depuis quelques années, les choses ont bien changé; les preuves de la contagion de cette affreuse maladie se sont multipliées de toutes parts, et elles sont devenues tellement évidentes que la vieille doctrine française ne compte plus guère de partisans parmi les médecins spécialistes. Hillairet lui-même, qui l'avait longtemps et chaudement défendue, l'avait complètement abandonnée vers la fin de sa vie.

M. Vidal a publié dernièrement un travail remarquable où il réclame le rétablissement des mesures sanitaires dont l'application rigoureuse dans le moyen âge et jusqu'à la Renaissance a fini par faire disparaître absolument la lèpre de nos contrées, où elle s'était implantée par contagion durant les croisades. M. Vidal montrait comment, en l'absence de ces précautions, l'arrivée d'un lépreux chinois avait suffi pour infecter les îles Sandwich, dont en moins de vingt ans plus du dixième de la population était devenu victime de cette contagion; comment l'arrivée d'un lépreux de Norvège avait eu le même résultat en Amérique dans le New-Brunswick; comment, en France même, on voit naître des cas de lèpre de plus en plus nombreux et qui ne peuvent bien s'expliquer que par la contagion.

M. Constantin Paul a pris l'occasion d'un mémoire de M. le docteur Zambaco sur la lèpre de Constantinople pour combattre, dans son rapport, les conclusions de M. Vidal.

Suivant lui, la lèpre ne serait à aucun degré héréditaire et ne serait pas contagieuse, ou du moins le serait si peu qu'il n'y aurait pas à s'en occuper. Les causes en seraient des causes banales, la malpropreté, la misère. Le traitement, soit curatif, soit préventif, consisterait surtout en une bonne hygiène. Les précautions, bien insuffisantes, que l'on prend encore aujourd'hui dans certaines parties de l'Orient seraient des mesures surannées qui n'auraient pas de raison d'être. Telles étaient les idées régnantes lorsque nous faisions nos études : et M. Constantin Paul les défend encore aujourd'hui, avec conviction, à l'aide des mêmes arguments au moyen desquels on a défendu l'idée de la non-contagion du choléra et de la peste.

Il est des personnes qui se sont trouvées en contact avec les lépreux pendant longtemps sans contracter la lèpre. Nous l'admettons. Mais, pour le choléra, en Égypte, ne nous sommes-nous pas enveloppé nous-même, sans contracter la maladie, à nu, pendant toute une nuit, dans une couverture dont nous avions entouré d'abord une cholérique, qui y était morte? Et cependant nous avons cru à la contagion du choléra. C'est que toutes les preuves négatives ne peuvent rien contre les preuves positives. Or, pour la lèpre, ces preuves positives abondent. Quand des missionnaires français bien portants arrivent dans l'extrême Orient, et s'établissant dans des villages où les lépreux vaguent en liberté, y contractent bientôt la lèpre, puis reviennent en France mourir de cette maladie, la contagion peut-elle être douteuse? Peut-elle l'être aussi dans le cas de ce capitaine de cabotage dans les mers de Chine, dont nous avons déjà rapporté l'observation, et qui, ayant tenu la barre du gouvernail après un timonier lépreux (d'une lèpre tuberculeuse ulcérée sur les mains), se vit pris lui-même, quelque temps après, de lèpre, d'abord sur les mains?

M. Vidal eût demandé la parole sur le rapport de M. Constantin Paul, si le nombre des académiciens alors présents à la séance eût dépassé trois. Il était d'ailleurs cinq heures un quart.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

Épithélioma de la langue.

J'ai en ce moment deux malades atteints de cancer épithélial de la langue ; je vais vous en entretenir aujourd'hui.

Le premier est un cultivateur du département de l'Oise. Il est âgé de cinquante ans environ. Son grand-père serait mort, si nous en croyons ses dires, d'un cancer de l'œil. Quant à lui, il ne présente comme antécédents morbides personnels qu'un érysipèle en 1875.

Grand fumeur d'habitude, il fume la pipe, et surtout ce qu'on appelle vulgairement un brûle-gueule ; mais, fait particulier, la lésion épithéliale de la langue siège à droite tandis qu'il a l'habitude de tenir le bout de sa pipe dans la commissure gauche des lèvres.

Quoi qu'il en soit, le début des accidents remonte seulement à trois mois, commençant par une sorte de gène dans

les mouvements de la langue. Depuis six semaines il se mord assez fréquemment la langue; de là, dit-il, des cuissons, quelques douleurs, une gêne plus grande. Enfin, il y a trois semaines, la langue est devenue plus rouge et on apercevait une petite plaie superficielle. C'est dans ces conditions que, trois jours plus tard, il venait à la consultation nous demander de le faire entrer dans nos salles. Nous l'avons reçu immédiatement après avoir reconnu la nature du mal dont il était atteint.

On trouvait en effet sur le bord droit de la langue et surtout au-dessous de lui une ulcération superficielle, rouge, ayant l'aspect d'une petite plaie en voie de cicatrisation. La langue au même niveau est ferme, indurée. La lésion siège à quelque distance en avant du pilier antérieur de l'isthme du gosier et descend au-dessous de la langue très près de la ligne médiane. Elle nous montre ainsi qu'elle appartient beaucoup plus au plancher de la bouche qu'à la langue elle-même. Cependant elle ne fait pas corps avec le maxillaire inférieur. Les parties malades sont restées mobiles et nettement séparées de l'os.

En résumé, donc, il s'agit d'une tumeur du bord latéral droit de la langue, et surtout du plancher de la bouche. Nous n'avons trouvé aucun ganglion sus-claviculaire ni carotidien, mais en arrière de la glande sous-maxillaire et en avant de la région carotidienne, nous avons rencontré un petit ganglion, ferme, assez volumineux et comme induré.

Ainsi voilà une affection qui s'est rapidement développée en trois mois, donnant lieu seulement à des douleurs très modérées, n'altérant point l'état général qui jusqu'à ce jour est resté bon, enfin caractérisée par un ulcère plat, superficiel, dur, ayant plutôt les apparences d'un squirrhe ulcéré que celles de certaines tumeurs cancéreuses à anfractuosités profondes.

Notre second malade est un homme de cinquante-sept ans, intelligent et également bien conservé. Il ne présente aucun antécédent personnel ou héréditaire.

En 1879, il consulte, pour certains accidents de la bouche et de la langue, son médecin, M. Féréol, qui l'adresse immédiatement à son confrère de l'hôpital Saint-Louis, M. Besnier. Celui-ci constate l'existence d'une de ces affections à laquelle on a donné le nom soit de psoriasis buccal, soit d'épithélioma superficiel, soit encore de stomatite épithéliale chronique. M. Besnier le traite immédiatement par l'acide pyrogallique et les cautérisations avec le nitrate acide de mercure, et lui prescrit l'iodoforme à l'intérieur. Sous l'influence de ce traitement, cet homme, dès 1880, se considère comme guéri. Pendant quatre ans il va bien, aucun phénomène morbide ne reparaît.

Mais il y a deux mois il commence à souffrir sur le côté gauche de la langue; puis la présence de plaques de leucoplasie buccale rend douloureuse et par suite difficile l'ouverture, dans ses dimensions normales, de la bouche. On peut néanmoins apercevoir le bord gauche de la langue tuméfié, ulcéré. Ici l'ulcération n'est pas plate comme chez le précédent malade; mais elle est excavée, irrégulière, et son fond est comme formé de détritus prêts à se détacher. L'ulcération descend un peu sous le bord de la langue, mais elle n'atteint pas le plancher de la bouche.

En somme, nous avons affaire ici à un ulcère mou, avec détritus épithéliaux, dans les anfractuosités duquel le doigt s'enfonce avec la plus grande facilité. Nous trouvons, de plus, un petit ganglion dans la partie antérieure de la région carotidienne, et un autre ganglion médian situé en arrière des apophyses géni. Quant à la marche du mal, elle a eu ici les mêmes allures rapides que chez le précédent malade.

Bref, chez le premier, la maladie a débuté dans le plancher de la bouche et elle affecte la forme de l'épithélioma dur et lisse; chez le second malade, elle évolue surtout en détruisant et creusant profondément les tissus qu'elle a envahis. Ainsi tout individu atteint de leucoplasie buccale ou stomatite épithéliale, comme l'appelle encore M. Besnier, peut voir son affection durer longtemps, durer même toujours, parfois, sans s'aggraver, sans qu'elle entraîne aucun danger pour la vie des malades. Mais il faut savoir aussi que ceux-ci sont toujours sous la menace de voir la maladie se transformer en un épithélioma pénétrant de la langue.

Nombreux sont les malades qui sont atteints de cette affection, nombreux aussi sont les cas où cette transformation se produit.

Le pronostic en est très redoutable. Je n'ai obtenu la guérison que de trois malades jusqu'à présent. Le dernier a été opéré en 1875. Depuis lors je n'ai pas eu un seul succès; je n'ai eu que des survies de quelques mois ou d'une année au plus.

Si donc je me décide à opérer ces deux malades, l'un aujourd'hui, l'autre un de ces prochains jours, c'est parce que de temps en temps les chirurgiens obtiennent quelque succès durable, et nous donnent encore ainsi quelques espérances.

C'est donc l'exemple de mes confrères et le souvenir de mes trois succès antérieurs qui me soutiennent encore dans les opérations que je vais tenter de nouveau, mais, je le répète, avec l'appréhension d'une récidive plus ou moins prochaine.

L'opération que je pratiquerai sur le premier de nos deux malades sera une ablation partielle. La langue n'étant pas un organe isolé comme la glande mammaire, par exemple, mais qui se continue avec des muscles et tout un réseau lymphatique des plus riches, il est inutile de l'enlever en totalité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juillet 1885. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet l'ampliation du décret par lequel l'élection de M. le docteur Vallin dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale est approuvée.

La correspondance comprend en outre un mémoire sur la *Perméabilité de la veine ombilicale chez l'adulte*, par M. le docteur Wertheimer (de Lille).

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

La commission présente : en première ligne, M. Javal; en deuxième, *ex æquo*, MM. d'Arsonval et Riban; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Hanriot, Hardy et A. Robin.

Le nombre des votants étant de 58, majorité 30,

M. Javal obtient	39	suffrages.
M. Riban	7	—
M. Hardy	5	—
M. Albert Robin	4	—
M. d'Arsonval	2	—
M. Pouchet	1	—

En conséquence, M. Javal, ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu membre de l'Académie.

LECTURE

Traitement de la phthisie catarrhale, des hémoptysies et des bronchites chroniques par la terpine. — M. GERMAIN SÉE. La terpine constitue un modificateur énergique de la muqueuse respiratoire et un antisécréteur puissant.

1° Elle diminue et fait disparaître l'expectoration purulente dans les formes catarrhales de la phthisie. Que la sécrétion purulente provienne des bronches irritées par les tubercules, ou bien de la paroi des cavernes pulmonaires; que la maladie soit au début ou dans la phase de la fonte purulente, ou même à la période des excavations formées, la terpine sera indiquée toutes les fois que la formation du pus est assez abondante pour fatiguer le malade ou pour épuiser ses forces et pour entraîner le dépérissement.

2° Elle sera employée avec succès dans les hémoptysies de la tuberculose commençante, c'est-à-dire lorsque la maladie n'est pas arrivée au développement de grandes cavités avec anévrysme de l'artère pulmonaire.

3° Dans le traitement des catarrhes pulmonaires, des bronchites chroniques indépendantes de l'asthme et ne provoquant qu'une dyspnée par encombrement des bronches, la terpine constitue le meilleur moyen d'amoindrir l'hypersécrétion bronchique.

4° Son action, prompte, sûre et exempte d'inconvénients physiologiques, doit la faire préférer aux préparations de térébenthine ou de goudron ou de bourgeons de sapins qui en contiennent si peu, à l'essence de térébenthine qui n'est pas tolérée. Elle présente même, à cause de sa parfaite innocuité et de sa facile digestibilité, des avantages sur la créosote.

5° Les meilleurs procédés pour administrer ce médicament sont la forme pilulaire ou la solution alcoolique et la meilleure dose est d'un gramme.

6° Dans l'asthme nerveux, emphysémateux ou catarrhal, qu'il faut distinguer du catarrhe primitif, l'iode et la pyridine ont une supériorité incontestable.

COMMUNICATION

Sur le sulfure de carbone. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ a expérimenté depuis plus d'un an, avec l'aide de M. le docteur Sapelier, le sulfure de carbone aux points de vue de ses propriétés physiologiques, toniques et thérapeutiques. Bien que la production industrielle de ce composé et son emploi contre le phylloxera et dans les huileries aient considérablement augmenté, il est remarquable que les accidents, observés autrefois par Delpech comme succédant à son usage, soient devenus extrêmement rares. Il était donc nécessaire de faire de nouvelles recherches sur ce sujet. MM. Dujardin-Beaumetz et Sapelier les ont entreprises, tantôt avec le sulfure de carbone pur, tantôt avec l'eau sulfocarbonée, dissolution d'un peu plus de 2 grammes de sulfure de carbone par litre d'eau à 0 degré et d'un peu plus de 1 gramme à 15 degrés. Cette solution se prépare en agitant l'eau avec un excès de sulfure de carbone.

Par les voies digestives, l'eau sulfocarbonée n'a jamais produit d'action toxique soit chez l'homme, soit chez les animaux. Avec le sulfure de carbone administré par l'estomac à hautes doses, on n'a jamais amené d'autre accident, soit chez les uns, soit chez les autres, que des phénomènes d'irritation locale, de la diarrhée et des vomissements. Par la voie pulmonaire, les vapeurs de sulfure de carbone ont des propriétés anesthésiques manifestes. Les lapins et les chiens les supportent assez bien, tandis que les cobayes y succombent. Quant à l'application du sulfure de carbone sur la peau, elle produit d'abord du refroidissement, puis une congestion et une rubéfaction extrêmement vives, sans déterminer de phénomènes d'intoxication. Par la voie hypodermique, on obtient des escarres plus ou moins étendues, et lorsque la dose est trop considérable, les animaux succombent, non à des symptômes d'intoxication, mais en conséquence des lésions qui se sont produites. Enfin l'eau sulfocarbonée peut être injectée par les veines, sans inconvénient, à la dose de 20 grammes par kilogramme du poids de l'animal.

La voie principale d'élimination du sulfure de carbone paraît d'ailleurs être la voie respiratoire. En effet, quel que soit le mode d'administration, l'haleine de l'animal ne tarde pas à prendre l'odeur caractéristique de ce corps; le rein, il est vrai, en élimine aussi une partie; la liqueur de Fehling, comme l'a indiqué M. le docteur Roux, en décèle la moindre trace dans les urines par la coloration noirâtre qu'elle y détermine dans ce cas. En revanche, on ne trouve jamais de sulfure de carbone dans les matières fécales; elles sont complètement désinfectées; mais ce composé y a disparu en vertu de sa volatilité. Les sueurs enfin ont quelquefois aussi l'odeur caractéristique.

M. Dujardin-Beaumetz estime en conséquence que les accidents attribués au sulfure de carbone dans les industries sont dus bien plutôt à l'hydrogène sulfuré qu'il renferme lorsqu'il n'est pas purifié suffisamment ou qui se dégage lorsqu'on le met en contact avec d'autres corps, l'alcool en particulier; ce sont donc les alcooliques qui sont le plus sujets à cette intoxication. Toutefois M. Dujardin-Beaumetz pense que le sulfure de carbone, étant un gaz inspirable anesthésiant, peut être toxique aussi bien par lui-même que par l'hydrogène sulfuré qu'il renferme. Si dans les huileries les accidents sont rares, c'est que la distillation y prive le sulfure de carbone de son hydrogène sulfuré. Dans le traitement de la vigne, le travail en plein air atténue les causes d'intoxication, et dans les usines à caoutchouc il est nécessaire de faire le travail sous des hangars non fermés.

D'autre part, au point de vue thérapeutique, le sulfure de carbone et l'eau sulfocarbonée sont de puissants médicaments aseptiques : ils stérilisent les bouillons de culture et empêchent toute fermentation, à doses relativement minimes. L'action rubéfiante très rapide du sulfure de carbone peut être précieuse dans certains cas; son emploi pour les plaies de mauvaise nature doit être recommandé. Donné à l'intérieur à la dose de 25 grammes pour 500 grammes d'eau et 50 gouttes d'essence de menthe (une cuillerée à bouche dans du lait ou de l'eau rougie, 4 à 10 fois par jour), le sulfure de carbone est bien supporté, la désinfection des garde-robes complète, et les propriétés infectieuses de ces garde-robes absolument détruites. Il convient donc de l'administrer dans tous les cas où il se développe de la putridité dans le tube digestif, fièvre typhoïde, dilatation de l'estomac compliquée de diarrhée, diarrhée infectieuse, diarrhée de Cochinchine.

RAPPORT

Sur un mémoire intitulé : *De la lèpre observée à Constantinople.* **— M. CONSTANTIN PAUL,** au nom d'une commission composée de lui et de M. Cornil, lit un rapport sur un mémoire dans lequel M. le docteur Zambaco, ancien interne des hôpitaux, actuellement établi à Constantinople, étudie la lèpre particulièrement sous la forme tuberculeuse. Suivant lui, la cause de la lèpre à Constantinople est surtout la misère. L'hérédité n'interviendrait pas. La contagion serait au moins douteuse. M. Zambaco n'aurait jamais pu en saisir la preuve. M. le rapporteur en doute lui-même, tout en rappelant ce qu'a raconté M. Vidal sur la contagion de la lèpre dans les îles Sandwich.

La lèpre est caractérisée par un microbe qu'ont étudié successivement MM. Hausen, Heiner, Cornil, Suchard, etc. Ces bacilles sont très abondants dans les lésions de la lèpre tuberculeuse et M. Cornil les a retrouvés en nombre colossal sur des tubercules lépreux envoyés de Constantinople par M. le docteur Zambaco. La lèpre qu'il a étudiée est donc bien la lèpre bacillaire. Mais jusqu'à présent le bacille, inoculé à des animaux, ne leur a pas donné la lèpre. Ils s'y conservent; mais rien ne prouve qu'ils s'y multiplient. La théorie de la contagion fondée sur la présence du bacille est donc encore une hypothèse.

En résumé, le rapporteur est complètement d'accord avec M. le docteur Zambaco sur les propositions suivantes : La lèpre n'est pas une maladie héréditaire. Elle est acquise. Il est possible

qu'elle le soit par la contagion, mais ni la clinique ni l'expérimentation sur l'homme n'ont pu le démontrer encore.

M. Zambaco a fait avec le plus grand soin la description des symptômes de la lèpre. Il a étudié la température locale, qui augmente toujours au niveau des lésions. Il a constaté que la sensibilité d'abord à la douleur, puis à la température, était rapidement émoussée dans la lèpre tuberculeuse, qui se rapproche à ce point de vue de la lèpre dite anesthésique. A Constantinople, comme en Norvège, les lépreux sont atteints d'affections oculaires dans la proportion des trois quarts. Ces affections portent surtout sur la cornée, l'iris et le cristallin.

Dans le traitement de la lèpre, l'hygiène joue un très grand rôle. On a pu par l'hygiène seule diminuer de moitié le nombre des lépreux en Norvège.

Quant au traitement local, M. Zambaco n'a rien trouvé de plus efficace pour éteindre les tubercules que de les détruire par le thermocautère. Il pratique la kératomie en cas de tubercule de la cornée, la suture des paupières à la partie interne, en cas de paralysie avec atrophie du muscle orbiculaire. Il sauve ainsi beaucoup de malades de la cécité.

Comme conclusions, M. le rapporteur propose :

1° D'adresser une lettre de remerciements à l'auteur;

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication;

3° D'inscrire favorablement son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant étranger dans la première division.

Ces conclusions sont adoptées par l'Académie.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

I. — Décret déterminant les conditions du concours pour les fonctions de chef des travaux anatomiques dans les Facultés de médecine et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du Ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

Vu l'ordonnance du 24 septembre 1836 ;

Vu le règlement du 30 septembre 1836 ;

Vu le règlement général du 11 janvier 1842 ;

Vu le décret du 3 août 1859;

Vu la loi du 27 février 1880;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Article premier. — Les concours pour les fonctions de chef des travaux anatomiques dans les Facultés de médecine et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie ont lieu à la Faculté où la vacance se produit.

Art. 2. — L'ouverture du concours est fixée par le ministre et annoncée au *Journal officiel* six mois à l'avance.

Des affiches énonçant les conditions et le programme du concours sont adressées aux recteurs par le ministre pour être apposées dans chaque ressort académique.

Art. 3. — Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est Français, pourvu du grade de docteur en médecine et âgé de vingt-cinq ans accomplis.

Les candidats se font inscrire au secrétariat des académies un mois avant l'ouverture du concours.

Ils joignent aux justifications des conditions précédentes l'indication de leurs années de services et de leurs travaux, et déposent un exemplaire de chacun des ouvrages ou mémoires qu'ils ont publiés.

La liste des concurrents est arrêtée par le ministre.

Art. 4. — Les juges du concours sont désignés par le ministre parmi les professeurs et agrégés de la Faculté où la vacance s'est produite.

Le nombre des juges est de cinq. Trois juges supplémentaires sont, en outre, désignés pour compléter le jury en cas de récusation ou d'empêchement.

Le jury se complète, s'il y a lieu, dès la première séance par voie de tirage au sort.

Ne peuvent siéger dans un même concours deux parents ou alliés jusqu'au degré de cousin germain inclusivement.

Doit se récuser tout parent ou allié au même degré d'un des candidats.

Cesse de faire partie du jury tout membre qui a été empêché d'assister à l'une des opérations du concours.

Le jugement ne peut être rendu par moins de trois juges.

Art. 5. — Le président est nommé par le ministre; il fixe l'heure de la première séance ; il convoque les juges et les candidats.

Art. 6. — Le jury choisit les sujets de compositions, de leçons et d'épreuves pratiques ; il prononce sur toutes les difficultés qui peuvent s'élever pendant la durée des épreuves.

Il fixe les jours et heures des séances.

Dans la première séance, le jury désigne un secrétaire.

Art. 7. — Après la constitution définitive du jury, il est fait appel des candidats admis à concourir.

Chaque candidat inscrit sur un registre son nom et son adresse. Le registre est clos par le président.

Ne peut prendre part au concours tout candidat qui n'a pas répondu à l'appel de son nom.

Les candidats sont tenus, sous peine d'exclusion, de subir les épreuves aux jours et heures indiqués ; aucune excuse n'est admise si elle n'est jugée valable par le jury.

Art. 8. — Le sujet à traiter pour chaque épreuve est tiré au sort parmi les sujets choisis par le jury.

L'ordre dans lequel les candidats doivent subir chaque épreuve est également déterminé par le sort.

Art. 9. — Les épreuves du concours sont :

1° Une composition écrite sur une question d'anatomie et sur une question de physiologie.

Cinq heures sont accordées pour cette épreuve, qui a lieu sous la surveillance d'un membre du jury ; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.

2° Une leçon d'une heure sur une question d'anatomie descriptive, après trois heures de préparation, sous la surveillance d'un membre du jury, sans aucun secours étranger.

3° Épreuves pratiques.

a) Une préparation extemporanée d'anatomie descriptive. — Cinq heures sont accordées pour cette préparation.

b) Une préparation extemporanée d'histologie. — Quatre heures sont accordées pour cette préparation.

c) Une épreuve de médecine opératoire.

d) Une préparation de pièces sèches dans un délai fixé par le jury ;

4° Appréciation des titres et travaux scientifiques.

Art. 10. — Le jury classe les candidats par ordre de mérite.

Art. 11. — Les procès-verbaux des séances du concours sont transmis au ministre avec le rapport du président, par l'intermédiaire du recteur.

Art. 12. — Un délai de dix jours est accordé à tout concurrent qui a pris part à tous les actes du concours, pour se pourvoir devant le ministre contre les résultats dudit concours, mais seulement à raison de violation des formes prescrites.

Si le pourvoi est admis, il est procédé entre les mêmes candidats à un nouveau concours dont l'époque est fixée par le ministre.

Art. 13. — Les chefs des travaux anatomiques sont institués pour neuf ans. Si les besoins du service l'exigent, le ministre peut les proroger dans leurs fonctions.

Art. 14. — La fonction de chef des travaux anatomiques peut, sauf à la Faculté de médecine de Paris, être cumulée avec celle d'agrégé en exercice.

A la Faculté de médecine de Paris, le chef des travaux anatomiques, s'il est agrégé de la Faculté, peut prendre part aux exa-

mens d'anatomie et de physiologie et être désigné pour faire partie des jurys du concours d'agrégation (section des sciences anatomiques et physiologiques).

Art. 15. — Sont abrogés les ordonnances et décrets relatifs aux concours des chefs de travaux anatomiques des Facultés de médecine antérieurs au présent décret,

Art. 16. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 25 juillet 1885.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

René Goblet.

II. — Décret relatif à la répartition des suppléants, à la détermination des fonctions des chefs de travaux et au cumul des fonctions de suppléant et de chef des travaux dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

Vu les décrets des 14 juillet 1875 et 1er août 1883, relatifs aux écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Article premier. — Dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie, les suppléants sont au nombre de huit, répartis ainsi qu'il suit :

1 suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie;

2 pour les chaires de pathologie et de clinique médicales;

2 pour les chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale;

1 pour les chaires de physique et de chimie;

1 pour les chaires de pharmacie et matière médicale;

1 pour la chaire d'histoire naturelle.

Art. 2. — Dans les mêmes écoles, les chefs de travaux sont :

1° Un chef des travaux anatomiques et physiologiques;

2° Un chef des travaux physiques et chimiques.

Art. 3. — Les fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologiques peuvent être cumulées avec celles de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie; les fonctions de chef des travaux physiques et chimiques avec celles de suppléant des chaires de physique et de chimie.

Art. 4. — Le suppléant de la chaire d'histoire naturelle dirige, sous l'autorité du professeur de cette chaire, les travaux pratiques de micrographie.

Art. 5. — Les dispositions antérieures contraires au présent décret sont abrogées.

Art. 6. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 25 juillet 1885.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

René Goblet.

III. — Décret relatif au cumul des fonctions de suppléant et de chef des travaux dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

Vu le décret du 14 juillet 1875, portant institution des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie;

Vu le décret du 1er août 1883, relatif aux mêmes écoles;

Vu les décrets des 4 février 1874, 14 juillet 1875 et 1er août 1883, relatifs aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Article premier. — Dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologiques peuvent être cumulées avec celles de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie; les fonctions de chef des travaux physiques et chimiques, avec celles de suppléant des chaires de physique et de chimie.

Art. 2. — Le suppléant de la chaire d'histoire naturelle dirige, sous l'autorité du professeur de cette chaire, les travaux pratiques de micrographie.

Art. 3. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 25 juillet 1885.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

René Goblet.

IV. — Décret déterminant les conditions des concours pour les fonctions de suppléant et de chef des travaux dans les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

Vu le décret du 4 février 1874;

Vu les décrets du 14 juillet 1875;

Vu le décret du 10 août 1877;

Vu l'arrêté du 30 septembre 1878;

Vu le décret du 1er août 1883;

Vu la loi du 27 février 1880;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

TITRE Ier

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article premier. — Le jury des concours pour les fonctions de suppléant et de chef des travaux dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie, et dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, se compose de trois juges au moins et de deux juges supplémentaires.

Ne peuvent siéger dans un même jury deux parents ou alliés au degré de cousin germain inclusivement.

Doit se récuser tout parent ou allié au même degré d'un des compétiteurs.

Art. 2. — La date de l'ouverture des concours est fixée par le ministre et publiée au *Journal officiel* six mois à l'avance.

Des affiches énonçant les conditions et les programmes des concours sont adressées aux recteurs par les soins de l'école intéressée, pour être apposées dans les différents ressorts académiques.

Art. 3. — Le président du jury est nommé par le ministre; il a la police du concours; il prononce sur toutes les difficultés qui peuvent s'élever pendant la durée des épreuves; il fixe l'heure de la première séance et convoque les membres du jury.

Le jury désigne son secrétaire.

En cas de récusation ou de tout autre empêchement d'un ou plusieurs de ses membres, le jury se complète dès la première

séance, au moyen d'un tirage au sort fait parmi les juges supplémentaires.

Cesse de faire partie du jury tout membre qui a été empêché d'assister à une des opérations du concours.

Le jugement ne peut être rendu par moins de trois juges.

Art. 4. — Les candidats se font inscrire au secrétariat de l'établissement où a lieu le concours.

Après la constitution du jury, le président fait l'appel des candidats admis à concourir.

Tout candidat qui ne s'est pas présenté à cette première séance est exclu du concours.

Les concurrents sont tenus, sous peine d'exclusion, de subir toutes les épreuves aux jours et heures indiqués ; aucune excuse n'est reçue si elle n'est jugée valable par le jury.

Art. 5. — Les épreuves des différents concours ont lieu d'après les programmes annexés au présent décret (1).

Ces programmes pourront être modifiés par arrêté du ministre, rendu après avis du conseil supérieur de l'instruction publique.

Le sort détermine les sujets à traiter pour chaque candidat dans les différentes épreuves. Il détermine également l'ordre dans lequel les candidats doivent subir chaque épreuve.

Art. 6. — A la suite de chaque concours, le jury classe les candidats par ordre de mérite.

Il est ouvert un scrutin pour chaque place mise au concours. Si les deux premiers tours de scrutin ne donnent pas de majorité absolue, il est procédé au ballottage entre les deux candidats qui ont obtenu le plus de voix au second tour.

Dans le scrutin de ballottage, la voix du président, en cas de partage, est prépondérante.

Art. 7. — Les opérations terminées, le président du jury adresse au ministre un rapport sur la valeur des épreuves et le classement des candidats.

Ce rapport est accompagné des procès-verbaux des séances du concours.

Art. 8. — Un délai de dix jours est accordé à tout concurrent qui a pris part à tous les actes du concours, pour se pourvoir devant le ministre contre les résultats dudit concours, mais seulement à raison de violation des formes prescrites.

Si le pourvoi est admis, il est procédé, entre les mêmes candidats, à un nouveau concours dont l'époque est fixée par le ministre.

TITRE II

DES SUPPLÉANTS

Art. 9. — Les candidats aux fonctions de suppléant doivent, pour être admis à concourir, être Français et âgés de 25 ans accomplis.

Ils doivent produire, en outre de la justification de ces conditions :

1° Pour les fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, de pathologie et de clinique médicales, de pathologie et de clinique chirurgicales, et de clinique obstétricale, le diplôme de docteur en médecine ;

2° Pour les fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie, le diplôme de docteur en médecine ou le diplôme de pharmacien de première classe, ou le diplôme de licencié ès sciences physiques; pour les fonctions de suppléant d'histoire naturelle, le diplôme de docteur en médecine, ou le diplôme de pharmacien de première classe, ou le diplôme de licencié ès sciences naturelles ;

3° Pour les fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, le diplôme de pharmacien de première classe.

Art. 10. — Les juges des concours sont désignés par le ministre parmi les professeurs et agrégés de la Faculté de médecine ou de l'École supérieure de pharmacie devant laquelle le concours est ouvert ; deux professeurs de l'école où la vacance existe peuvent, en outre, être appelés à faire partie du jury.

(1) Nous publierons ces programmes dans un prochain numéro.

TITRE III

DES CHEFS DES TRAVAUX

Art. 11. — Les concours pour les fonctions de chefs des travaux ont lieu au siège de l'école où la fonction est vacante.

Art. 12. — Les juges des concours sont désignés par le ministre parmi les professeurs titulaires de l'école et les professeurs de la Faculté des sciences.

Art. 13. — Sont abrogées toutes les dispositions antérieures contraires au présent décret.

Art. 14. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 25 juillet 1885.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique,
des beaux-arts et des cultes,

René Goblet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 juillet 1885, l'article 4 du décret du 30 juillet 1883 est modifié ainsi qu'il suit :

« L'étudiant sera tenu de déclarer, en s'inscrivant, sa résidence réelle, et, s'il vient à en changer, de faire une nouvelle déclaration. — Toute fausse déclaration de résidence peut être punie de la perte d'une ou de deux inscriptions. — Il est interdit, sous la même peine, de prendre simultanément des inscriptions dans des établissements différents, publics ou libres, en vue du même examen. — Cette peine est prononcée sans recours par la Faculté ou l'École. »

— Par arrêté ministériel, en date du 17 juillet 1885, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 26 octobre 1885. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 17 octobre à quatre heures.

Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879, sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi, avec la note *bien*, le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. (Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1878, pages 581-582.) — Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale ;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi, avec la note *bien*, le premier examen probatoire, et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. — Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi, avec la note *bien*, la première partie du deuxième examen probatoire. — Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi, avec la note *bien*, la seconde partie du deuxième examen probatoire. — L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

5° Les candidats justifiant des grades de bacheliers ès sciences et ès lettres qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, s'ils ont obtenu la note *bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité. — Les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un et de l'autre régime d'études.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de

bachelier ès sciences restreint qui ont subi chacun de ces examens, avec la note *bien*, pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Pendant la durée des vacances scolaires, les différents services de clinique des hôpitaux de Paris seront occupés par les médecins agrégés dont les noms suivent, en remplacement des professeurs titulaires desdites chaires :

Hôtel-Dieu. — M. le docteur Peyrot remplacera MM. les professeurs Richet et Panas; M. le docteur Hanot remplacera M. le professeur Germain Sée.

Hôpital de la Charité. — M. le docteur Segond remplacera M. le professeur Trélat; M. le docteur Landouzy remplacera M. le professeur Hardy.

Hôpital de la Pitié. — M. le docteur Richelot remplacera M. le professeur Verneuil; M. le docteur Troisier remplacera M. le professeur Jaccoud.

Hôpital Necker. — M. le docteur Kirmisson remplacera M. le professeur Le Fort; M. le professeur Potain continuera son service.

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Hallopeau remplacera M. le professeur Fournier.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le docteur Hutinel remplacera M. le professeur Grancher.

Hôpital de la clinique d'accouchements. — M. le docteur Charpentier remplacera M. le professeur Pajot.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le docteur Quinquaud remplacera M. le professeur Charcot.

— Le concours pour la nomination à deux places de chirurgiens des hôpitaux et hospices civils de Paris vient de se terminer. Sont nommés : MM. les docteurs Brun et Routier.

— Le concours pour la nomination à deux places de médecins des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est également terminé lundi soir. Ont été proclamés : MM. les docteurs Chantemesse et Comby.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Berthier, médecin adjoint de l'hospice de Montdidier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18161.

N° 88. — SAMEDI 1er AOUT 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 1er AOUT 1885. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Rupture d'une valvule du cœur.

L'effort soutenu s'accompagne d'une augmentation proportionnelle dans la tension intravasculaire, et cette tension excessive peut amener diverses lésions dans le système circulatoire.

Sans parler des hémorrhagies par rupture de vaisseaux friables ou d'anévrysmes préexistants, pour nous en tenir au cœur seul, on peut voir survenir, en ce qui touche cet organe, sous l'influence de l'effort, tantôt une certaine insuffisance de quelque appareil valvulaire par dilatation de l'orifice, ce à quoi s'applique surtout l'expression de *cœur forcé*, tantôt même une rupture complète d'une des valvules, accident d'une gravité infiniment plus grande.

Les faits de ce genre ne sont pas communs, et leur période d'observation est courte, pour des raisons que nous indiquerons plus loin.

On peut en ce moment en observer un des plus nets, dans le service de M. le professeur Peter, à la Charité.

Il s'agit d'un homme de quarante ans, couché au n° 23 de la salle Saint-Jean-de-Dieu.

Cet homme, solidement bâti et musculairement très robuste, n'avait jamais eu de maladie avant le mois de mai de cette année.

Il travaillait, comme menuisier, dans un atelier, où il soulevait journellement des pièces de bois très lourdes ; souvent il passait en partie la nuit à l'ouvrage, étant employé pour le service des décors à l'Opéra. Cela ne le fatiguait nullement, paraît-il; mais la quantité de vin qu'il consommait dans la journée se trouvait augmentée encore ces jours-là; or cette quantité s'élevait à 2 litres environ. Il était rare qu'il s'enivrât complètement; mais ces conditions de subalcoolisme continu sont très favorables à la formation de dépôts athéromateux dans les artères et les valvules du cœur. Il est donc probable que chez lui ces valvules étaient altérées lorsque se produisit l'accident en question.

Dans un des premiers jours de mai, cet homme, en train de soulever une pièce de bois de chêne, ressentit tout à coup une sorte de craquement vers le milieu de la poitrine, et à partir de cet instant, dans la même région, une douleur assez vive qui s'accompagnait d'oppression. Il ne quitta pas son travail jusqu'à la fin de la journée ; mais le moindre effort augmentait cette oppression et cette douleur.

Le lendemain, en se levant, il ramena un crachat sanglant à la suite d'une quinte de toux. Il ne s'en préoccupa pas; mais quand, se trouvant en retard, il voulut se mettre à courir pour arriver à l'heure à l'atelier, la toux, les crachements de sang reprirent de plus belle et l'oppression devint très pénible.

L'hémoptysie ne cessant pas, il alla chez un pharmacien qui lui fit prendre du perchlorure de fer. Sous l'influence de cet hémostatique, ou plutôt encore sous l'influence d'un repos relatif, le sang disparut des crachats, la toux s'apaisa. Mais le sentiment de malaise et d'oppression persista toujours, et il s'y joignit des maux de tête qui s'accentuent lors d'une marche rapide, lors de l'ascension d'un escalier, pendant tout travail exigeant un certain déploiement de force. « A ces moments-là, dit le malade, mon cœur bat violemment, j'étouffe, je suis couvert de sueur au point que mes vêtements en sont traversés, mes tempes battent, ma tête devient de plus en plus lourde, ma vue se trouble, je vois des étincelles, je suis tellement étourdi que je ne sais plus où je suis, tout tourne autour de moi, je me sens prêt à tomber, et je tomberais en effet si je ne m'arrêtais pas. »

Ce ne fut qu'au bout de quelques jours que cet homme se résigna à abandonner son atelier, où il ne pouvait plus faire de travail sérieux. Il se reposa chez lui durant près d'un mois ; puis il entra à l'hôpital le 10 juillet.

A l'auscultation, il présente à la base du cœur un bruit de souffle très intense, avec ronflement, bruit de drapeau, perceptible même à distance et presque aussi net sous le doigt comme frémissement que sous l'oreille comme ronflement. Ce bruit s'entend non seulement en avant, mais en arrière et sur les côtés, dans toutes les régions de la poitrine. Il se prolonge dans les artères : et on le retrouve dans les carotides, sur le trajet de l'aorte abdominale, sur les artères iliaques et fémorales. Partout il garde les mêmes caractères, plus accentué, plus sonore, plus ronflant durant l'un des temps de la révolution cardiaque, mais existant aussi durant l'autre. Pour déterminer le moment précis du maximum, M. le docteur Durozier, qui examinait ce ma-

lade, tâta, au cou, les carotides en même temps qu'il auscultait, et il put s'assurer ainsi que ce maximum coïncidait bien avec la diastole.

Théoriquement, cela devait être, car les lambeaux de la valvule déchirée, refoulée contre les parois de l'artère par le courant sanguin au moment de la systole, lui font moins obstacle et par conséquent vibrent moins alors que lorsqu'elles se trouvent ramenées vers le milieu de l'orifice par le courant qui s'établit en sens contraire et reflue à travers les bords de la déchirure, orifice bien plus étroit que la lumière du vaisseau.

M. le professeur Peter, à propos de ce malade, a rappelé les cas de ce genre qu'il avait observés lui-même et ceux qui se trouvent rapportés par les auteurs. Il avait d'ailleurs déjà consacré à ce sujet un très bon chapitre de son *Traité clinique et pratique des maladies du cœur et de la crosse de l'aorte,* publié chez J.-B. Baillière.

Chez un des malades observés par lui, la rupture d'une valvule du cœur s'était produite sous l'influence d'un grand effort et d'une émotion vive. Il s'agissait d'un charretier qui avait souvent maltraité sans cause un de ses chevaux, et qui un jour, à l'écurie, saisi par lui, jeté dans la mangeoire, avait failli être dévoré par cet animal furieux.

L'autre cas se produisit chez une femme enceinte qui tomba dans un escalier et fit en vain de grands efforts pour se retenir aux marches le long desquelles elle glissait.

La rupture d'une valvule du cœur est d'un pronostic grave. La plupart du temps elle est suivie de la mort à très bref délai. En effet, ainsi que le dit avec raison M. Peter, le cœur est pris au dépourvu devant cet accident qui change tout à coup les conditions normales de son fonctionnement. Il n'a pas pu s'y préparer de longue date, comme il arrive pour les lésions qui se complètent progressivement.

L'hypertrophie dite providentielle, le mode spécial de contraction qui maintient un degré voulu de tension vasculaire à la suite des systoles, demandent du temps pour s'établir et ramener une sorte d'équilibre factice. Chez ces malades, rien de pareil. Après une systole rapide, la diastole est subite et franche. Le plan sygmoïdien se trouvant effondré, le cœur cédant passivement au flot qui le pousse, la tension intravasculaire ne se maintient pas suffisamment pour que les organes continuent à se nourrir comme auparavant.

S'ils avaient eu le temps de s'y faire, si les capillaires qui les arrosent s'étaient graduellement accommodés à ce régime, et, ouvrant des voies moins étroites, plus faciles devant les globules, étaient parvenus à atténuer encore dans une certaine limite les conséquences de la diminution de la *vis à tergo,* la vie aurait pu se prolonger aussi longtemps qu'elle se prolonge chez certains cardiaques.

Mais, dans la plupart des observations recueillies jusqu'ici, on voit qu'elle s'est éteinte dès les premiers mois après l'accident.

Notons que généralement il s'agissait d'alcooliques, athéromateux, comme le malade de M. Peter.

Ce malade sent qu'il s'affaiblit de jour en jour, au lieu de reprendre des forces par le repos et le bon régime. Il ne cesse pas d'éprouver ce mal de tête continuel, avec aggravation au moment des efforts ou des mouvements accélérés, qui est ce dont il se plaint surtout.

La sensibilité retardée dans l'hémiplégie de cause cérébrale.

Dans un mémoire publié l'année dernière, en collaboration avec un de ses anciens internes, M. le docteur de Brun, sur *les troubles de la sensibilité dans l'hémiplégie de cause cérébrale,* M. le docteur Legroux a insisté sur le réveil possible de la sensibilité, en apparence éteinte, au moyen de piqûres répétées durant plusieurs secondes. « En effet, dit-il, si dans certains cas d'hémianesthésie d'origine cérébrale, même de date ancienne, on pratique rapidement sur un endroit anesthésié de la largeur d'une pièce de 1 franc des piqûres superficielles, l'analgésie disparaît, et au bout de quelques secondes le malade non seulement sent l'aiguille, mais encore éprouve de la douleur quand elle traverse le tégument. Il semble que chez ces sujets dont la sensibilité est émoussée et ne répond pas aux excitants ordinaires, il faille, comme chez certains impuissants auxquels les sources habituelles de réflexes sont insuffisantes à provoquer l'érection, il faille, disons-nous, une titillation plus ou moins prolongée et artificielle pour amener une sorte de retour incomplet d'une fonction désormais perdue ou tout au moins compromise. »

A l'appui de cette proposition, il cite cinq observations, dont trois ont été recueillies dans le service de M. le professeur Ball, où, vers la même époque, nous étudiions nous-même la sensibilité retardée dans l'ataxie locomotrice.

La première a trait à une hémiplégie droite, datant de quatre ans, avec contracture du membre supérieur.

L'analgésie de la jambe et surtout du bras semblait presque totale.

« Lorsqu'on irrite la peau par des piqûres d'épingle, répétées, successives et rapides, pendant quatre à dix secondes, sur un espace ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc, le malade alors commence à sentir, et bientôt la douleur se manifeste dans la région irritée, alors que la piqûre est insensible à quelques centimètres de là. Le malade, assez inférieur au point de vue intellectuel, pour nous faire comprendre qu'il commençait à sentir, nous disait : « Ça y est; maintenant, ça y est », criant de plus en plus fort à mesure que la douleur devenait de plus en plus vive, et finissait par s'opposer à mes piqûres. »

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme de soixante-dix ans, hémiplégique du côté gauche depuis vingt-huit mois, avec contracture du bras, hypoesthésie diffuse du côté gauche. « La sensibilité apparaît en un point limité au bout de six à huit secondes, par des piqûres répétées comme dans le cas précédent. »

Chez le troisième malade, hémiplégique du côté droit, on avait noté une diminution très notable de la sensibilité, surtout dans les régions externes du membre inférieur; un retard manifeste dans la perception des sensations. « Les piqûres pratiquées comme précédemment ramènent un peu de sensibilité dans l'endroit excité; toutefois le phénomène est moins net que dans les deux cas précédents. »

Chez le quatrième, hémiplégique du côté gauche, l'analgésie est décrite comme *complète et étendue sur tout le côté paralysé.* « Les piqûres ne font que très peu revenir la sensibilité. » (Il faut noter qu'on ne les prolongeait que durant fort peu de secondes.)

Enfin chez le cinquième malade, hémiplégique du côté droit et qui présentait une hypoesthésie diffuse : « la sen-

sibilité revient très manifestement dans les parties irritées par des piqûres multiples et rapides ».

« Les observations précédentes nous autorisent donc à conclure, dit M. Legroux, que dans certains cas une excitation périphérique réveille la sensibilité qui reste en quelque sorte à l'état latent. »

C'est là d'ailleurs un trait commun entre les ataxiques et les hémiplégiques, et si nous n'en avons pas encore parlé avec détails au sujet des premiers, c'est que nous tenons à mettre en relief tout ce qu'il peut y avoir d'ingénieux et d'original dans les remarques de M. le docteur Legroux.

Nous nous sommes assurés du reste que la ressemblance était absolue entre la pseudo-anesthésie de certains hémiplégiques et la pseudo-anesthésie de certains ataxiques. Chez les uns, comme chez les autres, en prolongeant les excitations, on arrive à les faire sentir. Chez les uns comme chez les autres, à fort peu de jours de distance, sans qu'il se soit produit un changement notable au point de vue de la motricité, on est étonné de constater que la sensibilité est redevenue parfaite sur des points où elle n'existait qu'avec des retards assez longs.

Prenons pour exemple un malade actuellement couché au n° 5 de la salle Becquerel, dans le service de M. le professeur Ball. Ce malade, paralysé depuis trois ans du côté gauche, a été reçu le 20 juin dernier. Quand nous l'examinâmes pour la première fois, le retard des sensations douloureuses était de quatre secondes sur la main gauche et de six à sept secondes sur la cuisse. Quinze jours plus tard, la sensibilité était immédiate et parfaite dans les mêmes régions.

Chez un autre malade, couché au n° 20 de la même salle, un maçon de vingt ans, entré le 1er juillet, hémiplégique du côté droit et aphasique depuis le mois d'avril, on peut constater que les impressions très momentanées, telles qu'une piqûre d'épingle, finissent bien par être perçues, sans qu'on ait besoin de les répéter, mais après un retard de plusieurs secondes, sur le bord radial de la main, sur la face interne de la cuisse et de la jambe.

Au point de vue des troubles de la sensibilité, on peut donc retrouver chez les hémiplégiques d'une certaine classe tout ce qu'on observe chez les ataxiques et *vice versa*. Hâtons-nous d'ajouter, en nous réservant de revenir bientôt sur ce point, qu'il en est de même dans d'autres maladies avec lésions centrales du système nerveux.

Il en est de même aussi dans certaines névroses; et il ne faut pas s'imaginer que ces études soient sans importance pour la théorie et pour la pratique.

Ce ne sont pas les anesthésies vraies qui disparaissent par l'action des aimants, de l'hypnotisme, de la suggestion, etc.; ce sont ces fausses anesthésies au fond desquelles on trouve la sensibilité susceptible d'être éveillée par une excitation continue, soit de plusieurs secondes, soit de plusieurs minutes.

C'est là tout un sujet nouveau, très important à élucider.

Les conférences de l'hôpital Saint-Louis. — Traitement du psoriasis.

Le traitement de l'eczéma avait occupé la dernière conférence; celle-ci va être consacrée, dit M. Guibout, au traitement du psoriasis.

En passant de l'eczéma au psoriasis, c'est comme si l'on passait de l'été à l'hiver : avec l'eczéma, tout est chaud, brûlant; c'est la vitalité congestive, exubérante jusqu'à l'inflammation; donc le traitement doit être émollient, antiphlogistique. Avec le psoriasis, au contraire, la vie s'est refroidie et presque éteinte, c'est la *dartre morte* des anciens; donc le traitement doit être absolument différent, c'est-à-dire excitant, irritant même, pour réveiller la vitalité endormie.

Qu'est-ce, en effet, que le psoriasis? Sinon la momification de la peau, sa transformation en une sorte de carapace épaisse, écailleuse, desséchée, cassante, sans élasticité parce qu'elle est privée de ses sécrétions humides, sudorale et sébacée; elle n'a plus qu'un reste, qu'une ombre de vitalité, pour produire cet excès d'épiderme anormal, malade, difforme, qui s'accumule et s'entasse en couches dures et squameuses, lesquelles n'ont plus aucune ressemblance avec ce tégument externe, lisse, satiné, doux au toucher, élastique et d'un blanc rosé que nous appelons la peau.

En présence d'un pareil état de choses, quelles sont les indications à remplir? Il faut : 1° user, détacher, faire tomber les écailles épidermiques; 2° il faut réveiller la vitalité déviée et comme endormie des couches dermiques sous-jacentes épaissies; il faut y rappeler les sécrétions humides et y faire naître un travail de résolution et d'activité vitale qui les ramène à leur état physiologique et leur rende leur souplesse et leur élasticité : voilà le but à atteindre.

Pour remplir ces indications, on a besoin d'agents énergiques, excitants, modificateurs; après la chute des squames, on doit les empêcher de se reproduire; et, pour cela, il faut mettre au contact du derme des substances douées de propriétés stimulantes, résolutives et modificatrices. C'est ainsi que doit être compris le traitement local.

Et ici M. Guibout fait les plus expresses réserves relativement au traitement général par l'arsenic, compagnon indispensable du traitement externe, ainsi qu'il a été dit et posé en principe dans une précédente conférence.

La médication externe du psoriasis, la seule dont il est actuellement question, se résume en frictions et en bains.

Les frictions ont pour but de détacher les squames; et les substances excitantes et modificatrices avec lesquelles ces frictions sont faites sont destinées, par l'action stimulante qu'elles exercent, à empêcher les squames de se reformer en ramenant le derme à son état normal.

Les substances qui sont le plus employées et que M. Guibout recommande sont au nombre de deux : c'est d'abord l'huile de cade de genévrier, extraite par la distillation de la résine du *Juniperus sabina;* et ensuite, l'acide pyrogallique. L'huile de cade est celle qui donne les résultats les plus prompts, les plus sûrs et les plus durables.

Deux fois par jour, on frictionne énergiquement tout le corps avec un tampon de toile ou de flanelle imbibée de cette huile; en même temps, tous les jours ou tous les deux jours, on fait prendre un bain avec 500 ou 600 grammes de sous-carbonate de soude, destiné à nettoyer la peau, à dissoudre les couches oléagineuses qui la recouvrent, et aussi à exercer une excitation salutaire qui favorise un travail de résolution dans le derme épaissi et son retour à l'état normal. Ces moyens doivent être continués jusqu'à la disparition complète non seulement des squames, mais encore des croûtes hypertrophiques du derme, et de la coloration cuivrée qui persiste après elles.

L'huile de cade, à côté de ses avantages, a de grands inconvénients; elle a une odeur goudronneuse, tenace, empyreumatique; elle salit la peau et le linge; et, de plus, elle détermine quelquefois sur la peau, par son action irritante, une inflammation des follicules pileux (*sycosis cadi-*

que). Dans ce cas, il faut suspendre son emploi, traiter le sycosis par quelques bains amidonnés et quelques applications émollientes, telles que les cataplasmes de fécule de pommes de terre, ou les badigeonnages avec le liniment oléo-calcaire. Ensuite on revient à l'huile de cade, mais mitigée avec une quantité plus ou moins grande d'huile d'amandes douces.

Si par divers motifs, pour éviter l'odeur désagréable de l'huile de cade et les taches noirâtres qu'elle laisse sur le linge et sur la peau, on préfère l'acide pyrogallique, on fait une pommade dans laquelle il entre une plus ou moins grande proportion de cet acide. La pommade que M. Guibout emploie est composée d'acide pyrogallique, 5, 10, 15 grammes pour 100 grammes de vaseline ou d'axonge. Avec cette pommade qui est inodore et incolore, on pratique deux frictions par jour sur tout le corps; et en même temps, on prescrit tous les jours un bain alcalin pour nettoyer la peau et la rappeler, par une action stimulante, à sa vitalité physiologique. Cette pommade, n'ayant ni couleur ni odeur, n'a pas les désagréments de l'huile de cade; mais son action modificatrice est moins énergique. De plus, il ne faut jamais la mettre au contact de parties découvertes, telles que la figure, le cou, les mains; car, au contact de l'air, l'acide pyrogallique devient noir comme de l'encre, et donne par conséquent à la peau une teinte d'un noir foncé très tenace, très longue à s'effacer, teinte tout à fait semblable à celle que donnent les noix vertes à ceux qui les épluchent.

A défaut d'huile de cade, dit M. Guibout, employez donc la pommade à l'acide pyrogallique, mais avec cette précaution expresse de ne s'en servir ni pour la figure, ni pour le cou, ni pour les mains, en raison de la couleur noire qu'elle donne aux téguments exposés à l'air et qui subissent son contact habituel et direct.

Lorsque le psoriasis siège à la tête sur la région crânienne (*psoriasis capitis*), il faut avoir soin de couper les cheveux au ras de la peau, afin de pouvoir faire les frictions, soit à l'huile de cade, soit à l'acide pyrogallique; afin aussi que les cheveux ne soient pas détruits dans leur racine, atrophiés et étouffés jusque dans les follicules pileux par l'épaisseur des couches squameuses psoriasiques.

Si le psoriasis siège au niveau des articulations, la peau, ayant perdu son élasticité, se fend et se laboure de fissures profondes et très douloureuses par le fait des mouvements articulaires auxquels elle ne peut plus se prêter. Dans ce cas, il faut prescrire l'immobilité, pour éviter que les fissures ne se creusent et se déchirent davantage et pour favoriser leur cicatrisation. Il faut, en même temps, tenir les parties malades couvertes de cataplasmes enduits de glycérine, de vaseline ou d'huile d'amandes douces, afin de rendre à la peau, avec la partie graisseuse qu'elle a perdue, sa souplesse et son élasticité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 juillet 1885. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Récidive des kystes paraovariens. — M. TERRILLON rappelle que plusieurs chirurgiens, M. Duplay entre autres, ont émis l'opinion que les kystes paraovariens pouvaient être définitivement guéris par une seule ponction. Il pense que les faits sur lesquels a été basée cette opinion n'ont pas été observés pendant un temps suffisamment long après la ponction. Il résulte, en effet, de l'examen d'un grand nombre d'observations, dont sept lui sont personnelles, que la récidive est, au contraire, la règle pour les kystes paraovariens. Il communique, à l'appui de cette manière de voir, sept observations tirées de sa pratique. Voici le résumé de ces observations :

Première observation : Femme de cinquante et un ans, toujours bien réglée, n'ayant jamais eu d'enfant, présentant une tumeur fluctuante à convexité inférieure, proéminant dans le cul-de-sac gauche; ponction donnant 13 litres d'un liquide clair, présentant à l'examen chimique et histologique fait par M. Yvon tous les caractères du liquide des kystes paraovariens; les suites de cette ponction furent des plus simples. Onze mois après, nouvelle ponction donnant 11 litres d'un liquide absolument semblable à celui de la première ponction; depuis, pas de récidive.

Deuxième observation : Semblable à la précédente; première ponction donnant un liquide clair caractéristique; un an après, seconde ponction; depuis, menace d'une seconde récidive.

Troisième observation : Femme de vingt-quatre ans, atteinte d'un kyste paraovarien; ponction, guérison apparente pendant dix-huit mois, récidive, gastrotomie, guérison définitive.

Quatrième observation : Jeune fille de vingt-deux ans, kyste remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic; première ponction, le 15 septembre 1881, donnant 7 litres de liquide caractéristique. Vingt-deux mois après, récidive complète. Le 2 juillet 1883, extirpation par la gastrotomie ; il s'agissait d'un kyste entièrement inclus dans le ligament large, avec des adhérences à la partie postérieure qui rendent l'ablation totale impossible. Résection des parties saillantes, suture des parois du kyste à la partie inférieure de la plaie abdominale, drainage, suites des plus simples, guérison complète vingt-cinq jours après l'opération.

Cinquième observation : Femme de trente ans, atteinte d'un kyste paraovarien dont le début remontait à six ans; première ponction suivie de récidive. Un an après, seconde ponction; nouvelle récidive, métrorrhagies. M. Terrillon diagnostique deux kystes superposés et un corps fibreux du côté droit; la ponction d'un kyste donne 6 litres, celle de l'autre kyste 5 litres de liquide. Six mois après, devant une nouvelle récidive, la malade réclame l'ovariotomie. Celle-ci est pratiquée le 1er mai 1884; des adhérences nombreuses rendent l'extirpation totale impossible. Résection des parties saillantes, suture des parois à la partie inférieure de la plaie abdominale, drainage. L'utérus est rempli de corps fibreux. Guérison assez rapide; la malade se lève le quarantième jour.

Sixième observation : Kyste paraovarien ponctionné il y a sept mois; il y a déjà une récidive.

Septième observation : Kyste ponctionné il y a cinq mois; pas encore de récidive.

En résumé, il s'agit de sept cas dans lesquels le diagnostic de kyste paraovarien a été confirmé par l'examen du liquide et qui tous ont récidivé.

M. Terrillon a relevé 71 cas de kystes paraovariens qui ont été publiés comme ayant été guéris par une simple ponction. Comme ces kystes ne récidivent le plus souvent qu'après un an et au delà, il est bien évident que dans ces 71 cas, il ne s'est pas écoulé un espace de temps suffisant entre l'époque de la ponction et celle de la publication de l'observation. M. Terrillon a réuni, d'autre part, 38 cas dans lesquels la récidive est survenue après une ou plusieurs ponctions. On peut donc conclure que, pour les kystes paraovariens, la récidive est la règle et la guérison définitive après une seule ponction, l'exception. La ponction ne doit donc être considérée que comme un moyen palliatif, et d'une action temporaire.

M. DÉSORMEAUX a observé trois malades atteintes de kystes paraovariens. L'une était une jeune fille venant de Tours et qui était envoyée à Strasbourg pour y subir l'ovariotomie. M. Désormeaux fit une ponction suivie d'une injection iodée, selon la méthode de Boinet, et deux ans après il n'y avait pas encore trace de récidive. Dans le second cas, il s'agissait également d'une jeune fille de quinze ans, qui fut traitée de la même manière, par la

ponction et l'injection iodée. Elle a été guérie et a depuis accouché deux fois. Dans le troisième cas, il s'agissait d'un kyste qui s'est enflammé et a disparu ensuite spontanément.

M. TERRIER fait observer que les faits apportés par M. Terrillon confirment l'opinion qu'il a plusieurs fois émise sur la récidive des kystes paraovariens après de simples ponctions. Il a été étonné d'entendre M. Terrillon dire qu'il avait observé un kyste paraovarien inclus dans le ligament large. C'est là évidemment un fait exceptionnel. M. Terrier n'en a jamais rencontré de semblables. Il ajoute qu'il n'y a pas que les kystes paraovariens qui présentent une apparence de guérison définitive après une seule ponction; il a observé le même fait pour des kystes multiloculaires ou des kystes dermoïdes de l'ovaire. Ces kystes, comme les kystes paraovariens, restent souvent longtemps stationnaires après une ou plusieurs ponctions.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE appuie la dernière proposition formulée par M. Terrier. Cette guérison apparente après une ponction est au moins aussi fréquente pour les kystes multiloculaires que pour les kystes paraovariens. Il a cité plusieurs exemples qu'il a lui-même observés. Il s'agit plutôt de récidives retardées que de guérisons définitives. En résumé, les kystes multiloculaires présentent les conditions de guérison temporaire analogues à celles que présentent les kystes paraovariens.

M. ANGER communique l'observation d'une jeune fille atteinte d'un kyste paraovarien qui subit une première ponction à la suite de laquelle il y eut une récidive. M. Anger lui pratiqua la gastrotomie au mois d'avril. L'opération fut très simple. Il crut pouvoir laisser l'ovaire. En se réveillant, la malade accusa des douleurs très vives au niveau de cet ovaire et succomba le troisième jour. A l'autopsie, on trouva une ovarite suppurée qui avait été le point de départ d'une péritonite.

M. DÉSORMEAUX a observé à la Maternité une jeune femme enceinte atteinte d'un kyste de l'ovaire qui empêchait l'accouchement. Il fit une ponction; elle accoucha dès lors facilement d'un enfant vivant; l'ouverture faite par le trocart est restée fistuleuse et il a continué à s'écouler du liquide par cette ouverture. M. Désormeaux ne pense pas qu'il y ait jamais eu de récidive chez cette malade.

M. TERRILLON répond à M. Terrier qu'il a vu très nettement deux kystes paraovariens inclus dans le ligament large. Il en a été cité d'ailleurs plusieurs cas. Dans ces cas, la décortication du kyste présente habituellement de grandes difficultés.

Hystérectomie vaginale pour cancer. — **M. TRÉLAT** communique l'observation d'une malade à laquelle il vient de pratiquer, avec succès, cette opération.

Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, ayant eu six enfants, deux fausses couches, qui en avril dernier ressentit des douleurs, de la pesanteur dans le ventre, et eut des pertes sanguines. M. Tarnier, consulté à cette époque, diagnostiqua une métrite chronique. Quelques semaines après, elle revint voir M. Tarnier, qui, cette fois, reconnut la présence d'un épithélioma naissant du col, et adressa la malade à M. Trélat. L'utérus était gros; on pouvait craindre, bien que l'épithélioma parût bien limité au col, que le corps de l'utérus fût envahi. C'était donc une ablation totale de l'utérus qu'il fallait pratiquer. Cette opération fut faite le 2 juillet. Les jours suivants, la température oscille entre 38°,4 et 37°,8. On enlève un des tubes le cinquième jour, l'autre le sixième jour. Cette malade est aujourd'hui complètement guérie. M. Trélat rappelle la communication doctrinale qu'il a faite à l'Académie sur cette opération. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 669.) Il donne quelques détails sur l'opération de cette malade. La prise et l'abaissement de l'utérus furent faciles, ainsi que la séparation de l'utérus d'avec la vessie. Le péritoine se laisse bien décoller; M. Trélat le coupe d'un coup de ciseau. La ligature du ligament large du côté droit fut assez difficile. C'est là, dit M. Trélat, le temps difficile de l'opération. Cette ligature ne tient pas; il faut en mettre deux et même trois, sans quoi la ligature glisse, une fois qu'on sectionne le ligament large. Les mêmes précautions durent être prises du côté gauche, d'ailleurs plus facile à lier, une fois que l'utérus est libéré et complètement abaissé. Le vagin fut fermé par un seul point de suture. Deux tubes furent placés dans les angles de la plaie. La cavité vaginale fut bourrée de gaze iodoformée.

L'utérus était volumineux et pesait 197 grammes. L'analyse histologique de la tumeur fut faite dans deux laboratoires différents; le résultat de ces deux examens fut qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux, lobulé, corné et muqueux. Cet épithélioma était bien limité au tiers inférieur du col, et n'avait nullement envahi le vagin. Le corps de l'utérus était le siège d'une métrite hypertrophique chronique.

M. TERRIER a pratiqué, au commencement de juillet, une nouvelle extirpation de l'utérus par le vagin chez une femme de trente-quatre ans qui portait un épithélioma sans grands symptômes. Il s'agissait d'un épithélioma atrophique. Il fallait faire l'ablation totale de l'utérus ou ne rien faire. Sur les instances de la malade, M. Terrier se décida à pratiquer l'opération. L'abaissement de l'utérus fut rendu difficile par l'atrophie du col qui se déchirait très aisément. Le col fut libéré au fond du vagin sans qu'on pût encore l'abaisser. Il fallut mettre les pinces de Museux sur le corps utérin lui-même. Les ligaments larges furent liés avec les précautions habituelles; l'hémostase était parfaite. Le vagin fut fermé par un seul point de suture; le drainage assuré par deux tubes; pansement à l'iodoforme. Le malade fut pris le troisième jour d'un peu d'agitation, d'un pouls rapide et de pâleur de la face. Elle mourut le septième jour. A l'autopsie, on trouva 1 litre de sang dans la cavité abdominale. La ligature supérieure du ligament large gauche avait cédé. Il faut donc faire trois ligatures sur chaque ligament au lieu de deux. C'est à cet accident seul que doit être imputée la mort de cette malade. Il n'y avait pas de péritonite septique. Ces hémorrhagies se font surtout à la partie inférieure des ligaments, par les artères vaginales.

Ostéoclasie. — **M. TRÉLAT** présente une jeune fille à laquelle il a fait une ostéoclasie dans les conditions suivantes : cette jeune fille était atteinte depuis son enfance d'une paralysie atrophique du côté gauche. Elle portait, en outre, un pied bot varus équin. La marche était absolument impossible, et il y avait une sorte de genu valgum de 15 centimètres d'écartement. Le 7 décembre, M. Trélat fit l'ostéoclasie chez cette malade. Aujourd'hui elle peut se tenir debout et marcher. C'est un résultat fonctionnel très remarquable.

Néphrectomie. — **M. TRÉLAT** a pratiqué, il y a quatre jours, une néphrectomie chez une malade atteinte d'hydronéphrose. Il fera connaître ultérieurement les résultats de cette opération.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Décret relatif à la licence ès sciences.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du Ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

Vu le titre III du décret du 17 mars 1808,

Vu les décrets des 20 avril 1853 et 15 juillet 1877,

Vu les articles 5 et 6 de la loi du 27 février 1880,

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les Facultés des sciences délivrent les certificats d'aptitude pour la licence ès sciences mathématiques, la licence ès sciences physiques, la licence ès sciences naturelles.

Pour se présenter aux examens, il faut justifier du diplôme de bachelier ès sciences complet ou de bachelier de l'enseignement secondaire spécial, et de quatre inscriptions trimestrielles.

Peuvent être autorisés, après avis de la commission des sciences du comité consultatif de l'enseignement public, à se présenter à la licence ès sciences naturelles, sans justifier du diplôme de bache-

lier ès sciences complet ou du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire spécial, les aspirants au doctorat en médecine qui ont subi, avec succès, le premier examen probatoire.

Art. 2. — Les Facultés des sciences procèdent chaque année aux examens de licence dans deux sessions : l'une au commencement, l'autre à la fin de l'année scolaire.

Aucun examen isolé ou collectif n'a lieu en dehors de ces deux sessions.

Art. 3. — Les examens pour chacune des licences ès sciences sont subis devant des jurys distincts, désignés par le doyen parmi les professeurs de la Faculté ou, à leur défaut, parmi les maîtres de conférences pourvus du grade de docteur.

Les trois juges doivent être pris dans l'ordre des sciences auxquelles la licence se rapporte.

Lorsque le nombre des professeurs et des maîtres de conférences d'une Faculté n'est pas suffisant pour la constitution des jurys, ceux-ci sont complétés par des membres d'une autre Faculté, désignés par le ministre.

Art. 4. — L'examen pour chacune des licences ès sciences se divise en épreuves écrites, épreuves pratiques et épreuves orales.

Les épreuves orales sont publiques. Nul n'est admis à les subir s'il n'a satisfait aux épreuves écrites et aux épreuves pratiques.

Le candidat qui n'a pas satisfait à l'une des épreuves perd le bénéfice des épreuves antérieures.

Art. 5. — Les sujets des épreuves écrites et des épreuves pratiques sont choisis par le jury dans les limites des programmes annexés au décret du 15 juillet 1877.

Art. 6. — Les épreuves écrites pour la licence ès sciences mathématiques sont : 1° une composition de calcul différentiel et intégral; 2° une composition de mécanique.

L'épreuve pratique consiste en une épure de géométrie descriptive sur une des questions comprises dans le programme de la classe de mathématiques spéciales ou en un calcul sur l'une des questions d'astronomie comprises dans le programme des épreuves pratiques, annexé au décret du 15 juillet 1877.

Il est accordé quatre heures pour chacune des compositions; la durée de l'épreuve pratique est de deux heures.

Les deux compositions ne pourront être faites le même jour; l'épreuve pratique pourra avoir lieu le même jour que l'une des compositions.

L'admissibilité aux épreuves orales est prononcée par le jury sur l'ensemble des deux compositions et de l'épreuve pratique.

Art. 7. — Les épreuves écrites pour la licence ès sciences physiques sont : 1° une composition de physique; 2° une composition de chimie portant à la fois sur la chimie minérale et sur la chimie organique.

Il est accordé quatre heures pour chacune de ces compositions; elles ont lieu en deux jours consécutifs.

Le jury statue sur l'admissibilité aux épreuves pratiques d'après le résultat des épreuves écrites.

Les épreuves pratiques consistent : 1° en une manipulation de physique; 2° en préparations ou analyses chimiques; 3° en déterminations minéralogiques.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces trois épreuves.

Le jury statue sur l'admissibilité aux épreuves orales d'après le résultat des épreuves pratiques.

Art. 8. — Les épreuves écrites pour la licence ès sciences naturelles sont : 1° une composition de zoologie; 2° une composition de botanique.

Il est accordé quatre heures pour chacune de ces compositions; elles ont lieu en deux jours consécutifs.

Le jury statue sur l'admissibilité aux épreuves pratiques d'après le résultat des compositions.

Les épreuves pratiques consistent : 1° en une préparation d'anatomie animale ; 2° en une préparation d'anatomie végétale; 3° en déterminations de roches et pièces paléontologiques.

Trois heures peuvent être accordées pour chacune de ces épreuves.

Le jury statue sur l'admissibilité aux épreuves orales d'après les résultats des épreuves pratiques.

Art. 9. — Pour chacune des trois licences, l'examen oral dure une heure et demie.

Les interrogations portent : pour la licence ès sciences mathématiques, sur le calcul différentiel et intégral, sur la mécanique et sur l'astronomie; pour la licence ès sciences physiques, sur la physique, sur la chimie et sur la minéralogie; pour la licence ès sciences naturelles, sur la zoologie, sur la botanique et sur la géologie.

Art. 10. — L'admissibilité aux grades est prononcée par le jury, après délibération, d'après l'ensemble des épreuves.

Il est attribué à chacun des candidats admis l'une des mentions suivantes : très bien; bien; assez bien.

Art. 11. — Sont abrogées toutes les dispositions antérieures contraires au présent décret.

Art. 12. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 28 juillet 1885.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique,
des beaux-arts et des cultes,

René Goblet.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

233. M. Touchet. Des conjonctivites rhumatismales aiguës. — 234. M. Fouchard. Du gliôme de la rétine. — 235. M. Issoulier. Traitement de l'entropion par le thermo-cautère. — 236. M. Galland. Contribution à l'étude des corps étrangers de l'uretère. — 237. M. Rollin. Contribution à l'étude de l'hématurie dans les néoplasmes de la vessie. — 238. M. Simonpietri. Note à propos d'un cas d'anévrysme de l'aorte abdominale. — 239. M. Bonfils. Paludisme et puerpéralité. — 240. M. Sidky. Des modifications récentes de la périnéorrhaphie. — 241. M. Feuillade. Contribution à l'étude des hémorrhagies palustres. — 242. M. Bonnet. Des troubles nerveux dans l'intoxication par le sulfure de carbone. — 243. M. Lelarge. Contribution à l'étude de la maladie de Ménière et de son traitement. — 244. M. Bouquet. Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse et des maladies du cœur. — 245. M. Doyen. Recherches anatomiques et expérimentales sur le choléra épidémique. — 246. M. Weill. Contribution à l'étude clinique des œdèmes périphériques d'origine nerveuse. — 247. M. Mouzon. De la valeur séméiotique des hémoptysies dans certaines formes de maladies du cœur. — 248. M. Cuny. Tabac et tabagisme. — 249. M. Dubromelle. Contribution à l'étude du traitement local des accidents cutanés de la syphilis. — 250. M. Chpolianski. Des analogies entre la folie à deux et le suicide à deux. — 251. M. Le Guellant. Sur les phénomènes prurigineux que l'on rencontre à la période d'invasion de la scarlatine. — 252. M. Fouche. Contribution à l'étude des fistules hépato-bronchiques, consécutives à la lithiase biliaire. — 253. M. Gérard. Contribution à l'histoire de la fécondation artificielle. — 254. M. Ménager. De la résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous apprenons avec un très vif regret la mort du grand naturaliste français M. le professeur Henri Milne-Edwards, qui a succombé mercredi matin 29 juillet 1885 à la longue et douloureuse maladie qui depuis plusieurs mois menaçait chaque jour de l'emporter.

Né le 23 octobre 1800 à Bruges, M. Milne-Edwards était venu faire ses études médicales à la Faculté de Paris et avait été reçu

docteur en 1823. Après avoir exercé pendant quelque temps la médecine, il s'adonna exclusivement aux sciences naturelles, dans lesquelles il devait briller d'un si vif éclat.

De bonne heure, ses publications eurent un tel succès, que dès 1838 il était élu membre de l'Académie des sciences, où il succédait à Cuvier, que trois ans plus tard il était nommé professeur d'entomologie au Muséum d'histoire naturelle de Paris, et deux ans après, en 1843, professeur de zoologie et physiologie à la Faculté des sciences de Paris. Enfin. en 1854, l'Académie de médecine l'appelait dans son sein en qualité d'associé libre. Il était grand titulaire de l'Université et grand officier de la Légion d'honneur depuis l'année dernière.

Le nombre des ouvrages et des mémoires qu'il a publiés est des plus considérables, et, pour ne rappeler que ceux qui touchent plus particulièrement à la médecine, nous citerons son *Manuel de matière médicale*, un *Manuel d'anatomie chirurgicale*, un *Nouveau formulaire pratique des hôpitaux*, puis et surtout ses *Leçons sur l'anatomie et la physiologie comparée de l'homme et des animaux*, qui sont certainement l'œuvre la plus considérable du savant illustre dont nous déplorons personnellement la perte.

Que son fils, M. le professeur Alph. Milne-Edwards, que l'Institut et l'Académie de médecine s'honorent aussi de compter parmi leurs membres, veuille bien agréer ici nos respectueuses condoléances.

Au moment où nous mettons sous presse, les obsèques de M. Milne-Edwards ont lieu au temple de l'Oratoire du Louvre, au milieu d'une assistance des plus considérables.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 juillet 1885, le nombre des places d'agrégés près les Facultés de médecine, mises au concours par l'arrêté du 29 mai 1885 (voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 502), est porté de 48 à 49. Cette quarante-neuvième place sera comprise dans la section d'anatomie et de physiologie, et sera réservée à la Faculté de médecine de Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 juillet 1885, un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine et pharmacie d'Alger s'ouvrira, le 3 février 1886, à la Faculté de médecine de Montpellier.

— *Hôpitaux de Reims.* — Le concours pour une place de médecin suppléant vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Colleville, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— M. le docteur Louvel, médecin de la marine, en retraite, est nommé membre du comité d'inspection et d'achat de livres près la bibliothèque de Rochefort.

— La Société nationale d'agriculture de France vient de décerner, dans sa séance publique annuelle : 1° le prix Barotte, d'une valeur de 3,400 francs, à M. Pasteur, pour ses découvertes sur les maladies contagieuses ; 2° le prix Béhague, d'une valeur de 1000 francs, à M. Toussaint, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18166.

27

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue;* dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, 4 francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

90

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — Prix : 6 fr. Phie LIMOUSIN ❄, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

65

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique et les fièvres intermittentes, on prescrit ds les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café **Elixir de Boldo-Verne.** — VERNE, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies de France et de l'étranger.

99

LE VÉRITABLE EMPLATRE

A LA RÉSINE PURE DE THAPSIA

Dû aux savantes recherches du docteur Reboulleau et aux travaux pratiques de M. Le Perdriel, est sparadrapé sur toile de couleur chamois. Chaque décimètre carré est entouré d'une division centésimale noire (propriété de l'auteur) et contient en diagonale les signatures que MM. les docteurs voudront bien exiger s'ils ne veulent pas s'exposer à des mécomptes et même à des accidents.

Ch Le Perdriel   Reboulleau

49

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt: Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

41

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frès, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

22

KOUMYS-EDWARD

Traitement des maladies de poitrine et de l'estomac, phtisie, etc. — Seul adopté dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or Paris 1875.

ADDE, phien, 7, r. du Marché-St-Honoré, Paris.

33

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences .— Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE: Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

92

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes) **2 fr. 50** dans un verre d'eau.

EN BAINS : un flacon pour un bain *incolore* **1 fr.** *et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

100

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande *directement à MM. Lebeault, Mayet et Cie*, recevront une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon.

69

TYPHUS — DIARRHÉE

LE SALICYLATE DE BISMUTH

a sur le sous-nitrate des avantages considérables; son action absorbante est augmentée des propriétés antiseptiques de l'acide salicylique. Il arrête les affections des intestins et les **Diarrhées les plus violentes.**

Un gramme de **SALICYLATE DE BISMUTH** délayé dans un demi-verre d'eau suffit le plus souvent pour faire avorter la *Fièvre typhoïde*, le *Choléra* et la *Dyssenterie.*

Son action est remarquable dans les cas de *Diarrhées infantiles :* un enfant au berceau peut en supporter, sans inconvénient, jusqu'à 2 grammes par jour en 3 ou 4 fois. Les adultes, pour des cas graves, pourront prendre 8 à 10 grammes; mais, en général, 2 à 3 grammes suffisent pour couper une diarrhée ordinaire. — Exiger la marque SCHLUMBERGER et CERCKEL, 26, rue Bergère, Paris : *les créateurs de ce salicylate, le seul qui ait produit des effets réguliers et efficaces dans les hôpitaux.*

Boîtes de 25 doses de 1 gramme, préparées par M. CHEVRIER, phien de 1re classe, Fg Montmartre, Paris. — Boîte : 4 francs.

78

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

1

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valerianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

241

INSTITUT THERMO-RÉSINEUX

Du docteur CHEVANDIER DE LA DROME.

14, rue des Petits-Hôtels (Lanterne Bleue), Paris.

Cure spéciale des **Rhumatismes**, de la **Goutte**, des **Arthrites**, de la **Sciatique**, des **Névralgies**, des **Catarrhes** chroniques. Guérisons très remarquables.

29

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

2

CHATEL-GUYON GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concerts Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 89. — MARDI 4 AOUT 1885. 58e ANNÉE. MARDI 4 AOUT 1885. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro ; VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TERRILLON.

Kyste hydatique du foie.

Le malade du n° 18 de la salle Sainte-Vierge est un campagnard, âgé d'une cinquantaine d'années. Il est entré dans nos salles il y a quatre ou cinq jours, pour une tumeur siégeant dans la région épigastrique, dont elle occupe la partie médiane. En effet, lorsque l'on examine cette région, on aperçoit une bosselure grosse comme une tête d'adulte, arrondie, comme s'il s'agissait d'une simple déformation de l'abdomen. Malgré son volume, cet homme n'en souffre pas, si ce n'est dans quelques mouvements du corps, ou parce qu'elle gêne un peu la digestion.

La palpation nous fournit deux notions importantes : 1° la forme lisse et arrondie de la tumeur ; 2° la sensation dans sa masse d'un battement assez prononcé, quand le malade est couché sur le dos, battement que la main ne perçoit plus lorsqu'il est debout. Ceci nous prouve tout d'abord que la tumeur appuie sur la colonne vertébrale, et par conséquent sur l'aorte dont les battements se transmettent ainsi par propagation jusqu'à la main de l'explorateur. Ce qui nous confirme encore dans cette opinion, c'est l'auscultation : l'oreille, en effet, ne perçoit aucun souffle.

De plus, si l'on palpe la tumeur avec les deux mains, on sent une fluctuation très manifeste, mais spéciale, c'est-à-dire résultant de la présence d'un liquide fortement comprimé dans une poche très tendue. Quant à la percussion, elle nous donne, comme limites supérieures de la tumeur, une ligne à concavité supérieure passant sous les fausses côtes.

En résumé, et sans qu'il soit nécessaire de pousser plus loin la recherche d'un diagnostic, d'ailleurs des plus simples, nous pouvons dire qu'il s'agit chez notre malade d'un kyste hydatique du foie : kyste d'après les signes révélés par la palpation, kyste du foie d'après son siège, la tumeur se confondant par sa partie supérieure avec l'organe hépatique, et sans connexion avec le hile du foie, puisqu'il n'y a pas d'ictère, kyste hydatique enfin, car seul ce genre de tumeurs affecte et le siège et les caractères que nous avons indiqués plus haut, et laisse les malades en bonne santé pendant un certain temps.

Je profiterai donc de la présence de ce malade dans nos salles pour traiter aujourd'hui de la question du développement de ces tumeurs.

Qu'est-ce donc qu'un kyste hydatique du foie? Un kyste hydatique est le résultat de l'évolution chez l'homme de l'œuf d'un ténia spécial au chien, par suite d'une série de transformations, que nous allons passer rapidement en revue.

Tout chien affecté d'un ténia rend de temps en temps des cucurbitains dans lesquels se trouvent les organes sexuels, notamment les ovaires, lesquels contiennent de 30 à 250 petits œufs. Au bout d'un certain temps, ces cucurbitains qui se sont détachés se détruisent, mais avec eux ne meurent pas les œufs, ceux-ci résistent assez bien aux causes ordinaires de destruction et, devenus libres, ils conservent assez longtemps encore leurs propriétés et leur activité. Or le chien, animal domestique, vit dans nos maisons ou proche d'elles ; ses matières fécales, il les dépose, par suite, dans le voisinage, et avec elles les cucurbitains qui se détachent. Que l'eau servant aux arrosages des légumes que nous mangeons crus, et notamment des salades, se trouve avoir entraîné quelques œufs de ténia, il n'en faut pas davantage pour leur introduction dans nos voies digestives, et il suffit d'un seul de ces œufs, se développant dans notre organisme, pour déterminer la formation d'un kyste hydatique.

En effet, sous l'influence du milieu, cet œuf va éclore : il se présente sous la forme d'une masse arrondie, enveloppée d'une membrane musculaire avec un ou deux petits crochets. Il jouit ainsi, par ses propriétés contractiles, de certains mouvements ; il traverse facilement la paroi muqueuse de l'intestin où il rencontre les radicules de la veine porte, et par elles arrive au foie où il se fixe. Là, la vésicule présente une seconde évolution, sa membrane primitive se développe, augmente en dimensions et devient ce que l'on appelle la membrane germinative, sécrétant autour d'elle une série d'autres membranes vitreuses, transparentes, protectrices, ou membranes adventices. Sa cavité contient un liquide transparent ; elle peut donner naissance par sa face interne à des vésicules semblables à elle, qui se détachent à un moment donné, deviennent libres et forment ce que l'on a appelé les vésicules filles. Celles-ci sont en nombre indéfini, depuis une jusqu'à plusieurs centaines. De plus, soit à la surface interne de ces vésicules filles, soit à la

surface de la membrane germinative, il se développe des échinocoques, c'est-à-dire des petits corps attachés par un pédicule et formés par un renflement suivi d'un col surmonté d'une tête munie de ventouses et de crochets. Cet échinocoque est un helminthe vivant, dont la tête peut s'envaginer dans son propre corps, grâce à l'appareil rétractile dont elle est douée, et en sortir à volonté. Les échinocoques se détachent à leur tour et deviennent libres. Ce sont eux qui, absorbés par le chien, vont lui donner le ténia. C'est ainsi que, pour leur évolution complète, cet animal doit passer par deux êtres différents : l'homme et le chien.

J'ai parlé d'une membrane germinative transparente et hyaline, des membranes protectrices des vésicules filles, des échinocoques et d'un liquide transparent. Ce liquide contient du chlorure de sodium, et s'il ne renferme pas d'albumine, on suppose que celle-ci a servi à nourrir les échinocoques. D'après Claude Bernard, il contiendrait également du sucre.

Si l'on rencontre des kystes ainsi constitués, on peut en trouver aussi qui ne contiennent ni vésicules filles, ni échinocoques, c'est-à-dire formés seulement d'une poche et d'un liquide. Ce sont des acéphalocystes. On en a vu qui contenaient jusqu'à 7 et 8 litres de liquide.

Les vésicules hydatiques meurent au bout d'un certain temps, ou mieux ce sont les éléments qu'elles contiennent qui meurent, soit par une cause connue, soit le plus souvent par cause inconnue. Ainsi, par le contact de la bile dans le cas de perforation d'un canalicule biliaire dans la poche kystique, le liquide devient alors louche et on trouve au fond de la poche une sorte de sable abondant, formé par les crochets qui se sont déposés. La poche alors se modifie, il y a régression du liquide, et la tumeur se transforme en une sorte de masse calcaire ou moitié calcaire, moitié graisseuse. C'est ainsi qu'à l'autopsie de certains individus on trouve dans le foie d'anciens kystes aux parois rétractées sur elles-mêmes, froncées.

Mais les kystes hydatiques du foie peuvent aussi se terminer tout autrement, par la suppuration par exemple, s'accompagnant de fièvre hectique, d'affaiblissement du malade, avec tendance du foyer purulent à s'ouvrir à l'extérieur, dans tel ou tel sens, soit du côté du péritoine, soit vers la paroi abdominale extérieure, soit du côté de la plèvre, du poumon, etc., etc. Mais, quel que soit ce lieu d'ouverture, les hydatides sortent, la poche se vide, et alors ou celle-ci se rétracte et la guérison termine la scène, ou bien, dans d'autres cas, la maladie se termine par des accidents plus ou moins graves, tels qu'une péritonite par exemple, bientôt suivie de mort. Les kystes du foie peuvent encore donner lieu à une vomique et se vider par les bronches. En un mot, la terminaison est très variable, soit par une guérison spontanée, soit par guérison après une série d'accidents plus ou moins graves, soit enfin par la mort.

Quant aux symptômes auxquels les kystes hydatiques du foie peuvent donner lieu, ils sont en rapport surtout avec le siège de la tumeur. Quand celle-ci se développe à la face convexe du foie, les malades ne souffrent pas beaucoup, ils éprouvent plutôt une sorte de gêne dans les mouvements, dans les fonctions de l'estomac et de l'intestin. Lorsqu'elle siège près du hile du foie, elle peut déterminer des phénomènes résultant de la compression de la veine porte, des canaux biliaires, etc., c'est-à-dire gêne de la circulation, ascite, ictère, dyspepsie. En résumé, les phénomènes ou les inconvénients tiennent surtout à une question de mécanique, et ce n'est que plus tard que surviennent les accidents sérieux, suppuration et autres.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Duguet.

Hématome pleural arthritique.

Le 28 du mois dernier est entré, à la salle Saint-Vincent, lit n° 17, un homme âgé de quarante ans, ancien marchand de vins, remarquable par la petitesse de sa taille, sa corpulence énorme, son facies rouge, animé, et en proie à une dyspnée considérable.

Étions-nous en présence de quelque affection organique du cœur arrivée presque à l'asystolie? Non, malgré l'existence d'un œdème très prononcé des extrémités inférieures, car le pouls était très régulier, les battements du cœur étaient normaux, sans aucun bruit de souffle. S'agirait-il de quelque urémie à forme pulmonaire? Non, pas davantage, car il n'y avait ni vomissements, ni céphalée, et les urines, bien que rendues en faible quantité, ne présumaient rien de particulier. Mais un examen des organes respiratoires nous montrait un emphysème pulmonaire très prononcé du côté gauche, une poitrine globuleuse, une sonorité parfaite à gauche, une inspiration humée et une expiration prolongée, et si les vibrations thoraciques étaient un peu affaiblies de ce côté, cela tenait à une épaisse couche de graisse.

Mais du côté droit de la poitrine, c'était une tout autre affaire. Nous constations, en effet, une matité absolue correspondant aux trois quarts inférieurs du poumon droit, surmontée d'une zone supérieure à peine sonore, les vibrations étaient plus faibles qu'à gauche, la respiration était remplacée par un souffle doux, perceptible seulement en arrière le long de la colonne vertébrale, et broncho-égophonique. De plus, le foie était abaissé d'au moins deux travers de doigt; il était aussi douloureux à la pression. Enfin le malade toussait fort peu, l'expectoration était à peu près nulle, la température était normale, l'appétit était modéré, mais le malade ne pouvait plus rester dans son lit; bien plus, il ne dormait même pas dans un fauteuil.

En résumé, il y avait : à gauche, de l'emphysème pulmonaire; à droite, un épanchement pleural considérable.

La maladie remontait déjà assez loin; en effet, il y a dix-huit mois, à la suite d'un refroidissement, il avait eu un point pleurétique du côté droit, pour lequel il avait été soigné pendant deux mois par une série de huit vésicatoires. Puis, se trouvant assez amélioré, il était allé passer quelque temps dans son pays, dans le Calvados : après quoi il était revenu à Paris. Mais bientôt il était pris de nouveaux étouffements, lesquels, allant peu à peu en augmentant, le forçaient à un moment donné à ne plus passer ses nuits que dans un fauteuil. Les différents médecins qu'il consulta à cette époque le traitèrent tantôt pour un asthme, tantôt pour une hypertrophie du cœur, mais aucun d'eux pour la maladie dont il était réellement atteint, c'est-à-dire pour un épanchement pleural.

C'est dans ces conditions qu'il est entré dans notre service. L'état dans lequel il se trouvait exigeait une opération immédiate; je fis aussitôt la thoracentèse, dans la position préférée par le malade, c'est-à-dire à moitié assis dans un fauteuil. Elle nous donna 1500 grammes d'un liquide hémorrhagique, dont l'écoulement se fit lentement, en un

quart d'heure, entrecoupé par trois poses, de façon à permettre au poumon de se développer peu à peu, sans secousses. Nous nous arrêtâmes sur la plainte de notre malade, éprouvant la sensation d'un poids douloureux sur le côté droit de la poitrine. L'opération terminée, notre homme se sentait très amélioré et pouvait dormir pendant une heure *dans son lit.*

Quant au liquide pleural, c'était un liquide séreux, contenant de nombreux globules rouges, déformés, granuleux, quelques globules blancs et de nombreuses tablettes de cholestérine.

Les suites de notre thoracentèse ont été très simples : le malade dort, chaque nuit, dans son lit, quatre heures environ, et le reste dans un fauteuil. Il mange avec beaucoup d'appétit, ses forces sont revenues, l'œdème a disparu et le foie a repris sa place ordinaire. Le poumon droit respire dans toute sa hauteur, les vibrations thoraciques se perçoivent à droite comme à gauche, la sonorité est revenue, mais pas tout à fait complète en raison de la présence de fausses membranes dans la plèvre. En somme, aujourd'hui, trois semaines après l'opération, cet homme paraît comme guéri et son épanchement ne s'est pas reproduit.

C'est là, direz-vous, une singulière forme de pleurésie. Il est vrai que l'épanchement hémorrhagique a été une surprise pour nous, comme d'ailleurs dans tous les cas de ce genre. Nous allons en profiter pour faire une revue rétrospective des épanchements de cette nature.

Et, tout d'abord, nous avons à nous demander si l'épanchement sanguin de notre malade ne tiendrait pas à quelque diathèse tuberculeuse. A ce propos, je vous citerai l'observation d'une jeune femme de vingt-cinq ans, atteinte de pleurésie gauche, un peu fébrile, avec épanchement sanguin, opérée de la thoracentèse sans reproduction du liquide, mais suivie d'une fièvre persistante, et morte tuberculeuse quelques mois plus tard. Je vous rapporterai aussi le fait d'un maçon de la Creuse, atteint successivement de pleurésie droite, puis gauche, avec épanchement sanguin, thoracentétisé, mort peu de temps après, sans reproduction du liquide, mais avec une tuberculisation à la fois thoracique et abdominale, avec de nombreuses fausses membranes, épaisses, comme dans le cas précédent. Enfin, j'ai soigné aussi, au mois de janvier 1883, un autre tuberculeux avec pleurésie double, épanchement sanguin ; la thoracentèse fut suivie d'une amélioration telle que le malade put quitter l'hôpital, tout en présentant tous les signes d'une tuberculose du sommet.

Chez notre malade, nous pouvions songer aussi à la tuberculose, sa mère étant morte tuberculeuse ; mais c'était là le seul motif à invoquer, car il ne présente aucun des signes de cette affection. Pouvait-on accuser le cancer de la nature de son épanchement? On sait que, dans la moitié des cas semblables, on a trouvé un cancer pleuro-pulmonaire. Mais chez lui nous ne remarquons ni œdème de la poitrine, ni dilatation vasculaire superficielle, ni de ces douleurs névralgiques intercostales si intolérables, que l'on rencontre dans le cancer de la plèvre. D'autre part, nous n'observions aucun phénomène de compression vasculaire par quelque tumeur médiastine ; rien du côté de l'estomac, du foie, des testicules ou du rectum ; enfin rien nulle part, ni glandes indurées dans l'aine, ni nodosités cutanées, ni traces cicatricielles, suites de quelque ablation de tumeur, et en aucun point du corps, enfin, aucun antécédent héréditaire se rapportant à la diathèse cancéreuse, aucune teinte cachectique ; rien, en un mot, pouvant nous faire songer à un cancer.

Fallait-il penser à quelque cirrhose? D'abord les faits de ce genre sont rares, et, de plus, ici, foie, reins, rate, péritoine, etc., sont parfaitement sains. A un lymphadénome? Pas davantage, notre malade n'est en rien cachectique, et semble jouir, au contraire, dès maintenant, d'une très bonne santé. Fallait-il considérer son épanchement sanguin comme lié à quelque néphrite interstitielle ? Pas le moins du monde ; rien du côté des reins, rien dans les urines. Fallait-il le rattacher à la fièvre intermittente, comme on en a rapporté trois cas? Nullement.

Bref, la seule hypothèse qui reste, serait celle d'un hématome pleural simple, affection qui guérit d'un seul trait, sans récidive ; et c'était la seule vraie.

Mais le terme d'hématome pleural simple ne me va pas, et je crois qu'on peut préciser davantage. En effet, le père de notre malade est un rhumatisant, lui-même est un emphysémateux aux membres inférieurs couverts de varices, au visage couperosé, doué d'une polysarcie générale ; de plus, il présente, à droite et à gauche, dans le creux sous-claviculaire deux tumeurs qui répondent parfaitement à ce que M. Verneuil a appelé des pseudo-lipomes et M. Potain des œdèmes partiels chroniques, qui, pour l'un et l'autre de ces maîtres, sont la signature de l'arthritisme.

Au sujet de notre malade, je me suis efforcé de rechercher dans les auteurs toutes les observations d'hématome simple et j'ai trouvé dans la thèse très bien faite de M. Robert Moutard-Martin une trentaine de faits sur lesquels plus de la moitié n'appartiennnent nullement à des individus cachectiques, et dont huit rentreraient manifestement dans l'arthritisme. Dans une thèse soutenue en 1869, nous trouvons aussi deux observations du même genre ; nous en trouvons une aussi, publiée, en 1874, dans la *Gazette hebdomadaire.* Moi-même j'en ai observé trois cas, non compris celui d'aujourd'hui.

Quant à la présence des fausses membranes, elles ont été rencontrées dans tous les cas où, l'hématome pleural se terminant par la mort, l'autopsie a pu être faite, qu'il s'agisse de cancer pleuro-pulmonaire, de tuberculisation ou autre. Je suis donc absolument autorisé à soutenir que ces hématomes de la plèvre ont toujours pour point de départ des néo-membranes pleurales. Ces néo-membranes sont constituées par du tissu conjonctif avec production de toutes pièces de capillaires nouveaux, capillaires à calibre large, à parois minces, très friables parce qu'ils deviennent rapidement graisseux, de sorte que la rupture en est des plus faciles.

Nous savons que les sujets arthritiques sont exposés surtout aux congestions sanguines ; ce sont non seulement des proliférents, mais encore des congestifs, ce qui nous explique chez eux la plus grande fréquence des hématomes simples, que pour cela même je crois devoir appeler des hématomes arthritiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 juillet 1885. — Présidence de M. D'ARSONVAL.

COMMUNICATIONS

Contraction musculaire chez les sujets fatigués. — M. CH. FÉRÉ montre des tracés dynamographiques destinés à établir que, chez les sujets fatigués, la forme de la contraction

musculaire ressemble à celle qu'on observe à l'état normal chez les hystériques.

Excitateurs du système nerveux. — M. LABORDE présente une série d'excitateurs d'un emploi précieux pour toutes les expériences portant sur le système nerveux. Renfermés dans une boîte de petit volume, ils constituent un arsenal physiologique complet pour ce genre d'expériences. Ces excitateurs imaginés par divers physiologistes (François Franck, Laborde, etc.), ont été modifiés de la façon la plus ingénieuse par M. Verdin. Les divers perfectionnements que cet habile constructeur y a apportés en font des instruments parfaits.

Des effets physiologiques de l'eau oxygénée en injections intra-veineuses. — M. LABORDE, en son nom et au nom de M. Quinquaud, fait une communication sur ce sujet.

L'oxygène, en se dégageant, possède, on le sait, une puissance microbicide énorme. Il serait donc très important de pouvoir l'utiliser dans les maladies causées par les infiniment petits. La difficulté est de l'employer sous une forme qui ne soit pas nuisible.

MM. Laborde et Quinquaud ont songé à l'eau oxygénée. Celle qu'ils ont employée leur a été fournie par M. Baldy, lequel, on le sait, a fait sur son emploi en chirurgie de nombreuses expériences dans le service de M. Péan.

Or il résulte de leurs recherches qu'on peut introduire dans le sang d'un mammifère des quantités considérables d'oxygène, par injection intra-veineuse d'eau oxygénée, et cela sans que, les troubles provoqués chez l'animal en expérience déterminent des accidents graves.

C'est ainsi qu'en employant l'eau oxygénée pure ou étendue d'eau, il est possible d'introduire dans le sang d'un chien de 14 à 15 kilogrammes, 1 000 centimètres cubes d'oxygène, et cela sans entraîner la mort de l'animal. Il est nécessaire de faire les injections lentement et avec prudence.

A dose physiologique, il y a sommeil, quelquefois très profond avec un peu de gêne et de ralentissement des battements du cœur et des mouvements respiratoires.

A dose toxique, la mort survient par asphyxie, et dans ce cas l'action intime porte sur l'hémoglobine.

Les analyses du sang faites par M. Quinquaud montrent, phénomène intéressant, une quantité d'oxygène moindre qu'à l'état normal. Le sang est couleur d'encre. Il y a destruction de l'hémoglobine avec formation d'hématine.

Dans les expériences où l'animal ne meurt pas, le sang a bientôt repris son aspect normal, et le chien ne semble nullement se ressentir de l'expérience dont il a été l'objet.

Un chien ayant ainsi reçu dans le sang 1 200 centimètres cubes d'oxygène était absolument dans son état normal le lendemain de l'expérience.

M. REGNARD, après avoir fait remarquer que c'est sur ses indications qu'ont été entreprises les expériences de MM. Péan et Baldy, s'étonne que MM. Laborde et Quinquaud aient pu réussir. Pour lui, il a fait des expériences analogues et a toujours vu les animaux succomber rapidement. Il se forme un si grand nombre de bulles d'oxygène dans le sang, que celui-ci devient spumeux et que l'animal meurt avec tous les symptômes d'embolie gazeuse.

Nouvelles expériences sur un supplicié. — M. LABORDE donne un résumé des expériences pratiquées à Caen sur le supplicié Heurtevent.

On a constaté sur ce supplicié, contrairement à ce qui avait été vu par M. Regnard sur le dernier exécuté, la persistance du réflexe rotulien. Mais, contrairement au supplicié examiné par M. Regnard, lequel était en contracture absolue de tout le corps, Heurtevent était en résolution complète.

Quinze minutes après la décapitation, le réflexe oculo-pupillaire est très net, mais il disparaît rapidement.

L'excitation du bout supérieur de la moelle à peu près au niveau du noyau de l'hypoglosse provoque des mouvements très nets de la langue.

Mais toutes les tentatives faites pour exciter la substance cérébrale sont demeurées sans effet, quelle que fût d'ailleurs la profondeur à laquelle furent introduites (par les trous pratiqués au crâne) les aiguilles excitatrices, et quelle que fût l'intensité du courant employé.

Cela tient peut-être à ce que, le condamné ayant résisté en désespéré, son système nerveux était complètement épuisé au moment où on réussit à l'exécuter.

En tout cas, ce fait répond d'une façon victorieuse à l'objection de M. Vulpian, à savoir que le courant agirait par propagation, puisque aussi bien ici l'excitation du cerveau n'a été suivie (du côté de la région cervico-faciale) d'aucun effet, alors que cependant les muscles de la face et le nerf facial étaient parfaitement excitables.

Temps de réaction personnelle chez les hystériques. — M. MARIE a fait des recherches sur le temps de réaction personnelle chez les hystériques à l'état de veille et d'hypnotisme.

Une bande de papier blanc a été collée sur un cylindre enregistreur ordinaire. La malade regarde par un trou percé dans un diaphragme et fait signe quand elle voit la bande. A l'état de veille : le temps de réaction a été de dix-huit centièmes de seconde. A l'état de somnambulisme : de vingt centièmes, soit une différence insignifiante.

On enlève alors la bande du cylindre et on suggère à la malade l'idée que la bande est toujours sur le cylindre et qu'elle va la voir. Le temps de réaction est alors de vingt-trois centièmes de seconde.

Vingt-quatre heures après, on constate que la suggestion a persisté et que, de plus, le temps de réaction a augmenté dans une proportion énorme, soit : une seconde et deux centièmes.

Vingt-quatre heures plus tard, soit quarante-huit heures après le début de l'expérience, le temps de réaction (la suggestion persistant) est de une seconde et onze centièmes.

Ces expériences, en dehors de leur intérêt physiologique, montrent qu'il est possible d'introduire la méthode graphique dans l'étude des suggestions. On est ici à l'abri de toute simulation de la part du sujet.

Influence des hautes pressions sur les organismes. — M. REGNARD montre un nouveau modèle de cylindre qu'il a employé avec succès pour étudier l'influence des hautes pressions sur les organismes.

Avec ces nouveaux appareils, il est possible de voir ce qui se passe dans leur intérieur, et cela tout le temps que dure l'expérience.

A cet effet, le cylindre est percé, aux deux extrémités d'un de ses diamètres, de deux trous, et dans ces trous sont maintenus solidement, au moyen de deux boulons, deux cylindres de quartz d'une limpidité parfaite.

M. Regnard avait pensé d'abord à employer des glaces de Saint-Gobain ; mais, à une pression de 1 000 atmosphères, les deux glaces, qui n'avaient pas moins de 5 centimètres d'épaisseur, ont éclaté et ont été projetées littéralement en poussière aussi fine que la poudre à sécher l'encre. Au contraire, les cylindres de quartz ont résisté parfaitement à 1 200 atmosphères de pression.

Les organismes en expérience introduits dans le cylindre et tout l'appareil prêt à fonctionner, une lampe électrique puissante (200 carcels) est placée vis-à-vis de l'un des trous, alors que, devant l'autre trou, est installé un microscope.

Sous l'influence de ce puissant éclairage, les animaux introduits dans l'appareil deviennent transparents, et rien n'est plus facile que d'observer et même de montrer à tout un auditoire, sur l'écran placé devant le microscope, tous les phénomènes qui se passent aux plus grandes profondeurs de l'océan.

Rien de plus curieux que de voir les petits crustacés enfermés dans l'appareil nager librement, puis donner des signes d'inquiétude lorsque la pression devient plus forte, puis être pris de mou-

vements tétaniques, et finir, sous l'influence de pressions considérables, par tomber au fond du vase qui les renferme, avec une rapidité telle que l'image projetée sur le tableau simule la neige tombant devant une vitre.

Tous les phénomènes observés *de visu* sont d'ailleurs absolument conformes aux résultats que M. Regnard avait annoncés; et les conclusions à tirer des expériences faites dans ces nouvelles conditions sont exactement celles que M. Regnard avait tirées des recherches qu'il a précédemment communiquées à la Société.

État du prépuce à la naissance chez les enfants juifs. — M. A.-M. BLOCH dit que, dans la dernière séance, à propos de l'hérédité problématique des modifications anatomiques en rapport avec des lésions chirurgicales chez les ascendants, on a parlé de la circoncision et qu'il n'a pas rencontré d'anomalies du prépuce parmi les enfants juifs qu'il a observés.

Désirant de plus amples informations, il s'est adressé à deux opérateurs de Paris, et il s'applaudit de cette démarche qui change complètement ce qu'il croyait être la vérité.

Les deux opérateurs ont fait 4799 circoncisions. Tous deux ont répondu que souvent, 2 fois sur 100 environ, ils ont affaire à des prépuces rudimentaires, ne couvrant pas le gland, presque nuls au frein, et s'étendant en croissant de lune vers la partie supérieure. Le fait, paraît-il, est connu depuis la plus haute antiquité. Les livres hébreux le mentionnent et édictent des prescriptions opératoires relatives à ces cas. L'opérateur n'ayant pas à circoncire doit se contenter de tirer quelques gouttes de sang en piquant le prépuce rudimentaire de l'enfant.

Il est, dit l'auteur, des exemples plus rares, 1/500 environ, d'absence complète du prépuce chez des enfants juifs.

Mais, dit M. Bloch, les traités d'anatomie signalent des anomalies et atrophies congénitales du prépuce.

Il s'agirait donc de connaître la proportion de ces anomalies sur 4799 enfants de non-circoncis pour résoudre la question et savoir si la lésion chirurgicale, perpétuée depuis si longtemps, entraîne chez les enfants juifs la présence plus fréquente de prépuces absents ou rudimentaires.

Considérations sur la méthode en dynamométrie physio-psychologique. — M. L. MANOUVRIER expose diverses considérations générales à propos des résultats dynamométriques récemment communiqués à la Société de biologie.

En premier lieu, l'infériorité de la force musculaire chez les sauvages en général n'est pas encore démontrée rigoureusement, non plus que l'infériorité des ouvriers par rapport aux hommes de professions libérales. Le nombre des observations est insuffisant. En outre, les recherches n'ont pas été faites d'une façon identique ni avec des instruments comparables entre eux. Enfin le développement musculaire des groupes étudiés n'a pas été mesuré, même approximativement.

M. Manouvrier signale, entre autres causes d'erreur, en dynamométrie, l'influence de la *mise en train*, qui est mécanique ou psychique. La première consiste dans des modifications circulatoires ou autres des muscles, des nerfs et des centres nerveux mis en jeu; la seconde consiste dans des modifications de l'attention, de l'excitation, etc.

M. Manouvrier conteste que l'influence des excitations auditives, visuelles, olfactives, etc., sur la force de serrement des mains puisse être révélée chez les sujets sains au moyen du dynamomètre. Entre le chiffre que donne un individu prié de serrer l'instrument et le véritable maximum qu'il peut atteindre en faisant le plus grand effort possible, la marge est plus ou moins considérable.

C'est dans cette marge que se trouvent répartis les accroissements attribués à telle ou telle sensation provoquée. Mais, comme l'influence des variations inconnaissables ou tout au moins inconnues de l'état psycho-physique du sujet se trouve mélangée à celle de la sensation provoquée; cette dernière n'est pas isolée, et, par suite, les conditions de la méthode expérimentale ne sont pas réalisées. Le seul chiffre qui puisse constituer un terme de comparaison vraiment solide est le chiffre maximum que peut obtenir le sujet en dehors de toute excitation provoquée, c'est-à-dire le chiffre qu'il ne peut dépasser suivant les caprices de son imagination. Alors, toute sensation simple, c'est-à-dire ne se rattachant à aucun état émotif, reste sans effet appréciable au dynamomètre.

Il peut se faire que les hystériques échappent à cette dernière observation et que les ingénieuses recherches de M. Féré sur des sujets de cette catégorie aboutissent à des résultats sérieux. Cependant il faut se défier, là aussi, des causes d'erreur énoncées plus haut, car il est possible qu'elles existent aussi bien que dans l'expérimentation sur les sujets ordinaires.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Programmes des concours pour les fonctions de suppléant et de chef des travaux dans les écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie (1).

I. — SUPPLÉANTS.

§ 1er. — *Suppléants d'anatomie et de physiologie.*

1° Composition écrite sur un sujet de physiologie :

Cinq heures sont accordées pour cette composition, qui a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.

2° Leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question d'anatomie descriptive, après trois heures de préparation dans une salle fermée ; les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.

3° Épreuves pratiques :

a) Une préparation extemporanée d'anatomie descriptive.

Cinq heures sont accordées pour cette épreuve.

b) Une préparation extemporanée d'histologie.

Quatre heures sont accordées pour cette épreuve.

4° Appréciation des titres et travaux scientifiques.

§ 2. — *Suppléants de pathologie et de clinique médicale.*

1° Composition écrite sur un sujet de pathologie interne (mêmes conditions).

2° Leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question de pathologie interne (mêmes conditions).

3° Épreuves pratiques :

a) Épreuve de clinique médicale : Examen clinique de deux malades.

Dix minutes sont accordées pour l'examen de chaque malade. Après un quart d'heure de réflexion dans une salle fermée, le candidat exposera, dans une leçon orale d'une demi-heure de durée au maximum, les résultats de son examen clinique et le traitement à prescrire.

b) Préparation extemporanée d'anatomie pathologique.

Quatre heures sont accordées pour cette épreuve.

4° Appréciation des titres et travaux scientifiques.

§ 3. — *Suppléants de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.*

1° Composition écrite sur un sujet d'anatomie chirurgicale ou topographique, et de pathologie externe (mêmes conditions).

2° Leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question de pathologie externe (mêmes conditions).

3° Épreuves pratiques :

a) Épreuves de clinique chirurgicale (mêmes conditions).

b) Épreuve de clinique obstétricale (mêmes conditions).

(1) Annexe au décret du 25 juillet 1885 (voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 693).

c) Une opération chirurgicale.
4° Appréciation des titres et travaux scientifiques.

§ 4. — *Suppléants d'histoire naturelle.*

1° Composition écrite sur un sujet de zoologie (mêmes conditions).
2° Leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question de botanique (mêmes conditions).
3° Épreuves pratiques.
a) Préparations d'histologie végétale et d'histologie animale.
Cinq heures sont accordées pour cette épreuve.
b) Reconnaissance de plantes et d'animaux.
4° Appréciations des titres et travaux scientifiques.

§ 5. — *Suppléants de physique et de chimie.*

1° Composition écrite sur un sujet de physique (mêmes conditions).
2° Leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question de chimie (mêmes conditions).
3° Épreuves pratiques :
a) Une analyse chimique.
Quatre heures sont accordées pour cette épreuve.
b) Une manipulation de physique.
Trois heures sont accordées pour cette épreuve.
4° Appréciation des titres et travaux scientifiques.

§ 6. — *Suppléants de pharmacie et matière médicale.*

1° Composition écrite sur un sujet de pharmacie (mêmes conditions).
2° Leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question de chimie (mêmes conditions).
3° Épreuves pratiques :
a) Une analyse chimique.
Quatre heures sont accordées pour cette épreuve.
b) Reconnaissance de produits pharmaceutiques.
Une demi-heure au plus est accordée pour cette épreuve.
4° Appréciation des titres et travaux scientifiques.

II. — CHEFS DES TRAVAUX

§ 7. — *Chef des travaux anatomiques et physiologiques.*

1° Préparation de pièces sèches sur un sujet d'anatomie humaine.
Le jury détermine le délai accordé aux compétiteurs pour cette préparation.
2° Une composition écrite sur une question de physiologie.
Cette composition est faite dans les conditions édictées pour le concours des suppléants.
3° Une leçon orale de trois quarts d'heure sur une question d'anatomie descriptive faite après trois heures de préparation dans une salle fermée; les candidats ne doivent s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.
4° Une préparation extemporanée d'anatomie descriptive.
Cinq heures sont accordées pour cette préparation, dont la démonstration publique ne devra pas durer plus d'un quart d'heure.
6° Une préparation extemporanée d'histologie.
Quatre heures sont accordées pour cette préparation (mêmes conditions).
6° Une opération chirurgicale ;
7° Appréciation des titres et travaux scientifiques.

§ 8. — *Chefs des travaux physiques et chimiques.*

1° Composition écrite sur une question de physique.
Quatre heures sont accordées pour cette composition : le candidat ne devra s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.
2° Leçon orale de trois quarts d'heure de durée sur une question de chimie, après trois heures de préparation dans une salle fermée; le candidat ne devra s'aider d'aucun ouvrage manuscrit ou imprimé.
3° Détermination de la nature des éléments chimiques d'un mélange donné.
Quatre heures sont accordées pour cette analyse qualitative dans un laboratoire de l'école, sous la surveillance d'un membre du jury. Un quart d'heure est accordé pour l'exposition publique des résultats obtenus.
4° Une manipulation de physique (mêmes conditions).
Trois heures sont accordées pour cette épreuve.
5° Appréciation des titres et travaux scientifiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La souscription ouverte par la Société médicale des hôpitaux pour le buste en bronze de M. Gueneau de Mussy s'élève, à ce jour, à plus de 1 000 francs.

Les membres du comité d'organisation : MM. les docteurs Féréol, Huchard et Fernet, continueront à recevoir les souscriptions jusqu'au 8 août, date fixée pour la clôture de la liste.

— Par décret, en date du 31 juillet 1885, les médecins militaires dont les noms suivent ont été promus et ont reçu les affectations ci-après :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — (Choix.) M. Derazey. — Est désigné pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nîmes.

Au grade de médecin-major de première classe. — (Choix.) M. Boucher. — Est désigné pour le 108e régiment d'infanterie.

M. Cordier est maintenu au 48e d'infanterie.

(Choix.) M. Granjux. — Est maintenu dans ses fonctions d'attaché à la direction du service de santé au ministère de la guerre.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Pascal. — Est maintenu au corps du Tonkin.

M. Grognet. — Est désigné pour le 27e d'infanterie.

(Choix.) M. Namin. — Est maintenu au 65e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 31 juillet 1885, ont été désignés :

M. le médecin-major de première classe Haas, pour le corps du Tonkin;

MM. les médecins-majors de deuxième classe : Chevassu, pour l'École supérieure de la guerre; — Delaye, pour le 5e bataillon de chasseurs à pied ; — Cristau, pour rentrer au 12e d'infanterie ; — Henry, pour être détaché au fort Carré à Antibes ; — Sourris, pour le corps du Tonkin ; — Mourey, pour les hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie.

MM. les médecins aides-majors de première classe : Petit, pour le corps du Tonkin ; — Lamerenx, pour le 77e d'infanterie ; — Tayac, pour les hôpitaux de la division d'Oran ; — Galibern, pour être attaché à la direction du service de santé du 12e corps d'armée ;

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe : Morel, pour l'hôpital de Sedan ; — Tillion, pour les hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie ;

M. le pharmacien aide-major de première classe Riser, pour le corps du Tonkin.

— MM. les médecins du XIVe arrondissement de Paris sont informés que, le jeudi 20 août 1885, il sera procédé, dans l'une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin du Bureau de bienfaisance. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Denigès est nommé chef des travaux chimiques et pharmaceutiques en remplacement de M. Larnaudie, dont la délégation est expirée.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Voici la liste des lauréats de la Faculté de Nancy pour l'année scolaire 1884-1885 :

Première année : Prix, M. Friant; mention honorable, MM. Riche et Legrain.

Deuxième et troisième années : prix d'anatomie et physiologie, M. Eugène Licht.

Quatrième année : M. Ruotte.

Prix de l'internat (fondé par le docteur Bénit), M. Beauquel; mention honorable, M. Haushalter.

— Le samedi 1er août a eu lieu l'inauguration du buste de Guerrier de Dumast, dans la cour du palais de l'Académie, à Nancy. Ce buste a été élevé à la mémoire du savant lorrain qui a tant fait pour obtenir la création des Facultés des lettres et des sciences; puis, plus tard, celle de la Faculté de droit. L'illustre Dumast avait toujours eu la passion la plus vive pour la nationalité lorraine, et c'est grâce à sa ténacité que la capitale de la Lorraine obtint du gouvernement le rétablissement, pour ainsi dire la résurrection de son ancienne Université.

Les événements de 1870-1871 ont ajouté aux trois Facultés existantes une Faculté de médecine et complété l'Université lorraine tant rêvée par Guerrier de Dumast.

Son buste est l'œuvre d'un très jeune et habile artiste lorrain, Schiff, qui s'est déjà fait remarquer à Nancy et au Salon de Paris.

— Sont admis à prendre part aux épreuves orales du concours pour l'obtention des bourses de licence près le Muséum d'histoire naturelle : MM. Censier, Lelandais, Loubignac, Marion, Sigaut et Vasticar.

— M. le docteur Faurot, licencié ès sciences naturelles, est chargé d'une mission à l'effet d'étudier, d'une manière spéciale, la faune de la mer Rouge et de chercher les rapports de cette faune avec celle de la Méditerranée et de l'océan Indien.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louvel (de Flers) et Guichard de Choisity (de Marseille).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18176.

N° 90. — JEUDI 6 AOUT 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 6 AOUT 1885. — N° 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La question des microbes dans la tuberculose se trouve remise sur le tapis par une découverte importante faite tout récemment dans le laboratoire de M. Cornil par deux de ses élèves.

Jusqu'ici on croyait que le microbe de Koch, ayant des réactions spéciales, se distinguait absolument de tous ceux qu'on peut rencontrer à l'état normal dans les organes ou dans les produits d'un individu bien portant; que, pour trouver ses analogues, il fallait aller les chercher dans la lèpre ou la syphilis ; mais qu'en dehors de ces maladies, faciles à reconnaître d'ailleurs, il était caractéristique, de telle sorte que la phthisie était elle-même démasquée par ce procédé de coloration qui le décelait.

Or il se trouve que ce procédé décèle également un autre microbe, d'une apparence tout à fait semblable et qui existe en grande quantité, en dehors de toute maladie, tant dans le smegma préputial que dans les excrétions onctueuses des organes génitaux externes et de la marge de l'anus.

Les membres de l'Académie qui sont allés à la bibliothèque voir les préparations de ces nouveaux microbes ont été vivement frappés de leur identité d'aspect avec ceux de la tuberculose. Ils avaient été colorés par les réactifs recommandés dans la recherche de ceux-ci, et il fallait être averti pour ne pas croire qu'on avait sous les yeux un crachat de phthisique.

Il faut donc laisser désormais aux histologistes consommés le soin d'arriver, s'il se peut, par des réactions délicates, à reconnaître les uns des autres ces microbes, tout à fait pareils pour le vulgaire des praticiens.

Le diagnostic microscopique de la phthisie fait, au pied levé, par des micrographes amateurs devient une fantaisie sans base scientifique.

M. Jules Guérin a fait sur le choléra de Paris une communication dans laquelle on admire son éternelle jeunesse et la puissance toujours aussi grande de ses facultés oratoires.

Malheureusement, pour être habile, sa démonstration nous a paru cette fois trop artificielle. Tenant à prouver que l'année dernière l'épidémie de choléra avait commencé à Paris dès le mois de juin, il a relevé avec soin les 16 décès par affection cholériforme qui s'étaient produits dans cette ville du 26 juin au 26 juillet, les 10 décès du 26 juillet au 26 août, les 8 décès du 26 août au 26 septembre, en réunissant à ces derniers ceux de l'épidémie d'Aubervilliers, etc.; il a fait relever aussi à la préfecture de police les cas d'affections cholériformes non suivis de décès en même temps signalés, et il a voulu trouver là les manifestations évidentes d'une épidémie qui se préparait. Nous avons attendu en vain la moindre réponse aux démonstrations qui avaient renversé d'avance cette hypothèse : aux comparaisons que nous avions faites entre ces décès de l'année dernière et ceux d'une année complètement indemne de toute épidémie cholérique, l'année 1881.

En ce qui touche la diarrhée infantile, il n'a pas été plus heureux. Des chiffres qu'il donne, il résulte que l'influence de la température est essentielle et prédominante. Vouloir chercher une proportion exacte entre les chiffres représentant les moyennes de température et les moyennes de décès, ce n'est jamais entré dans l'esprit de personne, car chacun comprend qu'il peut exister des variations accidentelles et que d'ailleurs entre ces chiffres le rapport ne serait pas de proportion, mais de progression. Dans l'extrême complication de tous les problèmes relatifs à la vie des hommes, il est déjà remarquable de trouver que la règle comporte si peu d'exceptions et conserve en somme tant d'évidence malgré la variabilité de tous les éléments accessoires.

Qui veut trop prouver ne prouve rien. Nous aurions voulu que M. Guérin se rappelât aujourd'hui ce proverbe; car, par une argumentation de cette nature, il nous a paru raffermir pour ses auditeurs la croyance en la doctrine de l'importation du choléra épidémique, croyance ébranlée par d'autres raisons, nous nous étions plu à le reconnaître.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Un nouveau cas d'albuminurie; régime lacté exclusif et régime mixte.

I

Le 8 de ce mois est entrée dans notre service, salle Laennec, n° 22, une femme âgée de vingt-sept ans, dont voici l'histoire, racontée par elle-même, mais qui doit subir

quelques corrections, comme nous allons le voir dans le cours de ce récit.

Le 3, à la suite d'une impression positive de froid, elle a été, dit-elle, prise d'enflure au visage. La tuméfaction aurait été telle en quelques heures qu'elle ne pouvait ni ouvrir les yeux ni fermer complètement la bouche. Dans la même journée, l'enflure s'étendait et gagnait tout le corps, si bien que le lendemain elle était à peu près totale. En même temps, la malade commençait à tousser, la voix devenait très enrouée, rauque; il y avait une oppression assez vive; des vomissements survenaient, etc., etc.; mais, ajoute la malade, sans aucun mouvement fébrile.

C'est ainsi qu'elle entrait quatre jours plus tard à l'hôpital avec cet ensemble symptomatologique et toujours sans la moindre fièvre.

Le diagnostic ne pouvait être incertain, car l'examen des urines, indiqué en pareil cas comme une des premières choses à faire, avait montré que celles-ci se prenaient en masse, qu'elles étaient rares, puisqu'elles ne dépassaient pas comme quantité le chiffre de 480 grammes dans les vingt-quatre heures, que leur densité était de 1020 et que la dose d'albumine, contenue dans les urines, était de 13 grammes par jour. L'analyse avait aussi montré une énorme diminution de l'urée, tombée au chiffre de $10^{gr},25$, ainsi que des chlorures, représentés seulement par le chiffre de 4 grammes. Quant à l'acide phosphorique, sa quantité normale, qui est de 3 grammes environ, était tellement réduite que l'on n'a plus trouvé que 96 centigrammes.

En résumé, la composition de l'urine se trouvait altérée dans sa totalité, et la présence d'une albumine grise, à gros flocons, démontrait l'existence d'une néphrite, dont le début remontait certainement à une date déjà ancienne. En effet, son abondance exceptionnelle dans l'urine, sa teinte d'un gris sale, sa précipitation immédiate au fond du vase en gros flocons isolés, à chaque émission d'urine, et sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir aucun réactif chimique non plus que la chaleur, l'absence dans l'urine de toutes traces de sang, enfin l'absence aussi de tout mouvement fébrile, nous conduisaient à rejeter d'emblée l'idée d'une néphrite aiguë. Nous avons porté tout de suite, au contraire, le diagnostic de néphrite parenchymateuse ancienne, et cela bien que la malade nous ait déclaré, le jour de son arrivée à l'hôpital, qu'elle n'était malade que depuis le 3 de ce mois, c'est-à-dire depuis cinq jours seulement.

Il y a six mois au moins, un an peut-être même, que l'organe rénal, chez elle, est altéré et que cette femme rend chaque jour de l'albumine dans ses urines. Et si elle avait conservé jusque-là, en apparence du moins, les attributs de la santé, si elle avait pu continuer à exercer l'état fatigant de blanchisseuse ; la maladie n'en existait pas moins, mais sa symptomatologie extérieure était restée encore à l'état latent.

Le refroidissement que cette femme a éprouvé le 3 de ce mois ne saurait donc pas être regardé comme le point de départ, comme le début de la maladie qui l'a conduite à l'hôpital; il n'a été qu'un incident dans le cours de son affection, incident sous l'influence duquel les symptômes extérieurs de la néphrite parenchymateuse ancienne ont éclaté tout à coup.

Un état des urines aussi accentué que celui que nous avons constaté chez notre malade est donc véritablement pathognomonique. Du reste, le diagnostic s'est trouvé absolument confirmé non seulement par la présence de l'albumine avec les caractères que nous venons de signaler, mais encore par l'altération complète, totale, de l'urine dans sa composition. Il a été confirmé aussi par les résultats d'un examen microscopique, qui nous a montré, dans cette urine, la présence de cylindres granulo-graisseux associés à des cylindres hyalins.

Nous sommes donc bel et bien, je le répète, en présence d'une néphrite chronique, ancienne, ayant évolué silencieusement depuis un temps que nous ne connaissons pas, depuis *x*..... temps, ayant éclaté subitement sous l'influence d'une cause extérieure (le refroidissement invoqué par la malade) et se montrant à nous par un anasarque soudain, par de la laryngite, de la bronchite et quelques vomissements, par une symptomatologie extérieure révélatrice d'une affection restée jusque-là ignorée de la malade.

Dès que le diagnostic a été porté, nous avons soumis immédiatement cette femme au régime lacté exclusif, seul traitement pouvant convenir en semblables circonstances. Ses effets ordinaires se sont produits, mais plus lentement que d'habitude en pareil cas : nouvelle démonstration de l'ancienneté de la néphrite et de sa gravité.

La diurèse a augmenté, et aujourd'hui, ou mieux dans les dernières vingt-quatre heures, la malade a rendu 4 litres d'urine, alors qu'à son entrée dans nos salles elle n'en faisait que 480 grammes dans le même espace de temps. L'albumine rendue aussi dans les vingt-quatre heures est tombée de 13 grammes, chiffre pris le lendemain de l'arrivée à l'hôpital, à 9 grammes. Ce n'est pas encore très brillant comme résultat, car l'albumine aurait pu, sous l'influence du traitement, diminuer d'une façon plus notable. Néanmoins c'est déjà quelque chose; mais ce qui est plus marqué, c'est l'amélioration survenue dans la composition totale de l'urine; ainsi la dose de l'urée est remontée de $10^{gr},25$ à 23 grammes; les chlorures sont actuellement de 11 grammes au lieu de 4; l'acide phosphorique se rapproche de la normale, sa dose dans les vingt-quatre heures étant maintenant de $2^{gr},5$ au lieu de 96 centigrammes le 9 de ce mois.

Certainement, nous sommes en droit d'espérer que nous gagnerons encore; cependant, au point de vue de l'albuminurie, les résultats obtenus ne me satisfont pas complètement, car, en somme, la diminution n'est que de 4 grammes après treize jours de traitement par le régime lacté exclusif. Enfin cette faible amélioration est une nouvelle confirmation du diagnostic de néphrite ancienne et du pronostic sérieux que nous avons émis dès les premiers jours.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel MOLLIÈRE.

Angiome congénital de la face postérieure de la jambe et de la cuisse; varices récentes; allongement hypertrophique du fémur et du tibia; troubles circulatoires hémilatéraux.

(Observation recueillie par M. René DUZÉA, interne du service.)

Parmi les lésions congénitales qui affectent l'appareil tégumentaire, une des plus vulgaires est celle qui s'adresse à l'élément vasculaire de cet appareil, c'est-à-dire le nævus ordinaire superficiel, unique ou multiple. Mais il n'en est plus de même des nævi d'étendue considérable, occupant une assez large surface du tronc, des membres ou de la face; et parmi cette seconde classe, si les uns sont placés

sans ordre apparent du moins et ne paraissent intéresser que l'élément cutané, il en est d'autres, beaucoup plus rares encore, qui occupent tout un segment des membres ou du tronc, intéressent les parties profondes, le squelette même, et offrent une véritable systématisation dans leur distribution.

Le malade qui fait l'objet de l'observation suivante représente le type parfait de cette seconde catégorie, tant par l'étendue de sa lésion congénitale que par son caractère d'hémilatéralité et ses réactions hypertrophiques.

Le nommé Q... (Louis), corroyeur, âgé de trente-quatre ans et originaire de Lyon, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Daniel Mollière, salle Sainte-Marthe, le 31 décembre 1884, pour des varices de la jambe droite. Le début de ses varices remonte, dit-il, à quelques années : elles seraient survenues insensiblement et auraient augmenté progressivement sous l'influence de sa profession qui l'oblige à rester presque constamment debout.

Il ne présente aucun antécédent héréditaire et a toujours joui d'une bonne santé. On ne note dans son passé aucune maladie sérieuse.

Nous constatons, à son entrée, une dilatation un peu serpentine des subdivisions jambières de la veine saphène interne et surtout du réseau cutané, qui tranche nettement, par des lacis bleuâtres, sur le ton mat de la peau ambiante. Outre ces dilatations veineuses du dos du pied et de la face interne de la jambe droite, on observe, un peu plus en arrière, sur toute la face postéro-externe de la jambe, sur la moitié externe de la face dorsale du pied correspondant, sur toute la partie postérieure de la cuisse et de la région lombo-sacrée droite jusqu'au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, un énorme nævus caractérisé par une teinte d'un rouge vineux type et une très légère saillie du tégument. La teinte est du reste d'autant plus foncée qu'on se rapproche des parties déclives; son maximum de coloration correspond au dos du pied et est plus accusé si le malade se tient dans la position verticale. Sur les bords latéraux et à la partie supérieure, la teinte plus claire se fond peu à peu avec celle des téguments voisins. Le malade a toujours eu cette immense tache; ce nævus est congénital, tandis que les varices sont beaucoup plus récentes; elles ne datent que de sept ou huit ans. Sous l'influence du froid, la teinte rouge devient de plus en plus foncée, le pied présente alors une coloration violet noir.

Si nous comparons les membres inférieurs, nous constatons une différence thermique très nette, perceptible même au simple toucher. Ces différences, étudiées et vérifiées au moyen de thermomètres à température locale, ont varié, suivant les diverses expériences, entre 4 et 8 dixièmes de degré, en faveur du côté correspondant au nævus.

De plus, le membre inférieur droit est plus volumineux que le gauche; le pied et surtout les orteils présentent un léger degré d'éléphantiasis chronique. La jambe droite, à sa partie moyenne, présente une circonférence de 34 centimètres, la gauche de 24 centimètres seulement, mesurées en un point symétrique. Cette hypertrophie, du reste, ne porte pas exclusivement sur les parties molles; et, à un examen même superficiel, en comparant les deux tibias, on constate nettement une augmentation de volume et de longueur du tibia droit. En évitant le plus possible les chances d'erreur et en multipliant le nombre des mensurations, nous avons obtenu les moyennes suivantes :

Comme largeur de la face externe du tibia droit, prise à la partie moyenne au moyen d'un compas d'épaisseur, nous avons trouvé le chiffre de 45 millimètres.

En procédant de la même façon et au même niveau sur le tibia gauche, nous n'avons obtenu que 37 millimètres, ce qui nous donne 8 millimètres en faveur du tibia droit.

Mesurant ensuite la longueur de ces deux os, de l'épine tibiale au milieu de la ligne bi-malléolaire, nous avons trouvé, pour le tibia droit, une longueur de 38 centimètres, tandis que, pour le tibia gauche, nous n'avons trouvé que 36 centimètres et demi.

Du côté du fémur, nous avons noté une différence de longueur également sensible :

Le fémur droit, mesuré de l'extrémité supérieure du grand trochanter à la tubérosité du condyle externe, nous a donné une longueur de 45 centimètres; tandis que le fémur gauche n'en présentait que 43.

Cet allongement du membre inférieur droit était corrigé par une inclinaison latérale du bassin à gauche, inclinaison facilement appréciable. Quand on faisait mettre le malade dans la station debout, l'épine iliaque antéro-supérieure gauche était manifestement abaissée. Cette inclinaison latérale du bassin était du reste compensée elle-même par une légère courbure latérale de la colonne lombaire.

Du côté des membres supérieurs, nous n'avons pas noté de différence dans leur longueur réciproque, pas de différence appréciable de volume entre chaque côté du tronc.

Une exploration attentive de la sensibilité ne nous donne pas de différence entre les deux moitiés symétriques du corps et du tronc. Pourtant, du côté du membre inférieur droit, il y a parfois, mais non d'une façon continue, un certain degré de parésie, d'engourdissement, surtout quand le malade est resté longtemps dans la station debout. Le membre inférieur droit est plus paresseux et se fatigue plus vite que le gauche.

Nous avons déjà signalé précédemment une hyperthermie manifeste en faveur du membre inférieur droit; cette élévation de température est nettement perçue par le malade; il sent ce membre plus chaud que l'autre. En plaçant la jambe droite sur la gauche, il a une impression de chaleur; dans l'expérience inverse, il a une sensation de froid.

Fréquemment le malade se plaint d'une impression de froid au pied gauche, et il insiste sur ce point; pareil phénomène ne se produit jamais à droite. Il se plaint encore de secousses musculaires ou de crampes fréquentes dans la cuisse et la jambe droites. Pourtant, pas de fourmillements, pas de trépidation épileptoïde de ce côté. L'acuité des réflexes paraît être égale des deux côtés.

Enfin, quand le malade fait un peu d'exercice, quand il marche pendant quelque temps, le membre inférieur droit devient rouge, comme érythémateux, même en dehors des places occupées par le nævus, tandis que rien de semblable ne s'observe à gauche. Cette rougeur est encore disséminée sur le côté droit du tronc et de la face; mais c'est surtout sur l'oreille droite que le phénomène a son maximum.

Relativement à la sécrétion sudorale, nous notons une hyperhydrose manifeste de l'aisselle droite, de tout le membre inférieur droit, et surtout du pied du même côté.

Le système pileux est également plus développé de ce côté.

Ajoutons, en terminant, que nous n'avons pas noté de différence appréciable dans les sensations perçues par les organes de l'audition, de la vision et du goût. Pourtant, à plusieurs reprises, la pupille droite nous a paru un peu plus dilatée que la gauche.

L'état des organes splanchniques, thoraciques et abdominaux, ne nous a présenté rien de particulier.

Le pouls droit nous a paru un peu plus plein, plus fort à droite qu'à gauche.

Disons enfin que ce nævus n'a aucune tendance envahissante; il reste stationnaire.

En résumé, des détails de cette observation, nous pouvons conclure que nous sommes en présence de troubles circulatoires, d'une véritable exagération de la circulation, d'une hypercirculation sanguine dans tout le côté droit de notre malade, exagération circulatoire se traduisant, du côté du membre inférieur, où elle est le plus accusée, par un nævus immense, par des varices consécutives et un certain degré d'éléphantiasis; et, du côté du membre, du tronc et de la face, par une élévation de la température, par de la lourdeur, de la rougeur, de l'hyperhydrose et de la mydriase.

Nous avons recherché s'il existait dans la science des observations se rapprochant de la nôtre; nous en avons trouvé quelques-unes s'y rapportant par de certains côtés; mais aucune ne signale de troubles circulatoires congénitaux aussi accusés, d'une si grande étendue; et, dans aucune non plus, nous n'avons remarqué ce caractère d'hémilatéralité qui fait surtout l'intérêt de notre cas, à part le fait suivant dû à Rayer :

Rayer (*Traité des maladies de la peau*, 1827, t. II, p. 234) cite le cas très remarquable d'un homme de vingt-quatre ans qui présentait au bras droit, à la jambe et sur la moitié droite du tronc, des taches très épaisses d'un rouge vineux et confluentes par places, la moitié gauche du corps étant absolument exempte de lésions.

Fergusson, dans une observation dont les détails ont été donnés entièrement par Smith (*Medical Times and gaz.*, 1851), a trouvé la jambe correspondant à la lésion beaucoup plus grosse que l'autre. Des mensurations exactes confirment cette hypertrophie.

Enfin Krause a publié, dans les *Archives* de Langenbeck, en 1861, une observation rapportée également dans le traité de Pitha et Billroth, ayant trait à un angiome du membre supérieur et où il signale un allongement manifeste du membre correspondant.

En présence de l'observation de Rayer et de notre cas, que pouvons-nous conclure ou plutôt présumer au point de vue de la pathogénie des troubles circulatoires congénitaux, plus accusés objectivement à certains points, mais présentant des phénomènes subjectifs réels dans toute une partie du corps?

Évidemment aucune des théories données pour élucider la pathogénie si obscure des angiomes ne peut s'appliquer d'une façon suffisante à notre cas. Une lésion du système artériel veineux ou capillaire ne peut donner la clef d'une hypercirculation aussi étendue et aussi systématisée; si elle suffit à expliquer le nævus lui-même et les varices, elle ne peut convenir aux autres troubles signalés : mydriase, hyperhydrose, etc. Tous ces phénomènes relèvent de plus haut; leur caractère congénital et leur disposition nous amènent à rechercher leur cause dans un trouble, un modus spécial du système vaso-moteur commandant à la circulation de la moitié droite du corps. Sont-ce les centres nerveux cérébraux ou médullaires, origines du sympathique et des nerfs vaso-dilatateurs qui sont en cause? Nous ne pouvons répondre à cette question, devant l'absence complète de détails anatomo-pathologiques. Nous ne pouvons que préjuger, en supposant plus probablement une disposition spéciale des centres nerveux cérébraux commandant au système vaso-dilatateur droit, disposition hypothétique, il est vrai, mais qui seule nous permet de comprendre l'étendue et l'hémilatéralité de cette vaso-dilatation congénitale et constante.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 août 1885. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance non-officielle comprend un pli cacheté adressé par M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

M. le Président a le regret d'annoncer la mort de M. H. Milne-Edwards, membre associé libre.

RAPPORTS

M. G. Bouchardat, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources pour l'usage médical. Les conclusions de M. le rapporteur sont votées sans discussion.

COMMUNICATION

Le choléra à Paris en 1884. — M. Jules Guérin rappelle que, dans la séance du 27 juillet dernier, il prenait l'engagement de soumettre à l'Académie une histoire du choléra de Paris pendant l'année 1884, plus conforme aux faits que celles présentées jusqu'alors. Cet engagement, il veut le remplir.

Il se propose de montrer :

1° Qu'au point de vue de l'observation pure, dégagée de toute discussion doctrinale, on a longtemps méconnu à Paris, comme on l'avait fait à Toulon et à Marseille, les cas de maladie propres à établir l'existence du choléra, bien antérieurement à l'époque où l'épidémie a fait explosion.

2° Qu'à Paris, comme à Toulon, comme à Marseille, il n'a pas été possible de découvrir la moindre trace d'importation; qu'au contraire, à la faveur des faits méconnus ou supprimés, il a été possible de constater, dès sa première origine, la naissance de la maladie sur place, d'en suivre le développement et l'extension sous l'empire de la constitution médicale qui l'avait précédée et qui l'a accompagnée et suivie jusqu'à sa disparition.

3° Que les différentes phases, les différents modes de manifestation, les différentes formes et degrés du choléra de Paris, reliés entre eux par leur communauté d'origine, ont permis d'établir à nouveau l'unité de la maladie, contrairement à la doctrine de la dualité cholérique : *choléra nostras* ou *indigène*, et *choléra indien*.

4° Finalement, que, vu l'origine indigène du choléra, il y a lieu de supprimer tous les cordons sanitaires maritimes et terrestres et de réduire la prophylaxie anticholérique aux moyens d'assainissement des milieux et de surveillance de la santé publique.

Au sujet de l'épidémie de Paris, considérée partout et par tous les auteurs comme ayant débuté vers le 10 novembre 1884, pour prévenir toute équivoque et toute contradiction, dit M. Jules Guérin, il convient de reconnaître qu'à cette date, en effet, la maladie a acquis des proportions et une intensité qui n'ont pu la faire méconnaître et qui ont permis de la qualifier d'épidémie. Mais il faut reconnaître aussi qu'antérieurement à cette date, un certain nombre de cas isolés avaient apparu çà et là, lesquels ou bien avaient été absolument niés ou mis sur le compte de pseudo-choléra, choléra nostras, etc. Ces faits, infiniment plus caractérisés qu'on ne l'a dit, ont donc été méconnus ou détournés de leur signification.

Du compte rendu officiel de la préfecture de police, il résulte que, du 25 juin 1884 au 24 octobre de la même année, 166 cas de choléra ou d'affections cholériques graves avaient été signalés à Paris ou dans la banlieue. Il y avait eu, à Aubervilliers, 25 cas et 16 décès; dans la banlieue, 38 cas et 27 décès; à Paris, 103 cas, 40 décès; c'est-à-dire, pour l'ensemble, une mortalité de 50 p. 100.

Ces 166 cas de choléra réalisés de Paris et de la banlieue n'ont été que le témoignage de l'évolution cholérique disséminée et non encore généralisée. Ils suffisent pour servir de lien entre eux et les manifestations plus nombreuses et moins accusées de la constitution médicale. C'est le produit commun d'un ensemencement dont les graines n'ont levé d'abord que successivement et par intervalles avant la levée générale.

Les faits prouvant la constitution médicale se divisent en deux catégories : la première, fournie par la population générale; la seconde, par la population infantile, par ce qu'on est convenu d'appeler improprement l'athrepsie infantile. M. Guérin cite le témoignage de praticiens qui ont eu à soigner un grand nombre de diarrhées dans le mois de juillet, et le relevé statistique de l'état sanitaire de l'armée pendant la même époque.

Il rappelle que du 11 au 17 juillet la mortalité athrepsique s'était élevée au chiffre énorme de 251. Pour écarter les objections tirées des influences saisonnières, il a fait faire le relevé des trois an-

nées 1883, 1884 et 1885, tant en ce qui touche la moyenne des températures que le nombre des décès semaine par semaine, pendant les mois de mai, juin et juillet.

Il a trouvé qu'en 1883 à une moyenne générale de température de 15,84 avait correspondu une moyenne de 164 décès athrepsiques par semaine ; en 1884, à une moyenne de température de 15,76, une moyenne hebdomadaire de 86 décès ; en 1885, à une moyenne de température de 15,48, une moyenne de 70 décès.

La différence de température est faible, celle de mortalité est forte.

Prenant ensuite les moyennes des vingt premiers jours de juillet de chaque année, il a trouvé que, pendant ce laps de temps en 1883, la température ne s'étant élevée qu'à 18°,46 en moyenne, la mortalité athrepsique s'était élevée jusqu'à 133 ; qu'en 1884, la température s'étant élevée jusqu'à une moyenne de 20,93, il n'y avait eu que 151 décès (chiffre, suivant lui, proportionnellement inférieur), et qu'en 1885, la température ayant été de 17,69, la mortalité avait été de 79.

Il n'y a donc, dit-il, aucune concordance régulière entre les chiffres proportionnels de la température et de la mortalité. Choisissant ensuite une semaine dans ces trois années, celle du 11 au 17 juillet, il montre que pour cette semaine, s'il est vrai que la mortalité la plus considérable corresponde à la température la plus élevée (en 1884, 21°,56, 251 décès), en 1883 la température n'étant que de 15,54, la mortalité était encore de 178, et qu'en 1885, la température étant de 17,42, la mortalité avait été de 80.

D'où il résulte, dit M. Guérin, que, dans les trois opérations, ces rapports entre la température et la mortalité n'ont jamais exprimé qu'une progression d'une certaine concordance pour toutes les années indistinctement, toutefois avec des écarts particuliers, accidentels, mais qui se sont montrés aussi bien dans les années ordinaires que pendant celles avec athrepsie exagérée.

M. Guérin s'attache à démontrer qu'il n'y a pas eu d'importation ; il pose en fait que tous les cas sans exception se sont développés chez des individus ne venant d'aucune localité infectée et n'ayant eu aucun rapport avec des malades de cette provenance. Il rappelle que les cas se sont montrés sur des points différents et plus ou moins éloignés les uns des autres, dans des conditions exceptionnelles d'insalubrité, et que tous se sont éteints sur place sans porter ailleurs le germe de leur propre origine. Il considère comme simultanés les cas d'Aubervilliers, cas entre lesquels il n'y a pas eu l'intervalle nécessaire pour une période d'incubation telle que l'eût exigée une infection faite de proche en proche.

Suivant lui, l'épidémie de Paris n'a rien offert qui puisse servir à perpétuer l'idée d'une dualité cholérique quelconque et ébranler celle de l'unité. Ni les ébauches de la période préépidémique, ni les cas plus complets de l'épidémie réalisée, ni la gravité plus fréquente de ces derniers, ni les symptômes, ni les lésions cadavériques, ni enfin la dissémination ou la concentration des uns et des autres, tous reliés entre eux par leur communauté d'origine, ne présentent aucune particularité différentielle susceptible d'autoriser désormais la dualité essentielle et primitive de la maladie.

M. Jules Guérin termine en exprimant le désir de voir disparaître le plus tôt possible les cordons sanitaires maritimes ou terrestres qui ne servent à rien.

COMMUNICATION

Sur les microbes des sécrétions des ulcères syphilitiques. — M. CORNIL. Ces microbes ont été décrits cette année par Lustgarten, qui les a rencontrés aussi dans les coupes du tissu induré du chancre et des plaques muqueuses. Le procédé de coloration des bacilles découverts par Lustgarten paraissait leur appartenir en propre et les caractériser absolument d'après cet auteur, du moins par rapport à tous ceux qui se rencontrent dans des produits nouveaux.

MM. Alvarez et Favel ont entrepris, sur les conseils de M. Cornil, de contrôler ces recherches, et ils sont arrivés à découvrir et à spécifier un microbe nouveau qui existe à l'état normal dans les sécrétions de la muqueuse des organes génitaux externes, dans le smegma préputial, et qui possède tous les caractères de coloration du bacille de la syphilis de Lustgarten, une forme et des dimensions identiques.

Ce même bacille du smegma présente à peu de chose près les mêmes diamètres que celui de la tuberculose et de la lèpre et ses réactions colorantes pourraient le faire confondre avec ces derniers si l'on n'employait pas des procédés rigoureusement exacts dans la recherche des bacilles du tubercule dans l'urine et les ulcères tuberculeux des organes génitaux.

M. Cornil communique un résumé des recherches de MM. Alvarez et Favel, recherches qui les ont conduits aux conclusions suivantes :

1° Il existe dans quelques sécrétions normales de l'organisme un bacille qui n'a pas été signalé jusqu'à présent.

2° Ce bacille est identique par sa forme et ses réactions colorantes à celui que Lustgarten a décrit comme spécial à la syphilis.

3° Il se peut que le bacille que Lustgarten a trouvé dans les coupes de produit et dans les sécrétions syphilitiques ne soit que le bacille banal.

4° Notre bacille a une grande ressemblance de forme avec le bacille de la tuberculose et présente plusieurs des réactions colorantes considérées jusqu'ici comme spéciales au bacille de Koch et à celui de la lèpre.

5° Il se distingue du bacille de la tuberculose, en dehors de sa moindre épaisseur et de son aspect moins granuleux, conditions difficiles à apprécier dans un examen isolé : par sa moindre résistance à l'alcool après coloration par la fuchsine et traitement par l'acide nitrique. Il s'en distingue, en outre, par l'insuccès de coloration d'après la méthode d'Ehrlich au violet de méthyle.

6° Dans le diagnostic clinique de la tuberculose par l'examen histologique des sécrétions, on devra tenir compte de ces faits.

Assurément, dit M. Cornil, le travail de MM. Alvarez et Favel est encore incomplet ; ils n'ont pas réussi à cultiver le bacille du smegma et, par suite de cette lacune, ils ne peuvent dire s'il est pathogène.

Mais il n'en est pas moins vrai que le bacille du smegma possède toutes les propriétés de coloration, de forme et de grandeur du bacille de Lustgarten.

Comme ce dernier auteur n'a pas non plus cultivé son bacille, on ne peut invoquer les caractères donnés par la culture, et les résultats des recherches de MM. Marey et Favel doivent rendre très circonspects avant d'admettre que le bacille de Lustgarten est en réalité la cause de la syphilis.

LECTURE

Sur la désinfection des wagons ayant servi au transport des animaux. — M. REDARD, médecin en chef des chemins de fer de l'État, a fait une série d'expériences d'où il résulte que l'acide phénique, le chlorure de zinc, le sulfate de zinc, le nitro-sulfate de zinc, le soufre, employés dans les conditions où on s'en sert aujourd'hui pour la désinfection des wagons, ont une action absolument nulle sur les virus ; que la désinfection pratiquée avec de la vapeur humide qui n'a pas une température au-dessus de 100 degrés est inefficace ; qu'au contraire, avec la vapeur surchauffée à 110, facile à produire au moyen d'un appareil qu'il décrit, on détruit sans difficulté les bacilles les plus résistants.

Le procédé de désinfection est d'une extrême simplicité, d'un prix peu élevé. Il vient d'être expérimenté sur les chemins de fer de l'État, « et nous espérons, ajoute M. Redard, le voir bientôt expérimenter sur les autres réseaux ».

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er août 1885. — Présidence de M. D'ARSONVAL.

COMMUNICATIONS

Virulence du bubon chancreux. — M. STRAUS a continué les expériences qu'il a entreprises sur la question de savoir si le

pus du bubon qui accompagne le chancre mou est ou non virulent. On se rappelle que, dans plusieurs communications (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884 et 1885) qu'il a faites à ce sujet à la Société, il était arrivé à cette conclusion que le pus n'était pas inoculable. Après un très grand nombre de nouvelles expériences, il se trouve obligé de modifier cette conclusion et de reconnaître que la virulence du bubon qui accompagne ce chancre mou existe, mais qu'elle est extrêmement rare. La loi qui a été formulée par Ricord est donc vraie, mais non dans la proportion de 50 p. 100 qui a été donnée jusqu'ici.

M. Straus a également reconnu, dans ces expériences, qu'un bubon, qui, au moment, de son ouverture, n'est pas virulent, peut le devenir quelques jours après.

Lésions du rein dans le diabète. — M. STRAUS a étudié les lésions histologiques du rein dans le diabète. Il a pu confirmer la découverte de M. Armanni (de Naples) relativement aux lésions de l'épithélium des tubes droits du rein chez les malades morts du diabète. Dans deux autopsies de diabétiques, il a constaté, de la façon la plus nette, la lésion qu'il appelle lui-même la lésion d'Armanni.

Action du pneumo-gastrique. — M. GLEY a constaté la suspension de l'action modératrice du pneumogastrique sur le cœur, chez des lapins dont le cœur avait été préalablement ralenti par le refroidissement général. Il explique ce fait en admettant que le sens de l'action nerveuse est modifié, justement parce que l'organe terminal a été placé dans les conditions mêmes où normalement le met cette action nerveuse, quand elle s'exerce. M. Gley discute cette interprétation et l'étend à certains phénomènes vaso-moteurs, qu'il a commencé à étudier de ce point de vue.

M. Gley a étudié l'état de la pression sanguine et de la circulation cérébrale pendant le sommeil produit par le glucoside du boldo, dont M. Laborde a exposé déjà l'action physiologique générale à la Société. Il résulte des expériences de M. Gley que pendant le sommeil boldique il y a un certain degré d'anémie cérébrale.

Monilia sputicolia. — M. GALIPPE montre l'appareil à l'aide duquel il a pu obtenir le monilia sputicolia, qu'il a trouvé dans la salive.

Extraction du gaz des feuilles. — M. GRÉHANT a renouvelé les expériences qu'il a déjà fait connaître en se plaçant, selon le conseil de M. Paul Bert, dans les conditions de la température ordinaire. Les résultats obtenus dans ces conditions diffèrent peu de ceux qu'il avait obtenus à la température de 50 degrés. A la température ordinaire, on trouve peu d'acide carbonique, une quantité d'oxygène inférieure à celle de l'air et de l'azote. A 50 degrés, on trouve plus d'acide carbonique et moins d'oxygène. A 100 degrés, on trouve beaucoup d'acide carbonique et presque plus d'oxygène.

Hérédité des lésions chirurgicales. — M. GRÉHANT communique les résultats d'expériences entreprises par M. Philippoteaux sur ce sujet. M. Philippoteaux a coupé la queue à des chiens pendant plusieurs générations ; jamais les produits n'ont présenté la moindre altération du côté de la queue.

Excitation lumineuse. — M. A.-M. BLOCH présente une série d'expériences relatives à la durée minima d'une excitation lumineuse capable de donner la sensation visuelle.

Il s'attache à mesurer exactement le temps de l'excitation ainsi que l'intensité de la lumière employée et décrit l'instrumentation qui lui a permis d'atteindre ce but.

Puis, après avoir cherché quelle lumière cessait d'être vue pour le temps d'excitation le plus court possible, soit 1/1119e de seconde, il apprécie l'intensité lumineuse en expérience au moyen des procédés ordinaires de photométrie et l'estime à un papier blanc éclairé par une bougie située à 3m,47 du papier.

Cela posé, il fait varier soit le temps de l'excitation, soit la valeur de l'éclairage et cherche la relation entre ces deux facteurs.

Il conclut en disant, sous réserve, que, pour de faibles lumières, les temps de l'excitation sont en raison inverse de l'intensité lumineuse, c'est-à-dire que, pour une lumière double, par exemple, il faut une durée d'excitation moitié moindre, si on veut arriver à la cessation de la sensation visuelle.

Il se propose d'utiliser ces expériences pour établir un nouveau procédé de photométrie.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

255. M. COLLE. Des fistules osseuses d'origine dentaire. — 256. M. ESCARRAS. Des varices du thorax et des membres supérieurs ; leur valeur séméiologique dans les tumeurs du médiastin. — 257. M. GOSSET-DESLONCHAMPS. Étude expérimentale sur les effets physiologiques du guarana et de la guaranine. — 258. M. Henri MARTIN. Contribution à l'étude des affections chroniques de l'ascite moyenne. — 259. M. COMPAIN. Contribution à l'étude des injections hypodermiques de chlorhydrate de cocaïne. — 260. M. BERMONT. Contribution à l'étude des signes physiques des anévrysmes artériels, et particulièrement des anévrysmes intra-thoraciques. — 261. M. CARILLON. Observations sur la tuberculose. — 262. M. CHAPARD. La roséole squameuse dans ses diverses formes. — 263. M. NOTIN. Étude sur les papillomes simples. — 264. M. BOURGUET. Cautérisation dans les tumeurs récidivantes. — 265. M. ROGER. Étude comparative de l'ostéotomie et de l'ostéoclasie dans le traitement du genu valgum. — 266. M. BOUDON. Étude critique sur l'opération césarienne et l'opération de Porro. Manuel opératoire. — 267. M. MAGNIER. Contribution à l'étude de l'ulcération dans les tumeurs bénignes. — 268. M. LANNES. Des fractures multiples de la clavicule.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 août 1885, M. Hébert, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de Paris, a été promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Pendant les vacances, le secrétariat de la Faculté sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures, du mercredi 5 août au samedi 10 octobre 1885. Pendant cette même période, M. le secrétaire recevra tous les mercredis de une heure à trois heures.

La bibliothèque de la Faculté et le musée Orfila seront ouverts : 1° pendant le mois d'août 1885, tous les mardis seulement, de midi à quatre heures ; 2° du 1er septembre au 10 octobre inclusivement, le mardi, le jeudi et le samedi de chaque semaine, de midi à quatre heures.

— Le sujet donné aux élèves de l'École des beaux-arts dans la section d'architecture pour le grand prix de Rome de cette année est : « Une Académie de médecine. »

— D'après la *Gazette officielle* d'Espagne, l'épidémie cholérique a suivi la marche suivante depuis le commencement :

Au 7 juillet.	28042 cas,	12347 décès.
Du 8 au 14 juillet.	9819 —	4718 —
Du 15 au 21 —	12703 —	5311 —
Du 22 au 28 —	19305 —	8104 —

Soit un chiffre total de 69 869 cas et 30 480 décès.

Seize provinces ont été déclarées officiellement infectées. Ce sont, dans l'ordre d'invasion, les provinces de Murcie, Valence, Castillon, Alicante, Tarragone, Cuença, Albacete, Teruel, Tolède, Madrid, Saragosse, Badajoz, Grenade, Zamora, Soria, Jaen. Il y a eu, en

outre, des cas et des décès plus ou moins nombreux dans les provinces de Logrono, Alava, Ciudad-Real, Malaga, Cadix, Cordoue, Navarre, Burgos, Almeria, Valladolid, Huesca, Lerida, Barcelone, Guadalajara, Salamanque et Gérone.

En résumé, il reste encore aujourd'hui seize provinces à l'abri de l'épidémie.

— On nous annonce la mort de M. le docteur G. Restellini, premier chirurgien de l'Hôpital-Majeur de Milan et professeur de clinique chirurgicale au même hôpital.

— M. le docteur Paul Segond, agrégé, suppléant M. le professeur Trélat, a commencé aujourd'hui mercredi 5 août 1885, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital de la Charité, ses leçons de clinique chirurgicale. Il les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18188.

N° 91. — SAMEDI 8 AOUT 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 8 AOUT 1885. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Arrachement du gros intestin.

Le souvenir de Caton d'Utique nous revenait à l'esprit lundi à propos d'un homme qu'allait opérer M. Peyrot, suppléant actuel de M. le professeur Richet et de M. le professeur Panas dans leurs services à l'Hôtel-Dieu.

Cet homme, dont d'ailleurs le suicide ne rappelle en rien par ses causes celui de l'illustre Romain, s'était, lui aussi, comme l'histoire le raconte pour ce dernier, non seulement ouvert le ventre, mais, après cela, arraché les entrailles à travers la plaie.

En effet, quand on découvrit cette plaie, on vit, en sortant, non, comme d'ordinaire en pareil cas, des anses d'intestin soutenues par un mésentère, mais une sorte de boyau noirâtre exhalant une odeur de gangrène, ne tenant que par ses deux extrémités, isolé sur toute sa longueur, formant une anse qui pouvait descendre presque jusqu'aux pieds de cet homme.

La plaie n'avait qu'une longueur de deux travers de doigt environ ; elle était située presque sur la ligne médiane entre l'épigastre et l'ombilic. Elle donnait issue à une masse assez volumineuse, d'où se détachait l'anse en question.

Qu'était-ce que cette anse ? que représentait-elle, et comment se trouvait-elle dégagée de toute adhérence avec le reste des tissus ?

L'idée qui venait la première, c'est que ce devait être de l'intestin grêle, dont la ligne d'union avec le mésentère avait cédé par suite d'un effort de traction. Mais quand on la suivait jusqu'au bout, on voyait chaque extrémité plonger isolément dans une espèce de tube rosé qui avait tout l'air d'être une section du gros intestin.

Supposer l'invagination d'une anse d'intestin grêle dans le gros intestin n'était pas possible. En effet, si tel avait été le cas, l'anse d'intestin invaginée aurait eu ses extrémités sortant toutes deux d'un même point, au lieu que chacune sortait, à une assez grande distance de l'autre, d'une section de tube différente.

Le reste de la masse herniée semblait constitué par des replis épiploïques ; mais la plaie était trop étroite pour qu'il fût facile de rien discerner avec netteté.

En conséquence, M. Peyrot commença par faire une incision qui prolongeait la plaie de quatre à cinq travers de doigt et contournait en bas l'ombilic. Puis, ayant mis à découvert l'intérieur du ventre et les anses intestinales, il déroula l'intestin grêle à partir de son point d'union avec l'estomac. Il parvint ainsi jusqu'au *cæcum*, sans avoir trouvé dans tout cet espace aucune solution de continuité.

La conclusion s'imposait, évidente. L'anse herniée ne pouvait appartenir qu'au gros intestin ; et, en effet, il ne se trouvait pas de côlon en dehors de cette anse.

Elle portait, sur un point, vers l'extrémité droite, une petite plaie par laquelle s'écoulait un peu de matière fécale ; mais partout ailleurs elle représentait un tube fermé. Qu'était-ce donc ? On s'assura que c'était la muqueuse du gros intestin détachée de sa tunique musculeuse. Le coup de couteau avait entamé sur deux points cette tunique musculeuse, et le blessé, saisissant l'intestin avec ses mains, avait décollé par arrachement les adhérences entre les tuniques intestinales, entraînant, surtout vers le milieu, de longs fragments de la tunique musculeuse déchirée avec la muqueuse qui résistait.

De telle sorte que le reste de la masse herniée était formé non seulement par de l'épiploon, mais par les tuniques extérieures de la plus grande partie du côlon. Les deux sections de tube au milieu desquelles s'enfonçaient les extrémités de l'anse noirâtre, n'étaient autre chose que des moignons encore tubulaires de ces tuniques extérieures, isolées de la muqueuse qui avait glissé sur elles.

Il n'y avait de possible qu'une opération consistant à faire un anus artificiel en utilisant ce qui restait de cæcum à peu près intact, et après avoir réséqué tout le côlon, de fixer au dehors, au bord de la plaie extérieure, le tronçon inférieur du gros intestin.

Cette opération fut très laborieuse. Commencée vers onze heures, elle était à peine terminée à une heure et demie. Il fallut, en effet, retrancher autant que possible du grand épiploon, du méso-côlon, et surtout des débris détachés de la tunique musculeuse de l'intestin. Tous ces tissus saignaient beaucoup. Un très grand nombre de sutures furent donc nécessaires. Puis on rentra les intestins, ce qui fut loin d'être facile, car les parois abdominales n'avaient pas été élargies préalablement par une tumeur, comme il arrive après une ovariotomie, et elles prêtaient peu : les intestins

étaient distendus par des gaz. On referma la plaie par des points de suture avec des fils d'argent, sauf à peu près sur la longueur qu'elle avait primitivement; et où l'on fixa, d'une part, en haut, le bourrelet de tunique musculeuse qui répondait au bout rectal du gros intestin, et d'une autre part, un peu plus bas, le bourrelet de tunique musculeuse qui répondait à son bout cæcal. Jusqu'alors ces deux bouts étaient maintenus fermes par des pinces garnies de flanelle. Entre les deux, on fit un nouveau point de suture avec un fil d'argent et on acheva de fixer tous leurs pourtours au pourtour des deux ouvertures, fort étroites, que l'on laissait à la paroi abdominale. Puis les pinces garnies de flanelle furent retirées et le pourtour de la muqueuse du bout cæcal, qui devait constituer l'anus artificiel, fut à son tour fixé par des points de suture à la peau qui entourait la plaie. Quant au bout cæcal, il fut simplement fermé d'abord par un fil de soie, puis abandonné à lui-même, étant maintenu par la fixation de la tunique extérieure.

Il n'y aurait pas eu moyen de réunir bout à bout les deux tronçons du gros intestin, car ils auraient ainsi constitué une sangle qui eût étranglé l'intestin grêle, tant ils étaient courts de part et d'autre; d'ailleurs les tuniques isolées ne pouvaient guère échapper entièrement à un travail de suppuration, qui ne devait pas avoir lieu dans la cavité abdominale. On n'avait des chances qu'en établissant une communication facile entre l'extérieur et ces foyers de suppuration. Malheureusement cet homme était trop affaibli pour qu'on pût beaucoup espérer. Il avait été apporté à l'Hôtel-Dieu le matin à trois heures, s'étant frappé beaucoup plus tôt, et il paraissait déjà étonnant qu'il eût survécu jusque-là à des désordres aussi considérables.

Cependant le soir il vivait encore quand nous allâmes prendre de ses nouvelles.

Ce que ce fait a d'intéressant, ce n'est pas, du reste, l'issue finale, c'est cet étrange décollement de la muqueuse du gros intestin, formant une sorte de corde d'un mètre et demi de longueur, mesurée après l'opération.

De tels faits peuvent se représenter, et ils embarrasseraient beaucoup les médecins qui en seraient témoins sans être prévenus de leur possibilité. On croirait d'abord à tout autre chose, d'autant plus que le côlon, réduit à sa muqueuse et revenu sur lui-même, est loin de présenter le diamètre qu'on s'attend à trouver pour le gros intestin.

La sensibilité retardée et les fausses anesthésies dans les lésions des nerfs périphériques.

C'est particulièrement dans l'étude des névroses, nous avons déjà eu l'occasion de le dire, que cette grosse question des fausses anesthésies, — des sensibilités retardées, sans être complètement éteintes, et toujours faciles à réveiller par les procédés les plus divers, — prend une importance capitale.

Mais il ne faut pas oublier qu'elle a été soulevée d'abord à propos d'affections portant sur le système nerveux central et que l'occasion de nos recherches actuelles sur tout l'ensemble de cette question a été un malade atteint d'une lésion d'un nerf périphérique, le malade de M. Tillaux.

Chez ce malade, le phénomène s'est présenté avec une netteté et une simplicité remarquables. Il y avait, en effet, des régions dans lesquelles l'anesthésie, complète, absolue, persistait, quelque prolongées que fussent les excitations. Il y avait d'autres régions sur lesquelles toutes les sensations étaient immédiatement perçues. Et c'était entre ces régions d'espèces différentes, sur leurs limites, que l'on trouvait les zones de sensibilité retardée, zones à peu près partout d'une largeur égale, et qui se déplaçaient en empiétant sur les régions d'anesthésie absolue, précédant de fort peu de temps le réveil complet sur ces mêmes points de la sensibilité, immédiatement perçue.

Dans des conditions un peu différentes, après une suture tardive du nerf médian, M. Nicaise, qui a bien voulu nous communiquer les épreuves d'un mémoire sur cette opération, avait déjà, lui aussi, observé des retards de sensibilité, mais sous une forme rappelant plutôt ce qu'on a décrit dans l'ataxie locomotrice et l'hémiplégie cérébrale.

Voici le résumé de cette observation :

Une ouvrière mécanicienne, âgée de vingt-huit ans, avait eu le nerf médian coupé à 1 centimètre et demi au-dessus du talon de la main par un carreau brisé, le 23 septembre 1884. La cicatrisation de la plaie du poignet s'était faite complètement en une huitaine de jours, mais il existait un peu d'atrophie de l'éminence thénar, certains troubles dans la motilité sur lesquels nous n'insisterons pas, et surtout une anesthésie occupant la moitié externe de la paume de la main, la face palmaire du pouce, de l'index et du médius, la moitié externe de la face palmaire des deux dernières phalanges de l'annulaire, enfin la face dorsale des deux dernières phalanges de l'index, du médius, et la moitié externe des deux dernières phalanges de l'annulaire.

La malade entra le 4 novembre à l'hôpital Laennec et fut opérée le 14 du même mois ; les bouts, central et périphérique, du nerf médian, une fois mis à découvert, furent réséqués sur une petite étendue, puis réunis par des points de suture. Passons les autres détails de l'opération et arrivons à la partie de l'observation qui nous intéresse et que nous exposerons textuellement :

« 15 *novembre*. — Depuis l'opération, la malade a éprouvé des douleurs lancinantes au niveau de la plaie, un peu d'engourdissement dans la main, mais la sensibilité n'est pas revenue dans les doigts anesthésiés. Les douleurs ont été assez vives pour empêcher la malade de dormir.

A la visite du soir, en touchant la pulpe du pouce qui sort du pansement, *la malade croit sentir, et en pratiquant cet attouchement à plusieurs reprises, elle finit par sentir très nettement.*

16 *novembre*. — Deuxième jour, premier pansement. Pas de réaction locale. A souffert au niveau de la plaie et dans le bras et le cou. Engourdissement dans la main.

En explorant la sensibilité à la piqûre dans tous les points de la paume précédemment insensibles, on remarque que *la sensation de la première piqûre est très obtuse et qu'elle devient plus nette au bout de quelques instants. La sensibilité est revenue,* mais elle est moins vive que dans la région externe de la main. »

La fin de l'observation n'a plus aucun rapport avec la question qui nous occupe. On y trouve notés les jours suivants des fourmillements et des douleurs en diverses régions du membre supérieur jusqu'au cou, la présence d'une sensibilité encore un peu obtuse sur tous les points anesthésiés d'abord, sauf sur les deux dernières phalanges de l'index, plus d'adresse et de force dans les mouvements des doigts.

La malade sortit le 27 novembre.

Dans son résumé, M. Nicaise insiste sur les douleurs ascendantes ressenties jusque dans l'épaule et dans le cou ; puis il ajoute : « Je veux faire remarquer que le lendemain

de l'opération, en explorant la sensibilité du pouce, la malade n'éprouve d'abord qu'une sensation vague, elle croit sentir; en pratiquant l'exploration à plusieurs reprises, elle finit par sentir très nettement. Le surlendemain de l'opération, en explorant la paume de la main, la sensation de la première piqûre est d'abord obtuse, elle devient nette au bout de quelques instants. Mais dès ce moment la sensibilité était revenue, elle avait mis près de deux jours à se rétablir; elle s'est maintenue depuis, et aujourd'hui la malade a conservé la sensibilité à la douleur et une sensibilité au contact obtuse. »

Évidemment, cette observation diffère de la nôtre sur bien des points. Mais il ne faut pas oublier que les conditions dans lesquelles se trouvait le nerf médian n'étaient nullement les mêmes.

Chez la malade de M. Nicaise, il y avait eu suture tardive, chirurgicale, du nerf divisé. Chez le malade de M. Tillaux, il y avait eu réunion spontanée des bouts du nerf par un pont de substance nerveuse de nouvelle formation.

Chez la malade de M. Nicaise, l'anesthésie, encore complète avant l'intervention chirurgicale sur toute la zone de distribution du nerf divisé, aurait ensuite disparu en deux jours. Chez le malade de M. Tillaux, elle avait déjà diminué sur la face palmaire de la main et sur le pouce avant la dénudation du nerf: et consécutivement à cette dénudation, le mouvement de retour de la sensibilité n'aurait fait que se continuer, en s'accentuant par périodes successives, avec des périodes de repos.

Aussi, chez la malade de M. Nicaise, dès le lendemain soir de l'opération, la sensibilité immédiate existait-elle déjà, bien qu'obtuse, sur les points explorés. La malade croyait y sentir, et en prolongeant l'exploration on ne faisait que rendre manifeste, en la mettant vivement en jeu, une sensibilité de retour déjà reparue. Chez le malade de M. Tillaux, les points où nous eûmes à constater une sensibilité latente, à impressions retardées, paraissaient, au contraire, complètement insensibles quand on se contentait d'une piqûre isolée, d'un pincement, d'un contact trop court. Chez lui, ce qui a permis d'étudier dans ses détails le phénomène, c'est sa fixité remarquable. Les zones sur lesquelles on le trouvait ne se déplaçaient que progressivement, de 1 centimètre à peine en un jour quand leur mouvemement était le plus rapide. En outre, particularité très remarquable, à la fin d'une exploration qui avait duré quelque temps, on trouvait encore ces zones disposées comme au commencement : les excitations ne paraissaient pas contribuer d'une façon notable au réveil, régulièrement progressif, des divers genres de sensibilité, reparaissant de proche en proche par envahissement centrifuge.

Les conférences de l'hôpital Saint-Louis. — Dermatoses professionnelles.

Dans toutes ses conférences précédentes, M. Guibout avait décrit les maladies de la peau relativement à leur nature symptomatologique; il avait montré que les unes sont symptomatiques de la syphilis, les autres de la scrofule, d'autres encore de la diathèse herpétique. Après avoir fait ressortir les caractères spéciaux propres aux lésions par lesquelles chacune de ces trois diathèses se manifeste sur notre tégument externe, il en avait établi le diagnostic sur des bases assez solides pour que la confusion ne fût pas possible entre des affections de nature si différente; puis, pour être fidèle au programme essentiellement pratique qu'il s'était imposé, après avoir fixé les principes du diagnostic, il en avait déduit toutes les données thérapeutiques afférant, les unes, aux diathèses elles-mêmes, c'est-à-dire aux maladies, les autres aux lésions extérieures, c'est-à-dire aux signes sensibles et palpables, par lesquelles ces diathèses ou ces maladies se traduisent sur la peau.

Mais, dit M. Guibout, toutes les dermatoses ne sont pas des symptômes; sans doute, le plus grand nombre d'entre elles indiquent des maladies profondes, organiques ou générales, *totius substantiæ,* dont elles nous révèlent l'existence; mais il y en a aussi qui n'appartiennent qu'à la peau et qui sont ses maladies propres et essentielles; c'est à celles-là que la conférence d'aujourd'hui va être consacrée. Ce sont des maladies de causes locales ou externes; et comme ces causes sont inhérentes à certaines professions, on appelle les affections qui en résultent : des *affections* ou *maladies professionnelles.*

La peau est un organe vivant, largement pourvu de nerfs, de vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques; elle a donc tous les éléments d'une vitalité propre et très développée; et, en vertu et par le fait même de cette vitalité, elle ne supporte pas, sans en être altérée, des contacts malfaisants à divers titres.

Or il y a des professions qui, précisément, mettent la peau en rapport avec des agents qui l'irritent, la congestionnent, et font subir à la sensibilité exquise, dont elle est douée, des impressions trop vives ou trop nuisibles pour être impunément supportées. Ainsi en est-il pour les épiciers, qui manient des substances irritantes telles que le sel, le poivre, les acides; pour les laveurs de vaisselle, dont les bras sont continuellement plongés dans une eau grasse à température tantôt très chaude, tantôt froide; ainsi en est-il pour les forgerons, dont la figure, la poitrine, les membres supérieurs sont exposés au rayonnement de la chaleur intense des fourneaux; ainsi en est-il pour les peintres, les distillateurs, les gâcheurs de mortier, les teinturiers, dont les mains subissent les contacts les plus irritants.

Ces diverses professions atteignent la peau dans sa vitalité, l'altèrent, l'enflamment; et ces altérations morbides se traduisent par des lésions diverses, par des papules de prurigo et de lichen, par des plaques d'eczéma, par des pustules d'impétigo ou d'ecthyma.

Ces éruptions revêtent la forme aiguë ou chronique, suivant l'intensité d'action et le degré de malfaisance des contacts extérieurs.

Aiguës ou chroniques, les affections professionnelles ont des caractères spéciaux à l'aide desquels on pourra toujours les reconnaître :

1° Contrairement aux affections syphilitiques et herpétiques, elles n'ont aucune tendance à se généraliser; produites par une cause locale, elles restent limitées à la sphère d'action de cette cause; elles restent locales.

2° Contrairement aux affections herpétiques, elles ne sont pas prurigineuses, c'est-à-dire le siège de démangeaisons.

3° Contrairement aux affections herpétiques, elles ne présentent pas l'unité de lésion, c'est-à-dire qu'au même endroit et sur le même siège, on trouve une réunion, une confluence de lésions d'espèces différentes : ainsi des plaques d'eczéma au milieu de papules de lichen et de pustules d'ecthyma, en un mot, un mélange, un fouillis d'affections d'espèces diverses.

4° Contrairement encore aux affections herpétiques et

syphilitiques, elles n'ont ni durée, ni ténacité, ni récidivité; soustraites aux influences locales qui les ont produites, elles se guérissent quelquefois d'elles-mêmes et sans traitement. Soumises à un traitement convenable, elles ne durent guère plus de huit jours; et une fois guéries, elles ne reviennent pas, à moins qu'elles ne soient de nouveau exposées aux mêmes causes qui les ont deja produites.

5° Elles ne troublent aucunement la santé générale.

6° Elles ne sont nullement contagieuses et nullement inoculables, comme les affections syphilitiques.

Traitement. — Ces affections, étant absolument locales, ne dépendent que d'une cause externe et nullement d'une cause interne morbide quelconque; elles ne demandent par conséquent aucun traitement interne; on ne les combattra que par une médication externe et locale.

La première chose à faire, c'est d'éloigner le malade de la cause qui a produit le mal (*sublatâ causâ, tollitur effectus*). Si l'affection professionnelle se présente avec la forme aiguë, que ce soit un eczéma, un lichen, un ecthyma, n'importe, on le traitera par des émollients, par des cataplasmes de fécule de pommes de terre bien cuits, bien humides, par des bains locaux d'eau de son ou amidonnée; et de plus, on placera les surfaces malades dans la situation élevée, en les condamnant à l'immobilité, et cela jusqu'à guérison complète.

Si l'affection revêt la forme chronique, sans aucun caractère inflammatoire, si elle consiste en papules de prurigo, en plaques de lichen chronique, en surfaces eczémateuses avec squames épidermiques épaisses, dures, cornées et calleuses, on aura recours à un traitement excitant tout opposé : badigeonnages répétés avec l'huile de cade, avec la teinture d'iode, avec la solution de sublimé que nous avons déjà indiquée; douches de vapeur et d'eau chaude, pour user, ramollir et détacher les parties calleuses et cornées; puis ensuite, onctions avec le glycérolé d'amidon, avec la vaseline, avec l'huile d'amandes douces, pour rendre à la peau sa souplesse et son élasticité.

Après la guérison, le malade ne devra reprendre qu'avec réserve son travail, de peur que les mêmes accidents ne se reproduisent. Si, en effet, la peau ne pouvait pas supporter les mêmes contacts sans s'irriter de nouveau, il faudrait, de toute nécessité alors, changer de profession. A ce point de vue, dit M. Guibout, les affections professionnelles sont souvent très graves, sinon par elles-mêmes, du moins par leurs conséquences, puisqu'elles peuvent mettre l'ouvrier dans la dure obligation de renoncer à la profession qui le faisait vivre, lui et toute sa famille.

LE CHOC EN RETOUR ET LE FOUDROIEMENT LATÉRAL

Par M. le docteur F. Vincent (de Guéret),
Lauréat de l'Académie de médecine.

I

I. Introduction historique. — Observation de Brydone. — Théorie et définition du choc en retour. — Exposition du sujet.

I. Si la connaissance du phénomène électrique primordial, c'est-à-dire la propriété qu'acquièrent certaines substances, par le frottement, d'attirer les corps légers, remonte jusqu'à Thalès, un des sept sages de la Grèce, la science elle-même de l'électricité ne date en réalité que du XVIII[e] siècle.

En juillet 1729, deux physiciens anglais, Gray et Wheeler, constataient que certains corps non susceptibles d'acquérir la propriété électrique par le frottement, tels que les métaux, peuvent se charger d'électricité par le contact de corps électrisés, à la condition d'être isolés. L'électricité ainsi acquise reçut le nom d'*électricité par communication*, et le premier appareil qui servit à cette démonstration fut un tube de verre, électrisé par le frottement, mis en contact avec une boule de bois doré.

Bientôt à cet appareil tout à fait primitif en fut substitué un autre plus puissant, qui consista en un globe de soufre mis en mouvement par une roue, à la manière d'une meule de remouleur, se chargeant d'électricité en frottant contre une étoffe, et communiquant avec des cylindres métalliques d'une surface plus ou moins étendue. Ce fut la première machine électrique qui reçut en Angleterre, à la fin du siècle, son dernier perfectionnement, lequel nous l'a donnée telle que nous la connaissons aujourd'hui.

En 1733, Dufay établissait la distinction des deux espèces d'électricités *vitrée* et *résineuse*, que Francklin a appelées *positive* et *négative*, et formulait la loi des attractions et des répulsions électriques.

Dirigés par ces premières notions, les physiciens, en continuant ces recherches, devaient arriver promptement à deux nouvelles découvertes d'une importance majeure, savoir :

1° Le développement de l'*électricité par influence*, qui a fourni jusqu'à ce jour l'explication du phénomène qui va spécialement nous occuper. Elle est, comme tout le monde le sait aujourd'hui, le résultat de la décomposition de l'électricité neutre d'un corps conducteur mis en présence d'un corps électrisé : celui-ci attire, à l'extrémité la plus proche du conducteur, l'électricité de nom contraire à celle dont il est chargé, et repousse à l'autre extrémité l'électricité de même nom qui s'écoule dans le sol si on établit une communication avec ce dernier. Dans ces conditions, si on décharge ou si on éloigne brusquement le corps électrisé influençant, l'influence qui sépare les deux électricités cesse, et celles-ci se recombinent pour redevenir à l'état neutre.

2° Le moyen d'accumuler l'électricité à l'aide de certains appareils qu'on a désignés sous le nom général de *condensateurs*. Ils consistent, dans leur plus simple expression, en deux corps conducteurs aplatis sur lesquels s'accumulent les deux électricités de noms contraires, séparés par un corps non conducteur mince et de même forme que les premiers, qui permet aux deux électricités d'agir l'une sur l'autre et de s'attirer réciproquement sans pouvoir se combiner à travers ce *corps isolant*. Cuneus (de Leyde) en fut l'inventeur, et l'abbé Nollet fit connaître en France, en 1747, et l'*expérience de Leyde* et la *bouteille* de ce nom.

La réunion de plusieurs bouteilles de Leyde, présentant, à l'accumulation des électricités, des surfaces qu'on peut multiplier à l'infini, donna naissance à de puissants appareils dont les effets, imitant en petit ceux de la foudre, conduisirent, par induction, les physiciens à admettre l'identité de l'électricité développée par les machines et de l'agent producteur du redoutable météore.

En 1752 et années suivantes, Francklin, en Amérique, d'Alibard, Charles et de Romas, en France, par des expériences hardies qu'on pourrait appeler titanesques, et au péril de leur vie, soutiraient l'électricité des nuages et établissaient, d'une manière irrécusable, cette identité que les effets des machines avaient fait entrevoir.

Enfin Galvani et Volta terminaient dignement ce siècle, grand dans la science, en jetant les fondements de l'électricité dynamique : le premier, par les expériences qui l'ont rendu célèbre et dont les premières datent de 1789; et le second, par l'invention de la pile qui porte son nom, laquelle fut présentée à la Société royale de Londres le 20 mars 1800.

II. Pendant que le monde savant était agité par cet esprit de recherches que les Gaulois, nos ancêtres, auraient appelé l'esprit de Taranis, dieu de la foudre, une observation météorologique curieuse fut faite en Angleterre. La relation en a été conservée par Brydone; la voici telle que nous la donne M. le professeur Bouchardat dans son *Cours de sciences physiques*, publié en 1845 :

« Peu d'événements de ce genre ont fait autant de bruit que

celui du 19 juillet 1785, dont Brydone nous a conservé tous les détails. A la suite d'une belle matinée, les nuages se montrèrent vers onze heures dans le sud-ouest ; entre midi et une heure, ils échangèrent des éclairs auxquels succédèrent des coups de tonnerre dans l'intervalle de vingt à trente secondes. Tout à coup Brydone entendit une forte détonation comme si on déchargeait des fusils à de courts intervalles ; *cette détonation n'avait été précédée d'aucun éclair*. A peu de distance de la maison, un homme nommé Lauder, conduisant une voiture de charbon, fut tué avec ses chevaux ; un autre charretier, assis sur une voiture qui suivait la première, avait vu tomber les chevaux sans apercevoir d'éclair et sans éprouver de commotion. Plusieurs morceaux de charbon avaient été dispersés. A 5 décimètres derrière chaque roue de la voiture, il y avait dans la terre un trou de 5 centimètres dont le milieu correspondait à l'ornière de la roue. Ces détails furent confirmés par des témoins oculaires. Dans le voisinage, un berger, qui faisait paître ses moutons, vit un agneau tomber mort, et lui-même crut sentir une flamme passer devant son visage ; cet accident précéda d'*un quart d'heure* environ celui de Lauder, et il eut lieu à 2700 *mètres* de la place où celui-ci fut tué. Une femme, qui coupait de l'herbe à peu de distance, éprouva une forte commotion dans le pied et tomba. Le pasteur Bell assura avoir senti le sol de son jardin trembler sous ses pieds. »

Aux détails donnés par cette relation, qui n'est évidemment qu'un résumé de celle de Brydone, nous pouvons ajouter les suivants, mentionnés dans celle donnée par Boudin, dans son *Traité de géographie et de statistique médicales* :

« Lorsque l'agneau du berger tomba mort, l'orage paraissait *très éloigné*. La femme, qui fut renversée après une violente commotion dans le pied, coupait du foin *près des rives de la Tweed*. Au moment de l'accident, les deux tombereaux de charbon gravissaient une montagne *voisine de la même rivière* qu'ils venaient de traverser. Le bois du tombereau atteint était fortement endommagé, là surtout où il existait des clous et des crampons en fer ; quelques morceaux de charbon paraissaient avoir *subi l'action du feu*, et les deux bandes circulaires en fer, qui recouvraient les deux jantes, offraient des marques évidentes de *fusion* dans les deux parties qui reposaient sur la terre au moment de la détonation, et nulle autre part ; le poil des chevaux avait été *brûlé*, particulièrement aux jambes. Le corps du cocher présentait çà et là des *marques de brûlure* ; et ses habits, sa chemise et son chapeau surtout étaient *réduits en lambeaux* et répandaient une forte odeur. »

III. Nous reviendrons plus loin sur cette curieuse observation et nous nous demanderons si l'explication, qui en a été donnée alors et qui a été acceptée depuis sans contrôle, est bien la véritable. Quoi qu'il en soit, avec les connaissances sur l'électricité dont nous venons de faire l'exposé sommaire, cette explication fut vite trouvée : le nuage qui porte la foudre est un immense et puissant appareil chargé de l'une ou de l'autre des deux électricités. Lorsqu'il se trouve assez près de la terre, il décompose, *par influence*, l'électricité neutre du sol et des objets terrestres qui se trouvent dans sa sphère d'action et, par suite, se chargent d'électricité de nom contraire à celle du nuage, pendant que l'électricité de même nom, résultant de la même décomposition, est refoulée dans les profondeurs du sol. Dans ces conditions, une décharge électrique vient-elle à se produire entre le nuage électrisé et le nuage voisin ou un objet terrestre, en un mot la foudre vient-elle à éclater, l'influence du nuage électrisé cesse et les deux électricités séparées des objets terrestres, se recombinent brusquement. Lorsque cette recombinaison s'opère chez un être vivant, l'homme par exemple, il en résulte une commotion qui peut être assez puissante pour anéantir la vie instantanément. C'est cette commotion que les physiciens ont appelée *choc en retour*.

Des expériences faites sur des grenouilles mises en présence d'un corps électrisé et qui éprouvent une secousse lorsqu'on éloigne ou qu'on décharge brusquement ce dernier, semblèrent confirmer cette théorie qui, depuis, a été adoptée sans réserve par tous les auteurs qui ont écrit des traités de physique. Exemples pour fixer des dates : Despretz, *Traité de physique*, édition de 1823 ; Pouillet, *Traité de physique*, 1828 ; Bouchardat, *Cours de sciences physiques*, 1845 ; E. Fernel, *Précis de physique*, 1877, et *Traité de physique élémentaire*, 1880, qui sont actuellement entre les mains des élèves de nos lycées. Depuis cette époque, tous les physiciens ont admis la possibilité de la mort, chez l'homme, par l'effet du choc en retour, et tous les traités de physique nous montrent, quand il tonne, suspendue sur notre tête, cette menace en quelque sorte plus redoutable que la foudre elle-même, en ce sens que l'action du phénomène en question peut s'exercer dans un cercle beaucoup plus étendu.

Demander aux faits bien observés : ce qu'il y a de réel dans cette doctrine ; si le choc en retour se produit constamment d'après un mécanisme aussi simple et toujours le même, et, par suite, si ce nom doit être conservé dans tous les cas à ce phénomène ; si les dangers qu'il fait courir sont réellement à la hauteur des craintes que nous ont inspirées et nos traités classiques et nos professeurs de physique ; si certaines circonstances faciles à préciser ne viennent pas le compliquer, et, par suite, augmenter les dangers auxquels il expose ; déduire de cette étude des conséquences pratiques relatives à la prophylaxie des personnes et des bâtiments pendant l'orage et aux applications médico-légales : telles sont les questions que je vais aborder dans ce travail.

Ce sujet n'est pas nouveau pour moi. En 1875, je lui consacrai tout un chapitre de mon mémoire intitulé : *Contribution à l'histoire médicale de la foudre*, couronné par la Société de médecine du Nord ; et en 1876, au congrès de Clermont, j'ai rattaché à ce phénomène l'influence plus grande exercée par l'électricité atmosphérique sur les animaux que sur l'homme. Des observations nouvelles que j'ai recueillies et des méditations plus approfondies me permettent de traiter aujourd'hui ce sujet d'une manière beaucoup plus complète, voire même de corriger quelques idées fausses émises dans ces premiers travaux.

Bien des personnes, et je trouve la chose toute naturelle, penseront sans doute qu'il y a une certaine dose de présomption de la part d'un humble médecin de campagne, sans autorité et sans autres moyens d'étude que l'observation de quelques accidents de la foudre, de venir modifier des idées acceptées sans conteste jusqu'à ce jour et à l'unanimité par les savants les plus distingués qui font justement la gloire du XIXe siècle.

Ces personnes deviendront plus indulgentes pour moi si elles veulent bien se rappeler que les doctrines soi-disant les mieux établies et consacrées par le temps ont souvent succombé sous l'autorité des faits : témoin la doctrine des quatre éléments d'Empédocle, déjà fortement ébranlée par Paracelse et qui, après une durée de 2400 ans, s'est évanouie définitivement devant les recherches de Lavoisier ; témoin aussi la théorie de la modeste affection pathologique appelée *coup de fouet*, que tous les chirurgiens ont attribuée, sans preuve, à la rupture du tendon du muscle plantaire grêle, jusqu'au jour où M. le professeur Verneuil a établi, à l'aide de faits bien observés, qu'elle est due à la rupture des veines dilatées, et se produit chez les variqueux.

Enfin, je ne désespère pas d'obtenir une indulgence plénière de la part de tous ceux qui voudront bien se pénétrer de cette parole légèrement modifiée de l'Écriture sainte, que *Dieu se sert quelquefois des humbles pour instruire les savants*, et se souvenir, à l'appui, que ce sont des pâtres ignorants qui ont fourni à l'immortel Jenner la notion première de la vaccine qu'il a su si bien féconder, et que deux modestes pêcheurs des Vosges ont inventé la pisciculture que Coste a élevée à la hauteur d'une science.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 août 1885. — Présidence de M. HORTELOUP.

COMMUNICATIONS

Hystérotomie vaginale. — M. GILLETTE adresse l'observation d'une femme de cinquante ans à laquelle il a enlevé un volu-

mineux utérus cancéreux par la voie vaginale, et qui a parfaitement guéri. Il a imaginé un instrument spécial pour prendre et attirer l'utérus.

Récidive des kystes paraovariens. — **M. POLAILLON**, à l'occasion de la communication faite dans l'une des dernières séances par M. Terrillon, communique l'observation d'une malade qui s'est présentée à lui, en 1880, atteinte d'un kyste uniloculaire; il lui fit une ponction qui donna issue à 8 litres d'un liquide clair, sans albumine, offrant tous les caractères du liquide des kystes paraovariens.

Cette malade resta guérie pendant trois ans. A cette époque elle commença à ressentir des douleurs dans le ventre; il se forma rapidement un nouveau kyste, et cinq ans après la première ponction, M. Polaillon pratiqua l'ovariotomie. Le point d'implantation était sessile; M. Polaillon dut former un pédicule qu'il sutura à la partie inférieure de l'incision abdominale. Cette malade a très bien guéri. C'est là un nouvel exemple de récidive tardive d'un kyste paraovarien.

Trépanation du crâne. — **M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** présente un jeune homme auquel il fit une trépanation en 1874. Cet homme, alors âgé de vingt-six ans, à la suite d'un traumatisme sur le crâne, fut atteint de monoplégie brachiale droite et d'aphasie. Il fit au crâne une grande perte de substance, à l'aide de deux couronnes de trépan, et aussitôt après tous les accidents disparurent. Aujourd'hui la cicatrice est représentée par une surface très solide; les battements du cerveau ont disparu rapidement. La trépanation avait été pratiquée à une période rapprochée du traumatisme.

Polydactylie. — **M. POLAILLON** fait un rapport sur un travail de M. Guermonprez (de Lille) relatif à plusieurs cas de polydactylie. Dans la première observation, il s'agit d'un enfant atteint d'un pouce surnuméraire qu'un confrère amputa une première fois dans la continuité. Le pouce se reproduisit; il fit une seconde amputation qui fut également suivie d'une nouvelle reproduction.

M. Guermonprez fit alors la désarticulation et l'enfant fut cette fois bien guéri. Il cite plusieurs faits analogues et conclut à la nécessité, dans ces cas, de recourir d'emblée à la désarticulation. L'ouverture de l'articulation du doigt congénère n'a pas d'inconvénients. Cette opération est indiquée non seulement au point de vue du sujet qui est atteint de polydactylie, mais aussi parce qu'elle peut éviter la reproduction de cette difformité chez ses descendants.

M. MAGITOT fait observer qu'en donnant, comme argument en faveur de l'ablation chirurgicale des doigts surnuméraires, la chance d'éviter la même difformité dans la descendance de l'opéré, M. Polaillon soulève la question de l'hérédité des mutilations volontaires; il ne saurait partager cette opinion que les polydactyliques opérés auraient moins de chances de procréer un polydactylique. De nombreux faits paraissent en effet démontrer la non-hérédité des mutilations acquises pendant la vie. Les peuplades sauvages, qui se mutilent depuis une série de siècles, n'ont jamais transmis par la génération la difformité volontaire. Les chiens sans queue, les rats sans queue, sont obtenus non par une opération qui la supprime, mais par la sélection.

La sélection est d'ailleurs le seul procédé efficace pour perpétuer les modifications physiques dans une famille ou une race déterminée.

M. POLAILLON répond que la question est très obscure. Il rappelle un cas de Scutteten dans lequel un individu ayant eu la main mutilée par un traumatisme, engendra des enfants présentant une malformation de la main, lesquels engendrèrent également des enfants présentant la même malformation. Il semble donc qu'à ce point de vue il y ait intérêt à supprimer les doigts surnuméraires.

M. DE SAINT-GERMAIN partage l'avis de M. Magitot et cite comme exemple à l'appui de cette opinion les enfants de juifs qui naissent avec un prépuce très convenable malgré la circoncision pratiquée chez leurs parents.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

269. M. E. Doyen. Quelques considérations sur les terreurs morbides et le délire émotif en général. — 270. M. Bernard (Léon). De la curabilité de la tuberculose aiguë à localisations multiples, considérée chez l'adulte. — 271. M. Pignot. L'hôpital du Midi et ses origines. (Recherches sur l'histoire de la syphilis à Paris.) — 272. M. Teixeira de Assumpçao. Du purpura rhumatismal. — 273. M. Prieur. La fièvre typhoïde à Saint-Denis (Seine), de 1873 à 1884 inclusivement. — 274. M. de Torres-Mendiola. Contribution à l'étude de la rétention du placenta. — 275. M. Lanchamp. Contribution à l'étude des indications et des difficultés de la version céphalique par manœuvres externes. — 276. M. Andrieu. Considérations générales sur les réactions constitutionnelles dans les maladies. — 277. M. Marcus. Le microbe de la syphilis. — 278. M. Cloez. Considérations sur l'étiologie du choléra envisagée dans ses rapports avec la prophylaxie des campagnes. — 279. M. Mollet. Du régime alimentaire chez les albuminuriques. — 280. M. Sieurac. Contribution à l'étude de la néphrite secondaire aux affections cardiaques. — 281. M. Romalo. Contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire (particulièrement chez l'homme). — 282. M. Dubreuilh. De la broncho-pneumonie chronique. — 283. M. Grand-Moursel. Contribution à l'étude des abcès de la rate. — 284. M. Oudar. Des arthropathies de l'articulation tibio-tarsienne. — 285. M. Wins. L'allaitement à la nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés. — 286. M. Fauvel. Des paralysies traumatiques d'origine périphérique. — 287. M. Juranville. Recherches expérimentales et thérapeutiques sur l'action somnifère d'un glucoside du boldo. — 288. M. Herr. Contribution à l'étude de la méningite cérébro-spinale épidémique. — 289. M. Fouque. Des manifestations articulaires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 août 1885, M. Alix, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— La discussion qui a eu lieu dans la séance du Conseil municipal de Paris du jeudi 6 août, à propos d'une question de M. Gaufrès sur le refus d'admission, dans un hôpital, d'une personne blessée, s'est terminée par l'adoption de l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil municipal invite : d'une part, M. le préfet de police et M. le directeur de l'Assistance publique, chacun en ce qui le concerne; d'autre part, les 7e et 8e commissions, à arrêter de concert les termes d'un règlement organisant le service des brancards de secours et celui de l'admission d'urgence dans les hôpitaux. »

— Le Congrès national de médecine publique de Belgique aura lieu cette année, à Anvers, du mercredi 26 août au dimanche 30 du même mois inclusivement. La question proposée par le comité d'organisation du Congrès pour être plus spécialement traitée dans la session est la suivante : « Quelles sont, dans l'état actuel de la science épidémiologique, les mesures de prophylaxie internationale les plus pratiques à prendre, en Belgique spécialement, contre les maladies pestilentielles ? »

— M. le docteur Landouzy, agrégé, remplaçant M. le professeur Hardy pendant les vacances, fera, le mardi et le samedi de chaque semaine, à dix heures du matin, à partir de la fin d'août et pen-

dant les mois de septembre et d'octobre, des leçons cliniques à l'hôpital de la Charité.

Visite tous les matins à neuf heures, salles Saint-Charles et Sainte-Anne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les microbes pathogènes, leçons professées à la Faculté de médecine de Bordeaux, par le docteur ARTIGALAS. 1 vol. in-8°, avec 6 planches. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Aide-mémoire d'anatomie : muscles, ligaments, vaisseaux, nerfs, par Alexis JULIEN, répétiteur d'anatomie. In-12 de 180 pages. — Prix, cartonné, 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Contribution à l'étude de la diathèse néoplasique chez un même sujet et dans la même famille, par le docteur A. RICARD, prosecteur des hôpitaux. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Les pansements et la mortalité, épidémie et contagion, ferments et microbes. Leçons d'ouverture du cours de clinique chirurgicale (hôpital Necker, novembre 1884), par le professeur Léon LE FORT. Broch. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18195.

N° 92. — MARDI 11 AOUT 1885. 58e ANNÉE. MARDI 11 AOUT 1885. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 10 août 1885.

Le choléra de Marseille.

Avant de parler du choléra de Marseille, nous avons tenu à recevoir nos informations de bonne source. Voici d'abord les renseignements précis qui nous sont donnés par un médecin bien placé pour savoir toute la vérité, puisqu'il est à la fois médecin d'hôpital et membre du conseil d'hygiène et de salubrité de la ville, M. le docteur Roux (de Brignolles) :

« Le choléra a reparu dans notre ville depuis le 25 juin environ. Bien que certains cas aient été observés dès le début sur des matelots étrangers, on ne peut admettre qu'il ait été importé comme l'année dernière. Depuis la fin de juin les cas se sont multipliés sans filiation bien constatée. Ce sont des cas le plus souvent isolés, bien que provenant de la zone maritime de notre ville. Dans le courant de juillet, le nombre des cas a été en progressant, et presque tous les quartiers de la ville et des faubourgs fournissent des malades très souvent sur des points où l'épidémie avait sévi l'an dernier.

Ce n'est point une épidémie, c'est la queue de l'invasion de l'an dernier; ce sont les germes, ou, si vous l'aimez mieux, les micro-organismes légués à notre sol par le choléra de 1884 qui, sous l'influence des chaleurs tropicales que nous subissons (35 à 37 degrés), ont été revivifiés comme dans un bouillon de culture, et frappent les faibles, les imprudents et les *imbéciles*.

Ce n'est point une épidémie, car nous n'avons jusqu'à ce jour constaté aucun cas de *choléra* ni dans le personnel de la douane, ni dans celui de l'octroi, ni dans celui des chemins de fer.

Le chiffre des décès cholériques a été d'abord insignifiant : il s'est élevé à une dizaine vers la fin de juillet, et nous avons atteint depuis le commencement d'août une moyenne de 25.

Dans le dernier conseil sanitaire, nous avons appris avec peine que notre état sanitaire avait été exagéré par les agents consulaires étrangers, ce qui a amené pour nos navires des quarantaines d'une durée variable suivant l'humeur des gouvernements dont les États sont riverains de la Méditerranée.

Le conseil sanitaire a résolu de délivrer une patente portant : « État sanitaire assez satisfaisant. Quelques cas de « choléra isolés. »

Je dois convenir cependant que les malades apportés à l'hôpital de la Conception ont présenté des symptômes très graves, et que la réaction a été nulle chez le plus grand nombre, que sur 60 malades environ 45 sont morts.

Mais cependant tout nous fait espérer que la période de déclin ne tardera pas à se dessiner, aux premières pluies que nous aurons et qui viendront rafraîchir notre atmosphère.

La bouffée *cholérique* que nous constatons n'est qu'une suite de l'épidémie de l'an dernier. Dans les épidémies précédentes, nous avons constamment observé ce fait de la réapparition du choléra *sur place* un an après une importation égyptienne. Mais cette deuxième maladie est ordinairement de moindre durée et frappe moins de monde.

Notre population est plus calme, nos journaux ont le bon sens de se taire, nos édiles ont renoncé aux préservatifs inutiles, coûteux et grotesques. J'espère que sous peu de jours, quinze à vingt jours, tout sera terminé.

Sur ma proposition, le conseil d'hygiène a demandé, à l'unanimité, que le Pharo restât fermé. »

De son côté, M. le docteur Margaillan nous communique les détails suivants sur le choléra et, en général, sur l'état sanitaire de la ville de Marseille :

« Voici aussi exactement que possible notre situation.

Depuis un mois et demi environ nous observons des cas isolés de choléra en petit nombre, généralement provoqués par une imprudence ou un écart de régime et qui cèdent assez facilement au traitement approprié.

Les chaleurs considérables et persistantes que nous subissons depuis trois semaines ont amené une recrudescence sensible sans que, à mon avis, la maladie ait pris le caractère épidémique, ainsi du reste que le déclare le conseil d'hygiène et de salubrité du département. Une légère amélioration semble se produire depuis quelques jours, ce qui permet d'espérer que nous avons dépassé la période maximum. Nous n'avons pas l'affolement de l'an dernier, la population est calme et la ville conserve son aspect habituel.

La mortalité générale est, il est vrai, très élevée depuis quelques jours, mais il ne faut pas oublier que nous subissons une épidémie de fièvre typhoïde et de variole qui font

de nombreuses victimes, et que, comme tous les étés, les enfants sont très fortement éprouvés.

Le caractère de la maladie me paraît un peu différent de celui de l'an dernier. Au début de ce qu'on pourrait appeler l'épidémie, j'ai observé un assez grand nombre de diarrhées avec vomissement et un peu d'algidité qui ont cédé rapidement avec quelques soins.

Cependant depuis une semaine les cas graves de choléra à marche rapide ne sont pas rares. J'en ai observé hier vendredi deux cas, chez lesquels la mort est survenue en quelques heures et qui ont présenté des symptômes à peu près identiques. Une d'elles, jeune dame de vingt-quatre ans, a été prise de diarrhée le matin à neuf heures. Santé antérieure bonne; ne faisait pas d'exercice, mangeait beaucoup. Les urines déposaient de l'acide urique ou des urates. Cinq ou six selles jaunes le matin. Prescription : potion au bismuth.

Appelé en toute hâte à trois heures, je constate des vomissements liquides blanchâtres, des crampes, un peu d'algidité, de l'oppression et douleur hypogastrique intense. Prescription : acétate d'ammoniaque, boissons gazeuses ou légèrement alcoolisées ; sinapisme Rigollot sur la douleur.

A six heures, les symptômes asphyxiques ont augmenté ; un peu d'urine blanchâtre; révulsifs énergiques sans succès. Mort à neuf heures.

De mes observations personnelles et des renseignements que j'ai pu recueillir, il résulte que le nombre des guérisons est assez considérable, que les cas mortels suivent en général une marche plus rapide que l'an dernier, et que les malades succombent dans la période asphyxique. »

En même temps un autre praticien, qui exerce en dehors de la zone contaminée par l'épidémie, M. le docteur Charles, nous écrit :

« Il serait puéril aujourd'hui de ne pas reconnaître que Marseille est soumise aujourd'hui à l'influence cholérique. L'augmentation de la mortalité et l'existence de cas plus ou moins nombreux dûment constatés dans les différents quartiers de la ville ne laissent aucun doute à cet égard. Toutefois la Belle-de-Mai, que j'habite, a joui jusqu'à présent d'une certaine immunité relative. Cela tient sans doute à ce fait : que nous avons en ce moment beaucoup d'autres maladies, au premier rang desquelles il faut placer la fièvre typhoïde, la variole, et, chez les petits enfants, la méningite et les convulsions dites idiopathiques, c'est-à-dire de cause indéterminée.

Je crois pouvoir affirmer que, depuis quinze jours, nous n'avons pas eu dans la Belle-de-Mai plus de cinq cas de choléra, sur lesquels j'en ai observé trois, chez trois adultes qui ont présenté tous les symptômes classiques, à l'exception de la cyanose. La réaction est survenue promptement, s'est maintenue dans de justes limites, et la guérison s'est effectuée sans encombre. Or ces faits, par leurs débuts, leur marche, leur terminaison, ne paraissent pas devoir nous faire craindre une explosion générale formidable, et mon opinion formelle est que nous n'avons pas, que nous n'aurons pas une épidémie véritable, mais une ébauche incomplète, une vague réminiscence de l'année dernière. »

Enfin voici les chiffres des décès déclarés à la mairie de Marseille comme causés par le choléra durant la semaine dernière, du lundi à l'après-midi du samedi : Lundi le 3 août, 9 décès; mardi le 4, 35; mercredi le 5, 30; jeudi le 6, 31; vendredi le 7, 26; samedi le 8, 21. Total, 151 décès pour ces six jours. On voit qu'à partir du mardi, où elle atteint son maximum, la mortalité cholérique décroît d'une façon assez régulière.

Le choléra de Paris en 1884.

Sur la question de savoir à quel moment on doit faire remonter le début de l'épidémie cholérique de l'année dernière à Paris, M. Jules Guérin nous écrit :

« Lorsqu'un journal, d'habitude bienveillant pour les idées qu'il combat, prend tout à coup le ton et les allures d'une critique différente, il en résulte que sa bienveillance antérieure vient ajouter une nouvelle autorité à sa critique d'un autre caractère. C'est pourquoi je vous demande la permission de protester de toutes mes forces contre la façon un peu cavalière dont vous avez traité ma dernière communication à l'Académie.

Je limite ma réponse aux deux points principaux de ma communication, à savoir : 1° à la *période préépidémique* du choléra et aux faits qui la constituent; 2° à l'influence de la température comme cause de l'aggravation exceptionnelle de la mortalité athrepsique de juillet 1885.

1° *Période préépidémique de* 1884. — J'ai dit et je soutiens qu'avant l'épidémie de 1884, avant le 10 novembre, les 166 cas de choléra qui se sont montrés à Paris et dans la banlieue, séparément ou simultanément avec l'explosion exceptionnelle de l'athrepsie du commencement de juillet, étaient bien des cas de choléra à différents degrés, et qu'il n'y avait aucune raison de leur assigner un autre caractère ni de leur donner une autre dénomination qu'à ceux observés à la même époque à Aubervilliers; j'ai dit que les 15 cas fournis par cette commune n'avaient aucune raison de s'appeler autrement que les 141 cas antérieurs fournis par Paris et la banlieue. Je maintiens mon opinion, et je vous défie d'y opposer la moindre raison valable. Qu'on ait assigné une autre dénomination, cela trahit simplement l'hésitation des observateurs et un sacrifice à la routine. La mortalité a été la même pour les deux ordres de faits.

Pour Aubervilliers, 25 cas, 16 décès.

Pour les autres communes de la banlieue, 38 cas, 27 décès.

Pour Paris, 103 cas, 40 décès.

J'ajoute subsidiairement que la simultanéité des cas, la symptomatologie, la mortalité, se sont montrés d'un commun accord pour affirmer l'identité de la maladie, avec des modifications accessoires de force et de degré relatives, comme toujours, aux conditions accessoires de localité, d'âge, de siège, etc., etc.

Voilà pour le premier point ; voyons le second.

2° *La température comme cause de l'augmentation exceptionnelle de la mortalité athrepsique*.

Je commence par rappeler les faits.

Du 27 juin au 3 juillet, la mortalité athrepsique avait été de 75 ; la température de 19,68.

Du 11 au 17 juillet : température, 21 ; mortalité, 251.

Deux causes se présentent pour expliquer cette double différence : la *température* et l'*influence cholérique*.

Or la température de la semaine qui avait précédé l'écart en litige avait été, du 5 au 11 juillet, de 19,02, et la mortalité de 129. Mais la semaine suivante, avec 21 de température, soit 1 degré de plus environ, il y avait eu 251 décès, c'est-à-dire près du double de la semaine précédente. Enfin,

pour montrer ce qu'il y a de régulier entre la concordance des deux chiffres, température et mortalité, je rappellerai qu'en 1883, une année avant l'épidémie, et juste à l'époque du grand écart de 1884, il y avait eu :

Température du 5 au 11 juillet. . . . 19,03.
Mortalité athrepsique. . . . . 129.

D'où j'ai conclu qu'à une telle différence entre les deux années, il fallait une cause exceptionnelle, et cette cause, ce n'est pas, comme vous l'avez dit, une hypothèse, mais un fait matériel présent, l'influence cholérique.

Qu'il puisse y avoir d'autres causes *intercurrentes*, capables de troubler la marche régulière et les effets réguliers des causes habituelles, je ne le conteste pas. C'est là une source inépuisable de problèmes qu'il appartient à l'observateur intelligent et non routinier d'étudier. C'est, dans un autre ordre de choses, ce qui est arrivé à l'illustre Leverrier lorsqu'il a été conduit à la découverte de la planète de Neptune : ce sont les écarts considérables de la marche régulière des autres planètes qui l'ont conduit à affirmer l'existence nouvelle de la planète.

Je m'abstiens d'examiner vos autres critiques et serai heureux qu'avec votre bienveillance et votre bonne foi connues, vous me mettiez à même de voir lequel, de vous ou de moi, s'est trompé. »

En présence de cette abstention de M. Jules Guérin, nous ne nous trouvons pas avoir à défendre notre opinion consistant à dire : qu'il nous paraît bien difficile d'attribuer à une influence épidémique la mortalité disséminée produite à Paris par les affections cholériformes et l'athrepsie pendant les mois de juin, juillet et août, alors que cette mortalité ne dépassait en rien, — nous l'avions montré, — celle de saisons aussi chaudes dans des années absolument indemnes de toute épidémie cholérique, comme 1881. Il nous semblait qu'il y avait là un argument de fait capital, à ne pas négliger, excluant tout rapprochement avec les épidémies postérieures d'Aubervilliers et de Paris ; — mais nous ne voulons pas insister sur des divergences de vues qui ne sauraient influer d'ailleurs sur la haute estime que nous professons pour le remarquable talent, toujours si vigoureux, de l'illustre doyen de la presse médicale et de l'Académie de médecine.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Anévrysme aortique.

La malade du n° 2 de la salle Sainte-Adélaïde est atteinte d'une tumeur anévrysmale de l'aorte ascendante, tumeur qui fait saillie dans le deuxième espace intercostal et donne lieu à des battements pulsatiles et à un double souffle systolique et présystolique. Il existe aussi une légère insuffisance des valvules aortiques. Un abcès sous-pleural, placé d'une façon anomale, pourrait être animé de battements analogues et donner lieu au premier moment à quelque confusion; mais les bruits de souffle trancheront promptement le diagnostic.

Si nous nous en rapportons au récit que la malade nous a fait en arrivant, l'affection dont elle se plaint se serait produite dans des conditions tout à fait particulières. En effet, certain jour, cette femme, ayant failli tomber dans un escalier, avait fait un effort violent pour se retenir. Elle n'était point tombée, il est vrai; mais, dans cet effort même, elle avait éprouvé une douleur très vive dans la poitrine.

Six semaines plus tard, l'existence de la tumeur était constatée. La malade se plaignait d'un essoufflement prononcé et à peu près continu, s'exaspérant lorsqu'elle montait ou qu'elle voulait marcher un peu vite; d'une douleur au niveau de la tumeur et se prolongeant jusque dans l'épaule gauche; de fourmillements dans le bras du même côté, d'éblouissements fréquents, de douleurs de tête assez intenses, etc.

Ce que nous devons retenir ici comme tout spécial, je le répète, c'est l'origine même de la tumeur anévrysmale de l'aorte, c'est-à-dire l'effort. C'est là un fait que l'on ne rencontre pas souvent. On connaît néanmoins un certain nombre d'observations où un traumatisme, une chute, un effort, ont amené une rupture de l'aorte. Je pourrais vous citer un fait un peu analogue à celui de notre malade que j'ai eu l'occasion de voir il y a quelques années : il s'agit d'une blanchisseuse, portant un panier de linge assez lourd, qui, tombant aussi dans un escalier, fit également un violent effort pour se retenir et vint peu de temps après à l'hôpital avec tous les signes d'une insuffisance aortique.

Il faut donc bien savoir qu'un choc violent, un violent effort, peuvent déterminer de pareils accidents ; il est d'ailleurs facile de comprendre qu'ils peuvent amener la déchirure d'une membrane des parois de l'aorte.

On a cité aussi comme cause de semblables lésions une vive émotion, et l'on a rapporté le fait de deux femmes condamnées à mort qui, au moment où la sentence leur était signifiée, éprouvèrent instantanément une douleur tellement violente que chez l'une on constatait, six semaines plus tard, le développement d'une tumeur anévrysmale, et chez l'autre, quarante-huit heures après ladite sentence, il se produisait une rupture de l'aorte, suivie de mort immédiate. Cependant ces deux observations ne sauraient être acceptées ainsi d'emblée sans discussion. Certainement je ne nierai pas que le fait ait pu avoir lieu, mais il est certain aussi que beaucoup d'individus, hommes ou femmes, ont passé par les plus violentes émotions, sans que celles-ci aient jamais amené chez eux de pareilles lésions. Il me paraît donc nécessaire d'admettre que, dans les deux cas que je viens de citer, il devait y avoir quelque prédisposition à de semblables accidents.

Et parmi ces prédispositions, nous indiquerons tout d'abord l'âge, car, ainsi que le montrent les statistiques, les anévrysmes sont surtout fréquents entre trente et trente-neuf ans. J'ajoute que la malade, au sujet de laquelle je vous parle de ces lésions, est âgée de trente-huit ans. Nous placerons ensuite, aussitôt après l'âge, la condition de sexe ; les statistiques nous montrent, en effet, que les anévrysmes de l'aorte sont beaucoup plus fréquents chez l'homme que chez la femme. La proportion serait de cinquante-trois hommes pour vingt et une femmes. Enfin, comme prédisposition véritable aussi, nous devons signaler les modifications produites dans les vaisseaux par leur état athéromateux, la sclérose, l'altération des parois. A trente-neuf ans cependant, on a encore peu d'athéromes, à moins aussi de prédispositions spéciales, telles, par exemple, que l'arthritisme pris dans le sens de goutte ; telles aussi que la syphilis, l'alcoolisme.

Rencontrons-nous chez notre malade quelqu'une de ces prédispositions à un état athéromateux des vaisseaux? Non ; elle n'est point goutteuse ni par elle-même, ni par voie hé-

réditaire; elle n'est point syphilitique, elle n'a jamais rien eu de ce côté; enfin elle n'est pas alcoolique. Mais si nous consultons avec soin ses antécédents, nous trouvons qu'elle a eu la fièvre typhoïde, il y a vingt ans. Cette maladie aurait-elle été pour quelque chose dans l'influence que nous recherchons? L'observation clinique nous apprend que la fièvre typhoïde s'accompagne assez souvent de phénomènes cardiaques, de manifestations morbides sur le muscle du cœur, sur les valvules; nous savons aussi qu'il existe quelquefois de l'artérite dans la fièvre typhoïde, artérite qui ne conduit pas fatalement à la gangrène. Je sais bien qu'il est à peu près impossible de diagnostiquer une artérite de l'aorte, et que ce que l'on peut entendre parfois en pareil cas, c'est un souffle diastolique transitoire à la base du cœur, c'est-à-dire au niveau de l'aorte, un souffle extra-cardiaque déterminé par les mouvements d'une aorte malade. Ce souffle, quelquefois, de transitoire devient définitif et persiste alors que la fièvre typhoïde est guérie depuis longtemps.

L'aortite est donc possible dans le cours de la fièvre typhoïde. Mais peut-elle modifier les parois artérielles d'une façon définitive de manière à favoriser le développement d'un anévrysme? Ceci doit rester actuellement encore à l'état d'hypothèse.

En résumé, vu les antécédents morbides à peu près nuls de notre malade, sauf la fièvre typhoïde, vu son état ordinaire de bonne santé, vu l'absence d'antécédents arthritiques, alcooliques ou syphilitiques, le fait de cette femme serait presque un fait unique, mais qui devra désormais appeler l'attention.

Quant au pronostic, bien que la mort soit généralement la règle, cependant la science comporte quelques cas de guérison. Ainsi le traitement par l'iodure de potassium a parfois fait disparaître complètement chez certains malades les signes de l'anévrysme; chez d'autres, il est resté inefficace. Quant aux autres moyens, tels par exemple que l'électropuncture, ils ne sont pas applicables si la tumeur n'est pas circonscrite, sacciforme. C'est à l'iodure de potassium que nous avons eu recours chez notre malade; malheureusement cette femme est partie beaucoup trop tôt pour qu'il nous ait donné des résultats appréciables

---

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Tuberculose de la lèvre inférieure.

Le fait dont j'ai à vous parler est très intéressant. Il s'agit du malade couché au n° 15 de notre petite salle des hommes. C'est un jeune homme auquel j'ai enlevé, il y a quelques jours, une tumeur de la lèvre inférieure.

Ce garçon était entré dans nos salles avec un épaississement ou mieux une véritable tuméfaction de la lèvre inférieure occupant toute la face interne de celle-ci, tuméfaction irrégulière, de forme triangulaire développée pour ainsi dire sous la muqueuse, et se confondant même avec elle, se propageant dans l'épaisseur de la lèvre, et ne déterminant aucun changement bien net dans la coloration de cette muqueuse. Elle présentait une sorte de plaque ferme, avec un léger développement de la couche papillaire, quelques nodosités et de petits pertuis.

On n'apercevait aucune ulcération; il n'y avait point eu d'hémorrhagie et le malade n'éprouvait aucune douleur. Datant déjà de cinq ou six ans, nous pouvions dire que la tumeur présentait, en réalité, une durée insolite. Son accroissement avait été extrêmement lent. Enfin elle ne s'accompagnait d'aucun engorgement ganglionnaire.

En somme, il s'agissait d'un cas très rare et de diagnostic difficile.

Ma première hypothèse fut que nous étions en présence de quelque polyadénome de la lèvre inférieure. Mais nous savons que ces tumeurs sont généralement lobulées et que les glandes sont séparées les unes des autres, que les polyadénomes sont très superficiels, qu'ils ne s'étendent pas en profondeur dans l'épaisseur des tissus de la lèvre. De plus, un adénome datant de cinq ou six ans sans s'être ulcéré est un fait quelque peu singulier.

Fallait-il alors songer à un épithélioma? Non, la tumeur n'en offrait point les caractères véritables. Ou bien s'agissait-il de quelque adénome épithélial? Mais la durée de la maladie, — cinq ou six ans, — l'absence d'ulcération de la tumeur, l'absence aussi de tout engorgement ganglionnaire, s'opposait à ce que nous pussions nous arrêter à pareil diagnostic. Nous trouvions seulement, comme antécédents, de vieilles cicatrices de scrofule. Or, pour moi, il est difficile d'admettre la coexistence de la scrofule et d'un néoplasme, si ce n'est à la période ultime où la tuberculisation pulmonaire se rencontre quelquefois avec l'existence d'une tumeur néoplasique. Ceci était donc encore un motif d'éloigner de notre pensée toute hypothèse d'un néoplasme chez notre malade.

Je sais bien qu'en médecine on peut s'attendre à tout, que l'on peut rencontrer quelquefois des cas hybrides.

Je songeai à certaine variété de tumeur, à la possibilité d'une métamorphose kystique de certaines tumeurs érectiles, surtout en me souvenant d'un fait assez bizarre que j'ai eu l'occasion d'observer, il y a deux ans environ, chez une jeune fille. Ce fait cependant n'est pas tout à fait semblable à ce que nous rencontrions chez notre malade, de l'avis aussi de M. Cornil qui a vu et cette jeune fille et le malade dont je vous entretiens en ce moment.

Enfin, quoi qu'il en fût du diagnostic précis à émettre sur la nature de cette tumeur, il était nécessaire de procéder à l'extirpation de celle-ci. Donc j'opérai mon malade et par un procédé un peu particulier; ne voulant pas être gêné par le sang toujours abondant dans la région où nous devions intervenir, j'eus recours à la forcipressure au moyen des pinces gigantesques de Desmarres.

Or voici que pendant le cours de l'opération, en soulevant la tumeur, je tombai dans un petit foyer formé de cinq ou six loges toutes remplies d'un liquide puriforme. S'agissait-il de quelque glande suppurée? J'enlève la tumeur; après l'opération, je pratique sur elle une coupe et crois reconnaître là, comme on l'observe dans certains cas, un vieux sclérème. Cependant, n'étant pas satisfait et voulant en avoir le cœur net, je donnai la pièce à examiner à un élève du laboratoire de M. Cornil qui a fait une étude toute spéciale de la segmentation des noyaux de certaines tumeurs. Le résultat de ses recherches nous ayant été communiqué, nous apprîmes que la tumeur de notre malade n'était autre qu'un épithélioma, disait-on, parfaitement caractérisé sous le champ du microscope. J'avoue que cela me déroutait quelque peu, car la tumeur n'avait présenté aucun des caractères cliniques de l'épithélioma. En tous cas, c'était un épithélioma bien bizarre. Mais le microscope avait prononcé; je n'avais qu'à m'incliner.

J'en étais là, et j'avais inscrit comme diagnostic, épithélioma, lorsque, deux jours plus tard, M. Cornil vint me dire qu'une erreur avait été commise, que la tumeur dont on m'avait fait connaître la nature n'était pas celle que j'avais envoyée au laboratoire, qu'elle avait été confondue avec la mienne, et que cette dernière, loin d'être une tumeur de nature épithéliale, rentrait dans la catégorie des tumeurs tuberculeuses.

Il s'agissait donc véritablement, cette fois, d'une tuberculose locale, laquelle s'était développée selon toutes probabilités dans les glandes labiales, s'y était enkystée et était restée ainsi longtemps à l'état latent. Tout autour un travail irritatif s'était fait, processus conduisant à la guérison par sclérose successive et étouffement progressif du tubercule.

C'est le premier cas que je rencontre d'une pareille tumeur développée dans la lèvre inférieure.

Quant au pronostic, je dirai que je ne pense pas que la tumeur récidive; j'espère que l'opération sera bonne et se terminera par la guérison, d'autant plus que l'examen de la poitrine nous a montré que les poumons étaient sains.

En résumé, le fait que je viens d'exposer est un fait rare de tuberculose locale, survenue chez un individu dont les antécédents, dont les anciennes cicatrices, nous prouvent qu'il a déjà eu une première attaque du côté des ganglions du cou.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LI

NOTES SUR GIRONE.

Avant la guerre actuelle, Girone avait une population de 8000 âmes; située sur le revers sud-ouest d'une montagne aride qui domine une grande et fertile plaine, elle est traversée par la rivière du Ter; ses rues, dont plusieurs empiètent sur la pente de la montagne, sont irrégulièrement distribuées; les maisons y sont médiocrement construites. La cathédrale est le seul édifice public qui mérite d'être mentionné; placée dans la partie haute de la ville, elle est précédée d'un escalier monumental de quatre-vingt-dix gradins en pierre avec balustrade, frontispice d'une architecture élégante, un peu compliquée; les colonnes sont d'une pierre coquillière polie et luisante comme du marbre ; la nef, quoique fort longue, n'a ni colonnes ni piliers; on y voit deux mausolées gothiques. Au début de la guerre, Girone a résisté à un siège pendant six mois, en 1809; nous avons détruit les bastions de l'enceinte et les fortifications qui existaient sur la crête de la montagne. La rivière le Ter coule hors des murs; un ruisseau traverse la ville. Un canal arrose la plaine qui est fertile en blé; les oliviers sont rares sur les coteaux abrités du nord. Le marbre coquillier dont j'ai parlé est tiré de la montagne même de Girone; les corps marins fossiles qui le composent appartiennent tous à une ou deux espèces, des *nummulites*, et un autre corps globuleux analogue. Ces pétrifications présentent des formes très variées sur la pierre polie, rondes, ovales, lancéolées aux deux bouts, linéaires, lenticulaires, etc.; leur surface est toujours marquée de lignes concentriques. Cette pierre est du reste très susceptible d'altération, de fêlure, par l'action érosive des agents de la nature; on observe aussi sur cette montagne un produit volcanique, spongieux, noirâtre (scorie), qu'on utilise, à cause de sa légèreté, pour la construction des voûtes.

En 1285, Girone soutint un long siège contre les Français; sa reddition fut suivie de pillage et de violences de toutes sortes (Mariana).

28 février. — Le général Lamarque, mon compatriote, l'ami de ma famille, m'apprend la mort toute récente de mon père; les dernières lettres reçues de Saint-Sever ne me faisaient que trop prévoir ce malheur survenu lorsque j'allais rentrer sous le toit paternel. Mon chef et mon ami M. Rampont me fit accorder un congé sous la forme d'une mission auprès du corps médical de l'armée du maréchal Soult qui défendait nos contrées du sud-ouest.

Arrivé à Toulouse, j'appris le combat d'Orthez, l'avantage remporté par Wellington sur le maréchal Soult; j'étais dans l'impossibilité de poursuivre ma route; je dus retourner au quartier général, à Perpignan.

26 mars. — Quelque chose sur la rentrée de Ferdinand VII en Espagne (extrait d'une lettre du lieutenant-colonel d'Esclaibes, chef d'état-major de l'artillerie de l'armée d'Aragon).

Le 24 mars, Ferdinand fut enfin remis aux Espagnols. Cette cérémonie s'est faite par le plus beau temps du monde, et le maréchal y a mis beaucoup de grâce et surtout beaucoup de finesse. Le roi est enchanté de notre maréchal et presque des Français. Nous verrons si cela durera et aura des suites heureuses.

Sa Majesté Catholique est partie de Figuières à dix heures du matin, en voiture conduite par des chevaux d'artillerie. Le maréchal, suivi de son état-major, marchait en avant à cheval. Toute l'armée, dans la plus belle tenue, était rangée en bataille sur la droite et tout près de la route. Nos vingt-deux bouches à feu, placées dans l'intervalle des brigades, ont salué chacune de six coups; l'infanterie a présenté les armes. Le roi a examiné nos troupes avec beaucoup d'attention; il a paru étonné de leur bonne tenue et de leur nombre; n'étant que sur deux rangs de profondeur, elles formaient une ligne très étendue. La cavalerie surtout a dû exciter son admiration, et je crois qu'il sera longtemps roi d'Espagne et des Indes avant de voir rien d'aussi beau dans ce genre. Cette revue l'a conduit près de Bascara, où l'armée espagnole l'attendait. Celle-ci était rangée en bataille sur les hauteurs, à gauche de ce village. La cavalerie occupait le bord de la rivière (Flavia); la nôtre vint se ranger sur la rive opposée. La voiture du roi s'est arrêtée un instant près de la rivière. M. le maréchal est venu faire ses adieux : « Permettez, sire, que mes vœux accompagnent Votre Majesté dans son royaume; j'espère être le dernier général français qu'elle verra avec des troupes sur le territoire espagnol. » On assure que le roi répondit en ces termes : « Monsieur le maréchal, j'accepte vos vœux et je vous assure que vous avez gagné aujourd'hui une grande victoire. » Copous, pendant ce temps, fit passer le général Liodet qui vint parler au roi et au maréchal; j'ignore ce qu'il leur dit; il se retira tout de suite. Aussitôt la voiture du roi entra dans la rivière; alors commencèrent les vivats de toute l'armée espagnole et des paysans rassemblés. Quatre de ceux-ci vinrent prendre les rênes des mules, suivant l'usage espagnol, pour montrer le gué aux soldats du train. Le général Saint-Cyr passa à la suite des voitures du roi; je passai avec lui, sous le prétexte de ramener nos mules. Arrivé sur l'autre rive, le roi s'arrêta; Copous vint le complimenter. Celui-ci parla avec beaucoup de chaleur; je n'entendis que la fin de son discours, et je compris qu'il témoignait, au nom de l'armée, combien le retour de Sa Majesté était heureux pour toute l'Espagne, qu'il ne doutait pas que les Cortès ne lui remissent la couronne qu'Elle avait si justement héritée de ses pères, etc. Le roi fit peu ou point de réponse, je ne pus entendre; il paraissait fort satisfait. Copous ordonna de faire remplacer nos mules, et nous partîmes, chacun de son côté. Ainsi finit cette opération dont il sera parlé dans l'histoire; elle sera une nouvelle preuve de la légèreté française et de l'instabilité des choses humaines.

Le 12 avril, on apprit la sinistre nouvelle de la bataille de Toulouse; le quartier général se transporta de Perpignan à Narbonne.

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 juillet 1885.

C'en est fait, notre belle armée d'Aragon qu'avaient illustrée tant de sièges devenus célèbres, la soumission des trois provinces les plus grandes de la péninsule, et l'administration si sage, si régulière de son chef, est forcée, par des événements survenus bien loin d'elle, d'abandonner sans retour ses conquêtes et de rentrer, l'arme au bras, en France. Cette armée, qui a formé quatre maréchaux (Suchet, Bugeaud, Valée, Harispe), s'est décomposée en quelque sorte : soit en désarmant à Barcelone des troupes étrangères dès longtemps au service de la France, soit en fournissant, par ordre de l'empereur, des renforts considérables du côté de Lyon. C'étaient là des signes précurseurs d'une catastrophe qui ne tarda point à se réaliser.

Ce fut pendant notre court séjour à Narbonne que nous apprîmes, le 14 avril, la déchéance de l'empereur, l'établissement d'un gouvernement provisoire, et la paix très prochaine.

Le maréchal convoqua, dans la matinée, les officiers supérieurs de l'armée et les chefs de service, pour leur communiquer le message apporté par le colonel Saint-Simon et pour manifester son adhésion au nouvel ordre de choses.

Ces nouvelles extraordinaires sont accueillies par les Narbonnais avec un contentement unanime, et même, je dois le dire, avec un enthousiasme général. Chez les militaires, l'impression fut diverse; quelques-uns, pénétrés des véritables intérêts de la France et désirant voir le terme des maux qui l'accablent, approuvent ce changement politique; les autres, et c'est le plus grand nombre, témoignent de l'inquiétude et un mécontentement qui heureusement n'éclate pas.

15 avril. — La nouvelle de l'abdication de l'empereur, ne se confirmant pas officiellement, augmente la disposition au mécontentement parmi les grades subalternes, où la contrariété de voir s'évanouir l'espoir d'un avancement rapide donne lieu à quelques intempérances de langage; mais l'ordre n'est pas troublé.

18 avril. — Le canon nous annonce officiellement la restauration de la royauté. Ordre de remplacer la cocarde tricolore par la cocarde blanche.

24 avril. — Les Narbonnais ont célébré aujourd'hui le nouvel ordre de choses par un *Te Deum* solennel, auquel a pris part un concours prodigieux de la population et des militaires. Après le sermon, les habitants, oubliant qu'ils étaient à l'église, ont crié à plusieurs reprises : « Vive le roi! vive le maréchal Suchet! » Ils préparent, pour jeudi prochain, un somptueux banquet offert au maréchal et à son état-major.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

L'Association française pour l'avancement des sciences nous communique la nouvelle liste suivante des communications qui doivent être faites au Congrès de Grenoble, dont l'ouverture a lieu mercredi prochain, 12 août 1885, et qui se rapportent plus spécialement aux sciences médicales.

Ces communications sont :

MM. Apostoli et Doléris (à Paris). Sur un nouveau traitement électrique de l'hématocèle péri-utérine par la galvano-puncture négative.

M. Léon Ardouin (à Paris). Sur les effets thérapeutiques et physiologiques de l'antipyrine.

M. Blanquinque (à Laon). Les solutions de chloral dans la thérapeutique oculaire.

M. A. Chauveau (à Lyon). Sur la présence éventuelle des germes pathogènes dans le sang des sujets bien portants. — De la vaccination charbonneuse unique. — Sur l'inoculatiou préventive de la rage.

M. Th. Defresne (à Paris). Sur les propriétés peu connues de la pepsine et sur un nouveau mode de dosage par l'albumine crue.

M. G. Drouineau (à la Rochelle). De la ponction vésicale aspiratrice. — Les épices et l'hygiène.

M. Raphaël Dubois (à Paris). Machine à anesthésier.

M. René Duzéa (à Lyon). Note sur quelques troubles trophiques concomitants aux angiomes superficiels.

M. Eyssautier (à Paris). De l'érosion dentaire dans la scrofule.

M. Laynaud. L'hôpital à pavillons isolés.

M. Montaz (à Grenoble). Nouveau procédé de résection du genou. — Traitement de la scoliose par la méthode de Sayre (de New-York), résultats éloignés.

M. Niepce (à Allevard). De l'action du gaz sulfhydrique libre, contenu dans l'eau minérale d'Allevard, sur les bacilles de la tuberculose. — De la présence des bacilles dans le sperme des tuberculeux, comme cause de transmission de la tuberculose.

M. A. Poncet (à Lyon). Des ostéites de l'apophyse coracoïde; et de la résection de cette apophyse. — Tumeur pulsatile. — Ligature de l'iliaque interne.

M. Rochard (à Paris). L'organisation du service de la vaccine en France.

M. Joseph Teissier (à Lyon). Mode de transmission de la diphthérie. — Mesures prophylactiques.

Le programme des excursions qui doivent avoir lieu soit pendant, soit après le Congrès, est arrêté complètement. Nous en donnons ci-dessous l'indication sommaire; il pourrait recevoir quelques modifications de détails si les circonstances l'exigeaient.

Samedi 15 août. — Excursion à la Grande-Chartreuse. Départ par le Sappey, retour par Saint-Laurent-du-Pont et Voreppe.

Dimanche 16 août. — Excursion à Vizille et Uriage. — Le Pont-de-Claix; sources de Rochefort; Vizille, papeterie, fabrique de soieries, château; Uriage, établissement thermal, château.

Mardi 18 août. — Excursion dans la vallée de la Bourne. — Saint-Hilaire-du-Rosier, Pont-à-Royans, Villard-de-Lans, Sassenage. — Excursions à Allevard. — Saint-Pierre-d'Allevard, mines, forges; Allevard-les-Bains, établissement thermal; vallée du Bréda; Pontcharra.

Excursions finales. — Vendredi 21, samedi 22 et dimanche 23 août. Excursion d'Annecy. — La Grande-Chartreuse, les Échelles, Saint-Laurent-du-Pont, établissement de pisciculture de Servagette, Saint-Béron, Chambéry, Aix-les-Bains, les gorges du Fier, Annecy, lac d'Annecy.

Excursion de Briançon. — Le Bourg-d'Oisans, la Grave, le col du Lantaret, Gap, Veynes, Grenoble.

Un groupe d'excursionnistes pourra faire la même excursion en sens contraire les samedi 22, dimanche 23 et lundi 24 août.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 8 août 1885, la chaire de chimie de la Faculté de médecine de Nancy est déclarée vacante.

— Par arrêté préfectoral, en date du 18 juillet 1885, le bureau de bienfaisance du XIV[e] arrondissement de Paris est dissous; il sera immédiatement procédé à sa reconstitution.

— Par arrêté préfectoral, en date du 25 juillet 1885, ont été nommés médecins de l'état civil de la ville de Paris :

Pour le XIII[e] arrondissement, MM. les docteurs Mangenot et Joseph.

Pour le XX[e] arrondissement, M. le docteur Miguet.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Lejars, Mérigot de Treigny, Démoulin, Villemin, Monprofit et Villar sont nommés, pour quatre ans, aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de MM. Chaput, Broca, Tuffier, Ricard, Hache et Wikam, dont le temps d'exercice est expiré.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis-Eugène Forget (de Paris) et de M. le docteur Girard, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques, par le docteur J. Babinski. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Contribution à l'étude des déchirures du col de l'utérus, par L. Jacquelot, ancien interne des hôpitaux. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Premiers pansements des fractures ouvertes, par le docteur Largeau. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Examen critique des principaux procédés de pulvérisation des eaux minérales, par le docteur P. Benari. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Étude sur l'hygiène de Moïse et des anciens Israélites, par le docteur Noël Gueneau de Mussy. In-8°. — Prix : 75 centimes. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Les gourmes infantiles, leur séméiologie, leur traitement par les tissus imperméables, par le docteur Descroizilles. In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18200

75

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : **LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.**

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande *directement à MM. Lebeault, Mayet et Cie*, recevront une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon.

92

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.

4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50 cgr. . . *5 fr.*
1/2 étui de 10 cachets . . . . *2 fr. 50*
Phien ✲, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

215

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

7

L'eau minérale de la

SOURCE DU PAVILLON

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

est la seule à **Contrexéville** *qui soit décrétée d'intérêt public.*

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques et hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central des eaux à Paris, 31, boulevard des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

113

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.
Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

80

SCHINZNACH-LES-BAINS

(*Suisse, entre Bâle et Zurich*).

Eaux **SULFUREUSES** et chlorurées, les plus riches, les plus efficaces contre l'*anémie*, les *maladies de la peau, des muqueuses, articulations*, etc. Etablissement de premier ordre, gare de chemin de fer, centre d'excursions en Suisse.

EAU EN BOUTEILLES ET RENSEIGNEMENTS

37, rue de Rome, à la Société *hydro-minérale.*

4

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0gr,12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3f,50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le flon de 100, 3f50.
50, boulevard de Strasbourg.

60

PODOPHYLLIN DELPECH

contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

27

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

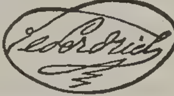
A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

88

LES BAS-VARICES LE PERDRIEL

sont souples, solides, perméables à la transpiration. Ce sont de véritables agents de guérison qui donnent promptement les plus heureux résultats. Leur force peut être graduée suivant les besoins.

Avec les mêmes tissus, la maison confectionne *des ceintures de toutes formes; corsets, caleçons, brassards* et autres appareils de compression qui joignent aux avantages du tissu à jour ceux d'une fabrication irréprochable garantie par le cachet et par la signature.



29

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

33

PILULES DE PEPSINE

HOGG, pharmacien, 2, rue Castiglione, Paris.

La *forme pilulaire* est la meilleure pour prendre la *Pepsine*. Ces pilules sont très solubles, n'étant recouvertes que d'une *simple couche de sucre.*

1° **Pilules à la Pepsine pure acidifiée**, contenant 10 centigr. de Pepsine; 2° **Pilules à la Pepsine et au Fer réduit par l'Hydrogène**, contenant 5 centigr. de Pepsine et 5 centigr. de Fer; 3° **Pilules à la Pepsine et à l'Iodure de Fer**, contenant 5 centigr. de Pepsine et 5 centigr. d'Iodure.

Se trouve dans les principales pharmacies.

10

AFFECTIONS CARDIAQUES

« PALPITATIONS, INSUFFISANCES ET RÉTRÉCISSEMENTS, ALBUMINURIES, ŒDÈME. »

Soulagement immédiat et guérison par le

Sirop et les Pilules de LANGLEBERT

au convallaria Maïalis (*muguet de mai*)

Préconisés par les meilleurs praticiens.

Phie LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et tes ph.
Granules et préparations de *Convallamarine.*

136

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

133

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

14

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, 20 et 30 francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

79

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-es-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

49

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

N° 93. — JEUDI 13 AOUT 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 13 AOUT 1885. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous sommes heureux de le constater, M. Jules Guérin reste toujours un des plus habiles dialecticiens, un des jouteurs les plus redoutables de l'Académie de médecine. Il en a donné des preuves nouvelles dans la dernière séance, à propos d'une note de M. Brouardel qui vient confirmer sur tous les points les renseignements publiés hier sur le choléra de Marseille par la *Gazette des hôpitaux*. M. Brouardel, préoccupé du désir d'obtenir un vote unanime de l'Académie pour appuyer un projet de loi dont il est l'auteur sur la législation sanitaire, n'a pas voulu entrer en discussion sur les questions de doctrine; et l'argumentation puissante de M. Jules Guérin serait restée sans réponse, si M. Leroy de Méricourt n'était venu rappeler certains faits et soulever certaines objections.

Dans le cours de cette discussion, M. Jules Guérin a émis une proposition qui nous intéresse d'autant plus qu'elle paraît servir de réponse à l'argument de fait invoqué par nous à plusieurs reprises. Suivant lui, à Marseille, à Toulon (et sans doute également à Paris), il y aurait chaque année un commencement, une première ébauche d'une épidémie cholérique. Le choléra naîtrait sur place, pour se développer plus ou moins suivant certaines circonstances qui varieraient avec les années. D'après cela, on pourrait comprendre comment, dans une année à la fin de laquelle devrait naître une épidémie proprement dite, les cas d'affections cholériformes, d'athrepsie, etc., qui se produiraient pendant les trois ou quatre mois précédant cette épidémie, pourraient s'y rattacher, sans être plus nombreux que dans les années ordinaires présentant les mêmes conditions climatériques. Il n'y aurait pas lieu de se préoccuper de leur fréquence relative plus ou moins grande. Si rares fussent-ils d'ailleurs, ils n'en seraient pas moins les premières manifestations de la même cause qui finirait par une éclosion plus complète. On voit la portée que peut avoir cette proposition de M. Jules Guérin.

Mais alors, parmi ces années durant lesquelles la première période, la période préparatoire de l'épidémie, se montrerait également, pourquoi donc en est-il si peu qui aboutissent à l'éclosion d'une épidémie proprement dite? Pourquoi cette éclosion se fait-elle dans un ordre déterminé, de pays en pays, de ville en ville, à partir d'un point de départ toujours le même? Pourquoi, ainsi que l'a rappelé M. Leroy de Méricourt, le choléra a-t-il besoin d'une contamination facile à constater, d'un rapport direct avec des germes cholériques en évolution quelque part, pour se déclarer sur un navire ou dans une île, où il fera les plus grands ravages si cette condition est remplie? La préparation qui se fait sur place n'est donc pas tout. Il y a donc en outre,— même en admettant, comme nous avons toujours été très disposé à le faire, l'importance considérable que peut jouer cette préparation dans l'éclosion d'une épidémie en tel ou tel lieu déterminé,— un élément autre, extérieur, surajouté, mais essentiel, en l'absence duquel l'épidémie, si bien préparée qu'on la suppose, ne naîtra pas, et qui, à lui seul, dans des conditions déterminées de concentration et d'énergie, pourra la faire naître d'emblée sans préparation préalable. C'est là le contage cholérique.

Telle nous paraît être, quant à nous, la conclusion naturelle et forcée d'une comparaison de la mortalité par affections cholériformes et athrepsie durant la période préépidémique d'une année de choléra, telle que 1884, avec celle de la saison correspondante d'une autre année où nul ne songerait à signaler une épidémie cholérique, telle que 1881.

HOTEL-DIEU. — M. Tillaux.

Carcinome du testicule gauche; diagnostic différentiel des tumeurs du testicule.

Après avoir pratiqué la ténotomie du tendon d'Achille pour redresser un pied bot varus équin, je ferai une opération plus grave sur un homme âgé de quarante ans, atteint d'une tumeur du testicule gauche et couché au n° 15 de la salle Saint-Côme. Voici d'abord l'histoire de ce malade :

Antécédents. — Son père est mort d'une maladie aiguë, sa mère d'une maladie du cœur. Personne, dit-il, dans sa

famille, n'a été atteint d'affection cancéreuse ; lui-même n'a jamais été malade. Cependant il a eu les fièvres intermittentes au Mexique pendant la campagne de 1866, mais elles ne durèrent que dix jours. A l'âge de vingt ans, il contracta la syphilis et se traita incomplètement. Il y a trois ans seulement, il s'aperçut qu'il portait un varicocèle gauche et fit alors usage d'un suspensoir.

Il y a treize mois, après une journée de travail très pénible (il exerce la profession de serrurier), le malade éprouva de vives douleurs dans les flancs. Pendant la nuit, les douleurs descendirent dans le testicule gauche, et le lendemain la glande avait augmenté de volume. Il continua néanmoins à travailler et le testicule garda les mêmes dimensions.

Il y a neuf mois, à la suite de nouvelles fatigues, les douleurs devinrent encore plus vives et le testicule grossit rapidement. Le malade consulta un médecin qui lui fit prendre de l'iodure de potassium à dose qui paraît avoir été assez élevée.

Depuis trois mois, la tumeur est restée stationnaire, mais le travail étant devenu impossible, le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Le scrotum du côté gauche est notablement augmenté de volume ; ses dimensions sont celles d'une tête de fœtus à terme et sa forme celle d'un œuf à grosse extrémité dirigée en bas. La peau est normale, glisse facilement sur la tumeur et n'adhère en aucun point de sa face profonde. La surface de la tumeur est en apparence lisse et régulière, mais elle offre en arrière des bosselures très manifestes.

La tumeur est de consistance dure, elle ne présente pas la moindre rénitence, sauf en avant, dans l'étendue d'une pièce de 5 francs où elle est molle.

Elle n'est pas transparente.

Le cordon correspondant est plus volumineux que celui du côté opposé; toutefois le canal déférent présente son volume normal.

Au-dessus du canal inguinal existe un petit noyau induré, mais il ne m'est pas démontré que ce soit un ganglion, le malade ayant été atteint de varicocèle. Les ganglions iliaques et lombaires paraissent sains.

Depuis qu'il est au repos, le malade n'éprouve plus de douleurs spontanées, mais seulement une grande pesanteur. S'il marche sans suspensoir, il ressent des douleurs abdominales et lombaires.

La santé générale est bonne ; les fonctions génitales sont intactes. Quoique un peu pâle, cet homme ne présente pas de teinte cachectique. Les viscères thoraciques et abdominaux sont en bon état.

Diagnostic. — Je vais suivre, pour établir le diagnostic, en me basant sur les signes et symptômes qui précèdent, la méthode que je vous conseille d'employer chaque fois que vous serez en présence d'une tumeur du scrotum.

L'affection étant essentiellement chronique puisqu'elle date de treize mois, nous pouvons éliminer d'emblée les tumeurs à marche aiguë, c'est-à-dire les diverses espèces d'orchite.

La tumeur est dure, très dure même dans sa presque totalité, et de plus elle n'est pas transparente : éliminons donc aussi les tumeurs liquides, c'est-à-dire l'hydrocèle et l'hématocèle.

Un mot cependant sur cette dernière maladie.

L'un de vous a porté au lit du malade le diagnostic d'hématocèle ; je désire lui démontrer qu'il s'est trompé. J'avoue que, dans certains cas, le diagnostic est difficile : lorsque la tumeur du scrotum est lisse, rénitente, fluctuante même, caractères de l'hématocèle, on peut très bien la confondre avec un produit morbide de consistance molle, comme l'encéphaloïde, par exemple, ayant distendu uniformément la tunique albuginée. La marche de la maladie peut seule alors éclairer le diagnostic : l'hématocèle évolue très lentement, est toujours indolente et succède en général à une hydrocèle. Tout autrement se comportent le sarcome et le carcinome qui marchent vite. Une hématocèle spontanée de la tunique vaginale aurait certainement demandé plusieurs années avant d'en arriver au volume de la tumeur actuelle. Mais, de plus, rappelez-vous que, dans notre cas particulier, la tumeur est dure, inégale et bosselée ; le doute n'est donc pas possible, une hématocèle n'ayant jamais présenté de signes semblables.

Nous sommes par conséquent en présence d'une tumeur solide, de ce que l'on désignait jadis sous le nom générique de sarcocèle (tumeur charnue), avant l'introduction de l'histologie pathologique dans nos études.

Or il existe dans le testicule un assez grand nombre de tumeurs solides, et voici l'ordre que je crois devoir suivre dans le diagnostic éliminatoire :

1° Sont-ce des tubercules ? Non, parce que les tubercules se présentent ordinairement sous la forme de noyaux isolés et indurés, siégeant le plus souvent dans l'épididyme, et parce que nous avons ici une masse unique englobant le testicule et l'épididyme à la fois.

2° Est-ce un testicule syphilitique ? Je ne le crois pas, et cependant le malade a été atteint de syphilis à l'âge de vingt ans, ce qui pourrait le faire supposer. Mais le testicule syphilitique, ce que Virchow a décrit sous le nom d'orchite chronique syphilitique, est caractérisé surtout par la production nouvelle de tissu conjonctif entre les tubes séminifères. Ces productions ont la forme de masses irrégulières, dures, du volume d'un petit pois à celui d'une noisette ; elles amènent peu à peu l'atrophie des tubes séminifères et la sclérose du testicule. Ce que je vous ai décrit ne ressemble à rien de cela.

3° Reste un groupe de tumeurs spéciales à cette région, et qui sont : le chondrome, le fibrome, le sarcome, l'épithéliome myxoïde (Malassez), le lymphadénome (Malassez), et le carcinome.

Le diagnostic clinique peut-il être poussé assez loin pour permettre de dire si l'on a affaire à l'une ou à l'autre de ces tumeurs ? Ordinairement non, car le microscope décèle souvent la combinaison des éléments de plusieurs d'entre elles. Seulement nous savons que le sarcome pur, sans formation kystique, est très rare ; que le carcinome est au contraire l'une des tumeurs le plus fréquemment observées dans le testicule. La consistance de celle-ci nous autorise en outre à penser qu'elle contient peut-être un peu de cartilage.

Je crois donc à une tumeur solide, probablement mixte, du testicule, mais dont la majeure partie est formée par un carcinome.

Pronostic et traitement. — Cette affection est extrêmement grave, et le seul traitement rationnel consiste dans l'ablation de la tumeur, c'est-à-dire dans la castration que je vais pratiquer devant vous.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques préliminaires, je ferai une incision verticale pour énucléer la tumeur, et je lierai le cordon en deux ou trois parties selon son volume. La plaie sera lavée avec une solution phéniquée forte, elle sera réunie, drainée et recouverte d'un pansement de Lister.

L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait bien d'un carcinome, et le malade est sorti guéri du service.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Un nouveau cas d'albuminurie; régime lacté exclusif et régime mixte (1).

II

Lorsque j'ai commencé, dans ma dernière leçon, l'histoire de la malade atteinte de néphrite parenchymateuse chronique, je vous ai dit que, deux jours après son entrée à l'hôpital, je l'avais mise au traitement par le régime lacté exclusif. Je vous ai dit que l'amélioration qui s'en était suivie, avait porté bien plutôt sur les divers éléments constitutifs de l'urine que sur l'albumine elle-même, dont la diminution aurait pu être plus accentuée.

Depuis ma dernière leçon l'amélioration a été en augmentant, et hier l'albumine, rendue dans les vingt-quatre heures, était tombée à 5 grammes, soit en vingt jours une diminution de 8 grammes. L'état général s'est également amélioré, les vomissements ont cessé, la bronchite et la laryngite ont disparu ainsi que l'ascite. Bref, il ne reste plus que de la néphrite, que de l'albumine dans les urines.

Des résultats aussi avantageux se sont produits sous l'influence du régime lacté dans la composition totale de l'urine qui est redevenue presque normale. Le lait a donc eu une action des plus manifestes sur tous les composants de l'urine.

Mais notre malade, ainsi améliorée, que va-t-elle devenir? En général, les effets obtenus par le régime lacté rigoureux sont constants, lorsque la maladie vous a laissé le temps d'agir; mais ensuite deux cas peuvent se présenter : le premier est caractérisé par la continuation de l'amendement des accidents, si bien qu'un beau jour l'albumine dans l'urine tombe à zéro; dans le deuxième cas, l'amélioration, après avoir progressé pendant un certain temps, s'arrête et la diminution de l'albumine cesse, bien qu'on ait continué le régime lacté dans toute sa rigueur.

Examinons donc ces deux cas l'un après l'autre.

Premier cas. — L'amélioration progresse et l'albumine tombe à zéro : le malade est-il guéri? Non, pas du tout, il vous faut alors comme critérium connaître les résultats d'une modification dans le traitement par le lait. Il vous faut modifier le régime lacté exclusif auquel vous l'aviez soumis, il faut substituer à ce régime absolu le régime mixte, c'est-à-dire, tout en maintenant l'administration du lait à une dose élevée, tenter de faire prendre au malade un repas par jour composé d'aliments ordinaires. Ici encore deux cas pourront se présenter : 1° ou bien encore vous constaterez l'absence complète de l'albumine dans l'urine, et vous forcez peu à peu l'alimentation ordinaire; si, dans ces conditions, l'albumine ne reparaît pas, alors vous pouvez considérer votre malade comme guéri; 2° mais le plus souvent, sous l'influence du changement de régime, on voit l'albumine reparaître dans l'urine, et en d'autant plus grande quantité que l'on aura plus augmenté l'alimentation. Cela veut dire que ce n'est pas le rein qui est fautif, parce qu'il ne laisse pas passer toutes les albumines. Ainsi il ne laisse pas passer l'albumine du lait ni celle du sang, mais bien celle des aliments surajoutés au régime lacté. Ce n'est que dans le cas où le dosage de l'albumine de l'urine donne un chiffre supérieur à celui de l'albumine des aliments que l'on peut accuser le rein. C'est là la preuve la plus démonstrative de la doctrine de Bright, de Valentin, etc., et de moi-même, c'est-à-dire de l'influence prépondérante du sang sur l'état anatomique de l'organe rénal.

Donc, en général, la première modification que l'on cherche à introduire dans le régime purement lacté auquel on avait soumis le malade ne réussit pas et l'on voit, sous son influence, l'albumine reparaître dans l'urine. Dans ce cas, il ne faut pas s'entêter à alimenter son malade, sous peine de lui porter préjudice; il faut, au contraire, revenir pour un nouveau temps au traitement par le régime lacté exclusif, absolu.

Plus tard, après une seconde période de vingt jours de ce régime exclusif, on fera une nouvelle tentative du régime mixte, laquelle alors aura des chances de réussir, pourra vous conduire à un pronostic favorable et vous permettre l'espoir de guérir votre malade.

Si cependant ces tentatives ultérieures ne réussissent pas, il ne s'ensuit pas encore fatalement que le pronostic soit défavorable. En effet, la première période ayant fait tomber l'albumine à zéro et le régime mixte ayant fait reparaître l'albumine dans l'urine, on peut dire que le pronostic sera favorable tant que le malade consentira à continuer le régime lacté et l'on peut dire que ce pronostic dépend de la volonté du malade à s'y soumettre, puisque tant qu'il le continuera l'albumine ne reparaîtra pas.

Deuxième cas : L'amélioration a fait des progrès pendant un certain temps, puis un beau jour la diminution de l'albumine s'est arrêtée, malgré la continuation du régime lacté exclusif, et l'on n'obtient plus rien si ce n'est quelques oscillations sans importance d'un jour à l'autre. Qu'est-ce que cela veut dire ?

Pour moi, cela signifie que cette fois le rein est en cause et qu'il laisse passer l'albumine du sang et non pas l'albumine du lait, comme on pourrait peut-être le penser au premier abord. Il suffit de réfléchir quelques instants à ce qui se passe pour en avoir la preuve.

En effet, voilà, je suppose, un mois que le malade néphrétique est soumis au régime lacté exclusif et que la quantité de lait qu'il consomme quotidiennement est toujours la même. Sous l'influence de ce traitement l'albumine rendue, qui était de 20 grammes dans les vingt-quatre heures, la veille du jour où le régime a été mis à exécution, est tombée à 4 grammes. Puis ce chiffre de 4 grammes est devenu un chiffre fixe représentant la quantité d'albumine rendue depuis lors chaque jour. Certainement l'organe rénal est amélioré dans son fonctionnement. Mais alors ces 4 grammes d'albumine représentent-ils l'albumine du lait pris chaque jour? Nullement; cette albumine, au contraire, est

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 août 1885.

de même origine que celle que le malade rendait en plus grande quantité avant son traitement lacté et il est parfaitement logique de conclure que cette albumine provient de toute autre source, et que c'est le rein qui laisse passer l'albumine du sang, et d'ailleurs l'observation donne parfaitement raison à cette conclusion.

Les malades ainsi atteints ne peuvent plus guérir, et tout ce que la médecine peut faire, c'est de les mettre à l'abri des accidents graves de la maladie de Bright; car ici c'est le rein qui est fautif par lui-même parce qu'il laisse filtrer l'albumine du sang. Il y a là une lésion du rein beaucoup moins accessible à la thérapeutique.

Ainsi donc, quand, au bout d'un mois du régime lacté exclusif, l'albumine n'est pas tombée à zéro ou très près du chiffre zéro, il ne faut plus guère compter sur la guérison, quel que soit le régime auquel on ait recours : on peut seulement obtenir une amélioration plus ou moins grande et rien de plus.

THÉRAPEUTIQUE

Alimentation des enfants.

Par M. le docteur Blanc-Aillaud, médecin inspecteur des enfants du premier âge.

L'alimentation des enfants en bas âge, surtout dans les grandes villes, où le mode naturel de nutrition, l'allaitement, est souvent entravé par d'innombrables difficultés, constitue un de ces graves problèmes sociaux qui s'imposent aux méditations et aux recherches des philanthropes.

L'alimentation de la première enfance intéresse à la fois l'hygiéniste, le praticien, l'économiste : c'est donc bien une question de l'importance la plus haute et qui doit préoccuper aussi les familles.

Depuis longtemps, les observations quotidiennes des médecins, en Allemagne, en Suisse, en Angleterre, ont démontré les excellents résultats obtenus par l'usage de la *farine d'avoine* dans l'alimentation des enfants à la mamelle.

Chacun sait que si le lait de la mère ou d'une bonne nourrice est, dans certaines conditions particulières et privilégiées, la nourriture par excellence pour l'enfant, ce même aliment peut devenir, dans d'autres cas, — malheureusement trop nombreux, — un véritable poison, une source de vices constitutionnels vouant le nourrisson à une existence misérable ou à une fin prématurée; souvent aussi, — et c'est là le côté sociologique de la question sur lequel on ne saurait trop insister, — ces vices organiques ainsi contractés impriment le sceau de la débilité à des générations tout entières.

Cette question de l'alimentation ne pouvait donc laisser indifférentes les sommités médicales et scientifiques de tous les pays. Aussi, partout, les médecins, les chimistes, les économistes que la vie et la prospérité des peuples intéressent à un si haut degré, ont-ils proposé ou employé différentes substances alimentaires comme succédanées de cette nourriture si simple et à la fois si complète : le lait maternel.

Après de nombreux essais, l'observation scientifique aidant, on a reconnu que, dans les trois ou quatre premiers mois, rien ne pouvait remplacer le lait. Cette constatation a une cause anatomique : à cette période de la vie, certaines parties accessoires des organes digestifs de l'enfant sont encore à l'état embryonnaire. Cette absence de développement s'oppose à la digestion et à l'assimilation des substances alimentaires usuelles, même de celles qui, par leur composition chimique, se rapprochent le plus du lait, comme les farines et les fécules. Nous voyons, en effet, tous les jours, l'emploi immodéré de ces produits occasionner des dyspepsies, des diarrhées vertes et d'autres accidents intestinaux chez les jeunes enfants.

Pendant cette période de la vie, l'enfant privé de sa mère ou d'une nourrice ne peut guère supporter que le lait de vache coupé, légèrement sucré, de manière à lui donner approximativement la composition du lait de femme.

Comme nous l'avons dit, en Angleterre, en Allemagne et en Suisse, on a recommandé depuis longtemps de substituer à l'eau, pour cette opération de coupage, la décoction légère de *gruau d'avoine* que ses propriétés nutritives et adoucissantes désignent tout naturellement pour cet usage.

Dans les pays septentrionaux, la tisane et la décoction d'*avoine* sont les boissons habituellement prescrites par les médecins aux malades atteints de phlegmasies aiguës, notamment des voies digestives. Or, si le *gruau d'avoine* convient aux estomacs et aux intestins malades, irrités ou fatigués, il était logique d'admettre que sa décoction serait bien supportée par les voies digestives des petits enfants.

L'expérience des praticiens confirme tous les jours cette démonstration : les organes si délicats de l'enfant s'accommodant à merveille du *gruau d'avoine*, ce fait devait amener les médecins à conclure que l'*avena* était le meilleur aliment de transition pour la période pendant laquelle le nourrisson peut commencer à recevoir d'autres aliments que le lait.

Tout le monde sait que l'*avoine* (*avena sativa*) appartient à la famille des graminées. C'est la semence *mondée* de cette céréale qui constitue le *gruau*.

En Provence, dans une partie du Midi, cette semence dégagée des matières hétérogènes et impures, mondée, en un mot, est appelée *avena*. Mélangée avec du sucre et du lait, elle sert à faire des *crèmes* et des *bouillies* dont les propriétés substantielles et digestives sont unanimement reconnues.

Parmi les farines aujourd'hui si répandues, la *Farine Morton* occupe incontestablement le premier rang. Le gruau concassé et moulu avec un soin spécial fait de la *Farine Morton* une préparation de premier ordre, se recommandant aux praticiens et aux familles par ses propriétés analeptiques et adoucissantes.

On ne peut être surpris des résultats universellement appréciés de cette préparation si on se rapporte à la composition de ce délicieux produit. En effet, l'analyse a démontré, par les nombreux travaux de plusieurs chimistes, que la *Farine Morton* se rapproche, par les éléments qui la composent, du lait de femme, attendu qu'elle renferme, comme ce dernier, du *phosphate de chaux*, du *fer*, etc.

D'un goût extrêmement agréable, d'une digestion facile, ne produisant jamais la diarrhée chez les enfants, mais, au contraire, la combattant avec un très grand succès, la *Farine Morton* a détrôné pour toujours les produits similaires et rivaux.

Contenant 70 p. 100 de matières nutritives, elle est préférable à toutes les autres semences, non seulement pour les enfants bien portants, mais pour ceux qui sont atteints de dyspepsies, affections si communes dans le jeune âge.

Dans ces derniers cas, et depuis plusieurs années, chargé du service d'inspection des enfants du premier âge, j'en ai bien souvent retiré des effets qui méritent d'être relatés.

J'ai constaté, dans plusieurs affections des voies digestives, notamment dans les diarrhées estivales, que l'estomac des jeunes enfants ne pouvait supporter aucun liquide nourrissant. La *Farine Morton*, loin d'être rejetée, est au contraire parfaitement supportée et triomphe bien souvent là où des médicaments habituellement conseillés ne produisent que des insuccès.

On sait combien est répandu l'usage du pain d'avoine dans les comtés du nord de l'Angleterre, dont les habitants sont connus par leur force physique remarquable. Les robustes montagnards de l'Écosse ne mangent pas d'autre farine.

Sa saveur, qui se rapproche de celle de la noisette, provient d'une substance aromatique à odeur fragante rappelant celle de la vanille. Ce principe est renfermé dans le *péricarpe* ou tissu qui enveloppe la graine; c'est à ce principe qu'il faut attribuer l'action stimulante de la farine d'avoine.

D'après les plus récentes analyses, la *Farine Morton* contiendrait, sur 100 parties, les éléments suivants :

Huile grasse	2 »
Matières extractives	8 20
Gomme	2 50
Substances albuminoïdes	4 30
Fécule	59 »
Eau et pertes	24 »
	100 »

D'après plusieurs essais auxquels je me suis livré, j'ai trouvé dans les cendres, de la silice, des carbonates de chaux et de magnésie, de l'alumine, des oxydes de fer et de manganèse.

On le voit, la *Farine Morton*, par sa composition, par ses propriétés analeptiques, pectorales et adoucissantes, est l'aliment par excellence dans l'hygiène infantile.

C'est une préparation incomparable et qui occupe, d'une façon incontestée, le premier rang parmi les produits similaires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 août 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

M. le ministre du commerce transmet un mémoire sur *une mesure à prendre dans le but de diminuer les cas d'hydrophobie*, par M. Gauthier Vincent.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant dans la section de médecine.

La commission présente : en première ligne, M. Manouvrier (de Lille); en deuxième ligne, M. de Ranse; en troisième ligne, M. Mandon (de Limoges).

Le nombre des votants étant de 34,

M. Manouvrier obtient	21 suffrages.
M. de Ranse	13 —

En conséquence, M. Manouvrier, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé correspondant de l'Académie.

COMMUNICATION

Sur le choléra de Marseille. — M. BROUARDEL. A la fin de juillet, le comité consultatif d'hygiène fut informé que, depuis un certain temps, des accidents cholériformes avaient causé quelques décès à Marseille.

Le premier décès survenu chez un adulte et attribué à cette cause date du 25 juin. Depuis lors il y a eu, jusqu'au 3 août : le 26 juin, 1 décès; le 13 juillet, 1; le 14, 1; le 15, 1; le 19, 1; le 20, 1; le 22, 2; le 23, 1; le 24, 3; le 25, 3; le 26, 2, le 27, 4; le 28, 8; le 29, 5; le 30, 15; le 31, 21; le 1er août, 15; le 2, 17; le 3, 11.

M. le ministre du commerce voulut se rendre compte par lui-même des causes de cette épidémie et il se fit accompagner à Marseille par MM. Brouardel et Proust.

Ce sont les résultats de cette visite, faite les 2 et 3 août, que M. Brouardel vient résumer devant l'Académie.

Tous les médecins de Marseille sont d'accord pour dire que, depuis deux ou trois mois, des troubles intestinaux caractérisés par de la diarrhée avaient été extrêmement nombreux à Marseille; ils paraissaient bénins pour les adultes, mais graves pour les jeunes enfants. On attribue cette constitution médicale à la température exceptionnellement élevée qui a régné dans le midi de la France depuis le commencement de juillet.

La plupart des médecins de Marseille n'hésitaient pas à considérer l'épidémie actuelle comme de nature cholérique. Cependant quelques-uns espéraient encore que l'épidémie ne se propagerait pas et resterait localisée dans ses foyers primitifs.

Après une visite à l'hôpital de la Conception, à l'Hôtel-Dieu et à l'asile des aliénés, MM. Brouardel et Proust sont restés convaincus que l'épidémie actuelle se présente avec les caractères essentiels du choléra asiatique.

Comme toujours, les premières victimes ont été les individus affaiblis par la misère, l'alcoolisme ou des maladies antérieures. Cet état de débilité relative explique peut-être chez eux l'absence ou l'atténuation de quelques phénomènes, notamment des crampes. Mais le mode de début, la durée des accidents, la marche de la maladie, la cyanose, etc., présentent l'ensemble des symptômes du choléra tel qu'on l'a observé l'année dernière.

Les premiers cas se sont montrés cette année dans les quartiers qui, l'an dernier, ont payé déjà le plus lourd tribut à l'épidémie. Ils se trouvent circonscrits dans un espace limité par la Bourse, l'Hôtel-Dieu, l'Hôtel de Ville et le quai ouest du vieux port. Il ne semble pas qu'il y ait eu importation venant d'Espagne : aucun des passagers ou matelots mis en quarantaine au Frioul n'avait été atteint de choléra jusqu'au 2 août.

M. Brouardel décrit ensuite les détestables conditions sanitaires dans lesquelles se trouvent certains quartiers de Marseille, le jetage des immondices de toute espèce au milieu des rues, les ruisseaux encombrés par des détritus répandant une odeur infecte, l'eau du vieux port souillée elle-même par les matières fécales, etc.

Lors de la visite de MM. Brouardel et Proust, la crainte de l'épidémie ayant légitimé l'ingérence de l'autorité, tout se trouvait un peu plus propre que d'ordinaire : et cependant l'infection était épouvantable dans certaines maisons. M. Brouardel cite particulièrement une maison de cinq étages, renfermant 700 habitants, desservie par deux escaliers et où les immondices sont jetées dans les cages de ces escaliers.

Une école primaire de filles est établie dans une maison empestée par les émanations d'une cour où sont projetées les immondices de plusieurs maisons de cinq étages, etc.

M. Brouardel pose en principe que quand une ville contient de pareils foyers d'infection, si elle est atteinte par une épidémie, elle réunit toutes les conditions pour que celle-ci soit cruelle. Marseille a d'ailleurs, depuis des siècles, qu'il s'agisse d'épidémies de peste ou de choléra, tenu le premier rang parmi les villes les plus ravagées.

Comme mesure d'assainissement, MM. les ingénieurs présentent un projet consistant à entourer le vieux port par deux lignes d'égout, desservant l'un la ville haute, l'autre la ville basse, et portant au loin dans la mer les immondices qui actuellement s'écoulent toutes dans le vieux port. M. Brouardel recommande l'exécution rapide de ce projet. Mais, en outre, il propose une seconde mesure qui lui paraît urgente et qui est d'ordre législatif.

La loi du 13 avril 1850 a autorisé les municipalités à créer des commissions de logements insalubres. Mais les conditions de l'insalubrité y sont mal définies, et il est possible aux propriétaires de différer l'exécution des mesures prescrites, et, d'appel en appel, en épuisant toutes les juridictions, en ne s'exposant qu'à des amendes dérisoires, de laisser pendant des années des foyers d'infection créer un danger réel en tout temps, mais surtout en temps d'épidémie. C'est là ce qu'il faudrait changer.

Le comité consultatif a soumis à M. le ministre un projet de loi reconstituant les services de l'hygiène. Dans ce projet, l'urgence des travaux de salubrité est prévue. M. Brouardel et ses collègues demandent dans ce projet que si les contrevenants n'exécutent pas les mesures prescrites, l'administration y procède d'office et à leurs frais, la dépense en résultant étant prélevée par privilège sur les revenus de l'immeuble.

M. Brouardel désire que l'Académie émette un vœu appelant l'attention du ministre sur l'urgence d'une réforme de législation sanitaire telle qu'elle résulterait de ce projet de loi.

En conséquence, il demande un vote sur la proposition suivante :

« L'Académie émet le vœu que la réforme projetée de la loi de 1850 sur les logements insalubres fasse disparaître les incertitudes qui, en permettant des délais indéfinis dans l'exécution des me-

sures prescrites, rend cette loi inefficace surtout en temps d'épidémie. »

DISCUSSION

M. JULES GUÉRIN ne peut qu'approuver dans toutes ses parties le rapport de M. Brouardel, dont il accepte pleinement les conclusions. S'il a pris la parole, c'est pour faire ressortir la concordance des données de ce rapport avec les idées qu'il a lui-même exprimées dans la dernière séance de l'Académie.

On a d'abord observé à Marseille des diarrhées très nombreuses, et seulement de loin en loin quelques cas isolés de choléra vrai : c'est ainsi que commencent toutes les épidémies de choléra ; c'est ainsi, par exemple, qu'a commencé l'année dernière l'épidémie de Paris. Les premiers cas ont été méconnus ; il leur manquait quelques-uns des caractères du choléra vrai : c'est encore ainsi que les choses se sont présentées à Paris l'année dernière. Le choléra ne se déclare avec toute son intensité qu'après avoir été précédé par une période de préparation et de maladie ébauchée, pour ainsi dire.

Les premiers cas se sont montrés disséminés : c'est encore ainsi que les épidémies se préparent.

En ce qui touche l'état sanitaire de Marseille, M. J. Guérin n'est pas moins d'accord avec M. Brouardel. Il est allé souvent dans cette ville, tout récemment encore ; et il a toujours été frappé à Marseille comme à Toulon de l'odeur infecte qui s'y fait sentir. C'est un dicton parmi les marins : « Quand on sent la . . . . ., on arrive à Marseille. » Quoi d'étonnant après cela que le choléra s'y produise ! Car M. Jules Guérin va plus loin que M. Brouardel. Il ne considère pas seulement ces conditions d'insalubrité comme une des causes d'aggravation, mais comme une des causes les plus efficaces de production du choléra. Le choléra naît sur place à Marseille, à Toulon, dans toutes les villes où les conditions de l'hygiène ne se trouvent pas mieux observées.

M. LEROY DE MÉRICOURT, tout en étant parfaitement d'accord avec les orateurs précédents sur l'utilité d'assainir la ville de Marseille, trouve qu'on fait jouer un trop grand rôle aux matières fécales dans la production des maladies.

Ce n'est pas d'hier que Marseille et Toulon sont des villes malsaines ; ce n'est pas d'hier qu'on y projette les matières fécales dans les rues. Il en a de tout temps été de même, et pourtant les épidémies de choléra sont de date récente dans ces anciennes villes. D'ailleurs, ce que l'on reproche à Marseille et à Toulon, on peut le reprocher à la plupart des villes méditerranéennes, surtout dans le Levant. La saleté y est pour le moins aussi grande, aussi générale qu'à Marseille ; les odeurs infectes n'y sont pas moins fortes ; la température, encore plus élevée, y devrait produire des effets plus considérables ; et pourtant le choléra n'y paraît jamais que par suite d'une importation.

Sa production par importation paraît encore plus évidente sur les navires. Là, tous les immondices sont jetés à la mer : on ne saurait donc invoquer de cause fécale. Eh bien ! quand le choléra est importé dans un navire, il y fait des ravages terribles, et cela sans avoir besoin d'être préparé par une période prémonitoire. Dans les îles, il en est de même que dans les navires. Le choléra n'y apparaît jamais sans importation. C'est vrai non seulement pour de petites îles, mais pour des îles grandes comme des continents, comme le Japon, qui n'a jamais eu un seul cas de choléra tant qu'il est resté fermé aux étrangers.

Il est donc certain que le choléra est une affection importée, que les conditions d'insalubrité les plus grandes ne le feront pas naître, tout en pouvant en favoriser le développement. Ce qui en favorise encore plus le développement, c'est l'épuisement individuel, c'est par exemple le surmenage. Si le choléra a fait en peu de temps un si grand nombre de victimes à la Dobroutscha, c'est qu'il s'agissait d'une armée en marche et de soldats français surmenés sous un climat différent du leur. Dans de pareilles conditions, le choléra prend d'emblée tout son développement ; la mortalité est énorme dès les premiers jours.

M. BROUARDEL est trop heureux de trouver un point sur lequel il est d'accord avec tous ses confrères de l'Académie pour vouloir porter la discussion sur d'autres points. Le moment viendra où l'on pourra examiner les questions de principe : ce sera quand la commission du choléra présentera le rapport qu'elle est en train de préparer. Mais aujourd'hui il ne s'agit que d'appuyer des mesures d'hygiène, toujours bonnes, quelle que soit d'ailleurs l'opinion qu'on puisse se faire sur la nature et le mode de production du choléra. Mieux vaut donc réserver les questions qui divisent et s'en tenir au vœu sur lequel on est d'accord.

M. JULES GUÉRIN ne veut, pour le moment, que répondre en deux mots à M. Leroy de Méricourt,

M. Leroy de Méricourt croit que le choléra est récent à Marseille. Eh bien ! M. Guérin affirme qu'il y a toujours existé. Chaque année il s'y fait une première ébauche d'épidémie. Ordinairement, cette ébauche n'a pas de suites. Elle en a dans certaines années. Les cas de diarrhée chez les enfants et chez les adultes, les cas isolés de choléra sont les signes de ces ébauches. M. Leroy de Méricourt trouve qu'on attribue trop de maladies aux matières fécales ; mais il ne sait pas ce que peut produire la fermentation de matières fécales accumulées depuis deux cents ans. M. Jules Guérin a fait recueillir de ces matières fécales anciennes au fond du vieux port ; il va commencer des expériences qui prouveront, espère-t-il, la nocuité de ces matières, non seulement comme causes banales de maladies, mais comme causes pathogènes à proprement parler.

M. LEROY DE MÉRICOURT désire demander aux chimistes qui font partie de l'Académie s'il est vrai que les matières fécales deviennent plus dangereuses en devenant plus anciennes. Jusqu'ici il croyait précisément le contraire. On lui avait enseigné que les substances animales contenant des germes morbides les perdaient peu à peu par la fermentation, que par exemple le sang charbonneux, au bout de quelques jours, devenait incapable de donner le charbon.

M. BÉCHAMP appuie de son témoignage l'opinion de M. Leroy de Méricourt. Les matières fécales d'un cholérique seront d'autant moins dangereuses qu'elles seront plus anciennes. D'ailleurs il est un autre élément dont il faut tenir compte, c'est la disposition de l'individu, ce sont ses maladies antérieures et ses tares qui le rendent apte à être atteint par une épidémie.

M. LE PRÉSIDENT, rappelant que toutes les questions de doctrine sont réservées, met aux voix la proposition de M. Brouardel.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 10 août 1885, MM. les médecins-majors de deuxième classe Yvert et Amat ont été désignés pour le corps du Tonkin.

— Les récompenses honorifiques suivantes ont été décernées aux membres des commissions cantonales de statistique qui se sont le plus distingués dans l'établissement de la statistique agricole décennale de 1882 :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Briot, conseiller général (canton de Chaussin) ; Cousturier, conseiller général (canton de Lude).

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Speckhahn, conseiller général (canton de Renwez) ; Cassaigneau, maire (canton de Cadours) ; Cazes (canton d'Aspet) ; Boyer (canton de Callas).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Cordouan (canton de Lorgues) ; Vidal (canton d'Hyères) ; Loro (canton de la Seyne) ; — MM. les pharmaciens Planchud (canton de Forcalquier) ; Morin (canton de Saint-Sauveur-le-Vicomte).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Gaillardon (canton d'Aubeterre) ; Bartoli (canton de Calvi) ; Mauricet (canton de Vannes) ; Lavagne (canton de Lorgues) ; — M. Faur-Lacrême, officier de santé (canton d'Oust) ; — M. le pharmacien Lhuillier (canton de Lorrez).

Lettres de félicitations. — MM. les docteurs Sarran (canton de Montfort-Landes); Alphant (canton de Pernes).

— Un concours pour deux places de stagiaires aux eaux minérales (concours Vulfranc-Gerdy) aura lieu au mois de décembre prochain au siège de l'Académie de médecine, à Paris, rue des Saints-Pères, 49. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1886.

Sont admis à concourir, les élèves en médecine qui ont passé au moins les trois premiers examens du doctorat. Les candidats devront se faire inscrire soit au secrétariat des Facultés, soit à celui des Écoles de plein exercice, des Écoles supérieures de pharmacie ou des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de France. La liste d'inscription sera close le 10 décembre 1885, à quatre heures de l'après-midi. Les candidats seront prévenus par lettre du jour et de l'heure de l'ouverture du concours.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18203

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Association française pour l'avancement des sciences (xive session, 1885). Congrès de Grenoble.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XIVe SESSION (1885).

Congrès de Grenoble.

L'ouverture de la quatorzième session de l'Association française pour l'avancement des sciences a eu lieu mercredi dernier, 12 août 1885, à deux heures et demie, au Palais des Facultés de Grenoble, sous la présidence de M. le professeur Verneuil, dont le discours, prenant pour sujet « la Chirurgie en 1885 » et pouvant, comme le dit lui-même son auteur, mieux s'intituler : « Confession d'un chirurgien du siècle », a eu un très grand succès.

Notre éminent maître débute ainsi :

LA CHIRURGIE EN 1885.

Messieurs,

Ceux d'entre vous qui connaissent mon faible penchant pour les honneurs doivent être assez surpris de me voir présider aujourd'hui l'Association française, car si je n'ai jamais refusé le labeur ni la lutte, j'ai toujours voulu travailler et combattre en humble ouvrier ou en simple soldat, sans désir ni prétention de dominer les autres.

Un jour, plusieurs d'entre vous m'ont dit qu'il fallait pourtant prendre le commandement et, pour m'y décider, ils ont prononcé les deux mots magiques qui nous servent de devise. Ils m'ont affirmé que, dans les limites de mon influence, je pouvais être utile à la patrie et à la science françaises, et voilà pourquoi je suis pour quelques jours à votre tête.

Une fois mon parti pris, j'ai dû penser à faire un discours, comme l'usage le commande, et à choisir un sujet capable de vous intéresser quelques instants. Les sciences biologiques m'en devant fournir le sujet, je n'avais que l'embarras du choix. Il m'eût suffi d'ouvrir les livres d'un de nos compatriotes ayant nom Claude Bernard, Pasteur, Charcot, Davaine, Villemin, — j'en passe, et des meilleurs, — pour y trouver matière à une œuvre oratoire, où j'aurais pu, sans chauvinisme, exalter les grandeurs de la science française moderne, que nos ennemis se plaisent sottement à dire en pleine décadence.

Mais j'ai songé aussi à la profession que j'exerce et j'ai cru bon de vous parler de médecine, et de vous en parler en médecin. La tentative ne laisse pas que d'être hardie. En effet, c'est comme savant que je suis investi de la dignité présidentielle, et c'est comme tel que je dois pérorer. Or vous n'ignorez pas qu'on a voulu exclure la médecine du cercle des sciences, pour la ranger simplement parmi les arts. Il ne faut pas remonter le cours des siècles pour rencontrer cette opinion singulière ; quelques contemporains très haut placés et fort éminents, j'en conviens, l'ont professée au reste sans l'appuyer sur des arguments bien solides.

Je ne vois guère de meilleure occasion que celle-ci pour protester et pour inscrire résolument parmi les sciences cette partie des connaissances humaines qui sert à nous introduire dans le monde, à nous y maintenir le plus longtemps possible, à développer, entretenir, restaurer, protéger nos organes; qui nous rend toujours des services, sans jamais nous nuire; qui, enfin, joint à ses mérites propres le bienfait de conserver en bon état et en bonne santé les savants mêmes qui en médisent et la dénigrent.

Mais, direz-vous, ce préjugé contre la médecine n'existe point dans notre compagnie ; l'Association française compte dans ses rangs un grand nombre de médecins ; sa deuxième section est exclusivement consacrée aux sciences médicales ; enfin, sur les quatorze présidents qu'elle a désignés jusqu'à ce jour, cinq au moins avaient le diplôme de docteur.

Ce dernier détail paraît décisif, mais je ferai observer que c'est comme chimistes, physiologistes ou anthropologistes que mes éminents confrères ont parlé dans les séances solennelles précédentes, et que nul ne vous y a entretenu de la médecine telle qu'elle se pratique tous les jours. Et pourtant que de choses à dire pour la vulgariser, la répandre, en démontrer la valeur ! Que d'efforts à faire pour dissiper la quantité de préjugés et d'erreurs qui règnent encore à son égard dans les masses populaires !

Chose singulière : de toutes les sciences appliquées, la médecine qui est incontestablement la plus utile, se trouve être la plus contestée ; c'est la plus difficile, et c'est celle sur laquelle tout le monde se croit capable de discourir, je devrais dire plutôt : de divaguer.

Et puisque je parle de préjugés, permettez-moi de combattre quelques-uns des plus anciens, des plus répandus et des plus fâcheux. Ils ont trait à la chirurgie.

Vous n'êtes pas sans savoir qu'à une époque indéterminée, mais fort reculée, on a divisé l'art de guérir en deux branches la médecine proprement dite et la chirurgie. A chaque siècle il s'est trouvé de grands esprits pour déplorer cette scission et en démontrer les dangers, mais ils ont prêché dans le désert, et plus nous allons, plus il semble que la séparation s'accentue. Les médecins avouent, sans rougir, ne rien connaître à la chirurgie, et les chirurgiens, s'ils ne le proclament pas, prouvent, hélas ! trop souvent qu'ils ne savent guère de médecine.

Tout le monde est complice de cet état de choses, tout le monde en souffre, mais personne ne s'en plaint. Il est même curieux de voir comment le public (et j'entends par là la masse commune des citoyens, depuis le membre de l'Institut jusqu'au prolétaire) juge de la dichotomie en question et fait à sa manière le parallèle entre les deux branches de l'art de guérir.

Vous entendez d'abord beaucoup de gens vous dire avec un imperturbable sérieux qu'ils croient à la chirurgie et non à la médecine, et quand vous leur demandez pourquoi, ils vous répondent non moins gravement que la chirurgie est un art positif et la médecine un art conjectural, que la première fait tous les jours des progrès, tandis que la seconde n'a pas avancé depuis Hippocrate; que le chirurgien agit à ciel ouvert et voit ce qu'il fait, tandis que le médecin procède à l'aveugle sur des organes profonds, inaccessibles, mystérieux, et autres balivernes.

Après cet hommage flatteur rendu à la chirurgie, vous allez croire que le beau parleur accorde toute sa confiance à ceux qui la pratiquent. Il n'en est rien; sur vingt sujets auxquels nous offrons les secours de notre adresse et de notre arsenal, quinze pour le moins commencent par refuser, et si quelque médecin, quelque apothicaire, un rebouteur, voire un simple herboriste, fait entrevoir la guérison avec des simples, des emplâtres, l'omnipotent massage ou les courants plus ou moins continus, l'apôtre convaincu de la chirurgie se met aussitôt entre ses mains.

Un second préjugé consiste à croire que les affections chirurgicales ne sont justiciables que des moyens violents, soit le fer, soit le feu. Aussi compare-t-on souvent le chirurgien à un boucher ayant du sang jusqu'au poitrail et taillant la chair à grands coups. Quelques personnages, plus mal élevés que les autres et pensant faire de l'esprit à nos dépens, nous traitent de charcutiers, sans songer qu'ils s'assimilent alors, irrévérencieusement et sans y être forcés, à l'immonde pourceau, le plus impur des quadrupèdes.

Or il suffit de parcourir un service où l'on admet indifféremment toutes les affections du ressort de la pathologie externe pour se convaincre qu'un grand nombre de malades sont soignés et guéris sans perdre 1 millimètre de leur peau ou une goutte de leur sang, les uns à l'aide de médicaments internes ou externes, tout semblables à ceux qu'on emploie en médecine; les autres par les seules ressources de ce qu'on appelle la petite chirurgie, c'est-à-dire par une série d'actes manuels, fort bénins et qui ne portent nulle atteinte à l'intégrité des organes.

Pour les contusions, les entorses, les plaies légères, les brûlures superficielles, les inflammations circonscrites, nous nous contentons d'appliquer des topiques variés; pour les brûlures plus graves, les inflammations plus profondes, nous employons les pansements perfectionnés antiseptiques et antiphlogistiques et les révulsifs : sangsues, ventouses, vésicatoires volants; mais nous faisons jouer le plus grand rôle au repos, au régime, à la position des membres, à l'immobilisation rigoureuse de la partie malade, etc.

Pour les fractures, les luxations, les affections articulaires, qui forment un si gros contingent, l'action manuelle est indispensable, mais le sang ne coule pas encore, et, dans l'immense majorité des cas, le traitement n'utilise que des agents inoffensifs : les bandes, les compresses, les substances solidifiables et les appareils orthopédiques.

Si de la chirurgie générale nous passons aux spécialités, nous retrouvons la même proportion entre les moyens doux et les opérations violentes; en ophthalmologie, en otologie, en laryngologie, en urologie, en gynécologie même, la médecine opératoire intervient relativement si peu que les spécialités en question sont exercées tout aussi bien par des pathologistes internes que par des chirurgiens de profession. Quant à la dermatologie, qu'on exclurait difficilement de la pathologie externe, extérieure si l'on veut, chacun sait que les opérateurs ne s'en occupent point.

Je ne suis pas en mesure de fournir des relevés numériques capables de satisfaire les statisticiens, mais je crois pouvoir dire que sur 100 malades qui consultent un chirurgien ou entrent dans ses salles, un quart à peine, un cinquième plutôt, subissent une opération véritable.

Il y a loin de là à l'opinion qui assimile un service chirurgical à une succursale de l'abattoir.

D'après une imputation plus sérieuse, non seulement les chirurgiens opéreraient sans cesse, par passion, par habitude, par métier, tout comme les voyageurs voyagent et les présidents président, mais de plus ils feraient maintes fois des opérations inutiles ou qu'ils pourraient du moins facilement éviter. C'est à qui citera des faits accusateurs. Celui-ci raconte qu'ayant été grièvement blessé, on lui a présenté l'amputation comme indispensable; il a refusé et il a conservé sa vie et son membre. Celui-là avait une tumeur; l'ablation devait être la seule planche de salut, quelques frictions et quelques pilules l'ont guéri.

Un troisième cite l'exemple d'un ami qui portait au cuir chevelu une innocente loupe; un chirurgien ayant conseillé et pratiqué l'extirpation, un érysipèle est survenu qui a entraîné la mort en quelques jours.

Un quatrième accuse la chirurgie d'avoir abrégé une existence qui lui était chère. Sa vieille mère supportait tant bien que mal une tumeur du sein, avec laquelle elle aurait pu vivre quelques mois, quelques années peut-être. Mon opérateur promet la guérison, on le laisse faire, et au bout d'une semaine on porte en terre la pauvre femme.

Il y a quelque quinze ans, ce qu'on appelle tout-Paris s'émut fort du fait suivant : Un avocat bien connu allait partir pour la campagne; son chirurgien pratique sur lui, en courant pour ainsi dire, la petite opération du cathétérisme. Quatre jours après, on commandait les billets de faire part.

Je pourrais remplir des pages entières de récits de ce genre, que chacun répète et colporte avec plus ou moins de malveillance, et qui compromettent singulièrement l'honneur et la dignité professionnels. Mais je crois mieux faire en examinant en toute sincérité le vrai et le faux de ces préjugés et de ces allégations qui peuvent se résumer de la façon suivante : confiance irraisonnée dans la chirurgie, suspicion blessante et injuste contre les chirurgiens.

Je ne m'arrêterai pas à discuter la fréquence plus ou moins grande des opérations. Tant qu'elles seront nécessaires, leur nombre ne prouvera rien ni pour ni contre leur légitimité. Un praticien très répandu opère beaucoup parce que beaucoup de malades ayant besoin d'être opérés viennent à lui. Un jour de grande bataille le chirurgien militaire le plus conservateur abat cinquante membres et en abattrait cent si ses forces et son temps le lui permettaient. Lorsque aux siècles passés la saignée était fort en honneur, les barbiers en vogue saignaient du matin au soir, parce que les médecins ne daignaient pas ouvrir la veine.

La question n'est pas de savoir si nous opérons *souvent;* mais bien si nous opérons *trop souvent.* Car la quantité par elle-même ne constitue pas l'excès et, si l'on condamne l'abus, personne ne songe à proscrire l'usage. Qu'avons-nous donc à répondre?

Reconnaissons d'abord franchement que certains cas traités par l'opération auraient pu guérir sans elle; ainsi, une fracture compliquée pour laquelle nous amputons; une tumeur blanche pour laquelle nous réséquons. Mais sommes-nous coupables d'avoir amputé ou réséqué? Nullement, car si nous avons pris le couteau ou la scie, c'est en nous appuyant sur le calcul des probabilités. La conservation nous offrait vingt chances de salut; le sacrifice du membre en promet quarante; en expropriant ce membre pour cause d'utilité générale, nous avons agi en véritables conservateurs.

Sans doute on pourra dire que parfois ce calcul des probabilités qui nous sert de guide est faux; que pour les fractures de cuisse par armes à feu, par exemple, il est parfaitement démontré de nos jours que l'amputation, considérée par nos pères comme pouvant seule sauver la vie, la compromet, au contraire, beaucoup plus que la conservation, — que d'ailleurs les probabilités peuvent changer d'un moment à l'autre par l'introduction ou la suppression d'un facteur, — qu'ainsi la fracture compliquée de la jambe, dont la guérison sans opération était fort problématique il y a vingt ans, se comporte de la manière la plus bénigne, sans la moindre intervention chirurgicale depuis qu'elle est pansée antiseptiquement. D'où cette conclusion que le chirurgien qui, en 1885, amputerait d'emblée certaine jambe brisée, commettrait la même faute que le chirurgien qui en 1860 ne l'eût point aussitôt coupée.

Je rappelle ces faits aux amis trop bienveillants de la chirurgie, qui lui accordent une précision et une sûreté qu'elle ne possède malheureusement pas encore.

Combien serait longue en effet la liste de nos incertitudes, de nos hésitations, des difficultés de tout genre qui nous attendent quand nous voulons porter certains diagnostics, poser certains pronostics, juger enfin l'efficacité d'un traitement et l'opportunité d'une opération!

Si, dans les cas précédents, où la vie est en danger pressant, on opère quelquefois mal à propos, la faute en est souvent à la théorie qui est encore indécise, et le praticien peut se croire excusable; il l'est moins dans la circonstance suivante :

Pour un cas de moyenne gravité, il propose une opération; le patient la refuse, consulte ailleurs, fait un traitement pharmaceutique, n'emploie que des moyens doux et, finalement, guérit. Le public, en pareille occurrence, est très sévère à notre égard; pensant que l'opération n'était pas nécessaire puisqu'on a pu s'en dispenser, il nous blâme vertement de l'avoir conseillée. Nous nous défendons en invoquant l'impuissance ordinaire ou la lenteur des traitements de douceur, les sollicitations des malades qui sont toujours pressés de retourner à leurs affaires ou à leurs plaisirs, qui n'ont jamais le temps de se soigner, et qui ne se gênent pas d'ailleurs pour nous accuser de traîner leur mal en longueur quand nous parlons de le traiter pendant des semaines, des mois ou des années.

Certainement nous n'avons pas toujours tort; mais le vulgaire non plus. D'abord nous faisons parfois des erreurs de diagnostic, prenant, je suppose, un accident tertiaire pour un néoplasme; puis des erreurs de pronostic, considérant comme au-dessus des ressources de la nature ou de la thérapeutique ce que l'une et l'autre, isolées ou réunies, peuvent parfaitement guérir. Puis quelques-uns manquent de persévérance, car, il faut bien le dire, s'il y a des clients impatients, il y a aussi des chirurgiens trop pressés; et, si les premiers disent : *Time is money*, je soupçonne les autres de murmurer tout bas : *Operation also is money*.

Il y a un moyen bien simple d'éviter les erreurs de pronostic et, par suite, les commentaires malveillants : c'est de proclamer l'opération, comme le public le fait d'ailleurs, la ressource extrême, *l'ultima ratio*, et de ne l'appliquer qu'après avoir épuisé tous les moyens moins sévères.

Or, sans vouloir calomnier mes confrères, j'affirme que bon nombre d'entre eux n'agissent pas ainsi. Pour justifier l'intervention chirurgicale intempestive ou prématurée, ils se contentent de dire que *tous* les moyens ordinaires ont été épuisés, mais ils oublient d'énumérer ces moyens réputés infructueux, imitant en cela les bonnes gens qui, pour s'excuser d'aller chez les charlatans et les somnambules, se disent abandonnés de *tous* les médecins (c'est l'expression consacrée), alors qu'ils ont consulté, en passant, un ou deux praticiens obscurs, trois pharmaciens, un droguiste, le vétérinaire et la sage-femme du lieu.

Maintes fois, en interrogeant des malades qui venaient me consulter pour refuser ou accepter une opération, j'ai été frappé de l'insuffisance des moyens thérapeutiques qui leur avaient été prescrits. Maintes fois je les ai envoyés chez le pharmacien ou le bandagiste, aux stations d'eaux ou sur le bord de la mer, et les ai vus revenir entiers et bien portants au bout de quelques semaines ou de quelques mois. J'ai toujours été, je l'avoue, très heureux et très fier de ces victoires de l'art conservateur. C'est par elles surtout qu'on acquiert la confiance et la reconnaissance des malades qui, par contre, gardent toujours quelque rancune au chirurgien qui les avait condamnés à subir une mutilation superflue.

Le vulgaire se trompe étrangement quand il nous croit plus intéressés à opérer qu'à guérir. Certes, au point de vue matériel, nous paraissons souvent lésés, lorsque, l'heure de la rémunération étant venue, on nous offre généralement quatre fois moins pour avoir conservé laborieusement un membre que pour l'avoir lestement retranché. Mais, en revanche, de quelle autorité jouit, de quel prestige est entouré le chirurgien qui ne recommande jamais de sacrifices inutiles, et auquel l'événement donne raison dans ses pronostics favorables!

A ne prendre qu'un exemple, se figure-t-on quelle gloire recueillerait, quels trésors amasserait celui qui parviendrait à guérir le cancer avec le seul secours des remèdes? Que de coups de bistouri ne faudrait-il pas donner pour réunir une pareille somme d'honneur et d'argent!

Puisque nous sommes dans la voie des aveux, confessons que certains hommes, à certaines époques et dans certains pays, ont opéré beaucoup trop, et que de nos jours même le *prurigo secandi* est une maladie sporadique, endémique et épidémique, dont le vaccin n'est pas encore trouvé.

La démonstration n'est pas malaisée à fournir. Au XVIIe siècle, on se mit à faire la transfusion. Ce fut une fureur telle qu'un édit du parlement, daté de 1668, dut y mettre un terme. Au XVIIIe siècle, on trépanait tout homme qui était tombé sur la tête et qu'on soupçonnait de s'être plus ou moins fêlé le crâne. Pendant les guerres de la fin du siècle dernier et du commencement de celui-ci, tout fracas des membres par arme à feu était traité par l'amputation.

A l'époque où j'entrai dans la carrière médicale, la ténotomie faisait rage : on coupait tous les tendons, tous les ligaments, tous les muscles, et dans toutes les régions du corps. On prétendait guérir ainsi les louches, les bègues, les bossus, les bancals et jusqu'aux sourds. La méthode sous-cutanée était alors la selle à tous chevaux, on lui demandait tout; c'était la panacée opératoire.

Un peu plus tard, j'ai vu naître et prospérer la *résécomanie*. Elle a fleuri surtout en Angleterre et en Allemagne; c'est par centaines que quelques chirurgiens étrangers comptent leurs résections articulaires. En France, on s'est toujours montré plus réservé.

C'est surtout dans le champ des spécialités que les ultra-opérateurs s'exercent. Vous connaissez tous la célèbre chansonnette :

Dans la gendarmerie,
Quand un gendarme rit, etc.

Je ferais injure à votre instruction littéraire si j'achevais. Or, quand un spécialiste opère, tous les spécialistes opèrent; quand il coupe quelque chose, tous ses collègues le coupent également, sauf à le couper un peu autrement et avec un outillage varié, comme l'atteste le catalogue de nos grands couteliers. Si l'on fonde un jour un musée de médecine opératoire, il faudra d'immenses vitrines pour aligner tous les lithotomes, uréthrotomes, hystérotomes et autres machines en *tome*, y compris de petits instruments innominés, je crois, destinés à couper les rétrécissements du canal nasal, rétrécissements qui, soit dit sans médisance, n'existent à peu près jamais ou n'ont pas besoin d'être coupés quand ils existent.

La gynécologie et l'ophthalmologie se disputent la place d'honneur sur ce turf d'un nouveau genre, mais je crois au triomphe de la première. Dans ces derniers temps surtout, on a vu naître, indépendamment des cautérisations si souvent vaines et des débridements du col, d'une utilité si contestable, une opération d'Emmet, une opération de Battey ou d'Hégar, une opération d'Alexander, etc. Les revues, les journaux en parlent et en général les louent; on publie force faits à l'appui, et un gynécologue risque de passer pour un homme de peu s'il n'a pas d'observations à produire.

La facilité avec laquelle se répandent certaines pratiques est en vérité surprenante. Je puis citer entre autres le raclage ou rugination des abcès froids. L'idée théorique en est soutenable, mais la réflexion inspire déjà quelques réserves, et il semblerait prudent d'en appeler à l'expérience. Mais pour cela il faudrait attendre, et c'est à quoi la génération présente ne peut vraiment pas se résoudre. Alors on a raclé, raclé, et on racle encore, et ceux qui ne raclent pas sont déclarés arriérés et rétrogrades, et, tout en raclant, on pénètre au besoin jusque dans le canal rachidien; et, bien que l'opération donne des résultats encourageants (c'est la formule courante), le malade raclé va rejoindre ses ancêtres dans un monde meilleur.

Mon dessein n'étant pas de vous donner la chair de poule et d'agiter votre sommeil de la nuit prochaine par un cauchemar affreux, je vous signalerai, en terminant, une manie actuelle qui a au moins le mérite d'être à peu près innocente, n'étant que ridicule : je veux parler de l'application des pointes de feu. Cette

pratique succédanée du sinapisme, du badigeonnage iodé et du vésicatoire volant, moyens d'un emploi beaucoup plus simple, rentre dans la médication révulsive qui nous rend certainement des services; mais elle en est une forme plus compliquée et surtout exige une mise en scène qui a bien son prix. C'est l'effroi des enfants et ce n'est pas la joie des parents. Pourtant, si dans cet auditoire cent personnes ont été atteintes d'affections externes, tout me porte à croire que cinquante pour le moins ont reçu les susdites pointes, quelques-unes les ayant subies deux ou trois fois, peut-être plus. Il ne manque qu'à les appliquer préventivement chez les gens bien portants contre les maladies à venir, et vous pouvez croire que certains praticiens y pensent.

Si l'on m'objectait, non sans raison d'ailleurs, que les opérations précitées sont bonnes et méritent d'être conservées, je n'en soutiendrais pas moins qu'on en a singulièrement abusé, c'est-à-dire qu'on a trop transfusé, trop trépané, trop ténotomisé, trop réséqué, débridé trop de rétrécissements, excisé trop d'iris, beaucoup trop travaillé dans le petit bassin de la femme, raclé beaucoup trop d'abcès froids et promené trop souvent la pointe du thermo-cautère sur la peau.

S'il fallait des preuves péremptoires de l'abus, je rappellerais simplement que, dans un grand pays comme le nôtre, avec nos 37 millions d'habitants, on compte au plus, maintenant, par année, une demi-douzaine de transfusions et une douzaine de trépanations; qu'on laisse désormais tranquilles en tous pays les muscles rachidiens chez les bossus et linguaux chez les bègues; qu'en Angleterre, où l'on a tant réséqué, on ne résèque presque plus; que tel chirurgien étranger, fort enthousiaste d'une résection qu'il proclamait excellente, au point de la pratiquer par douzaines, la déclare aujourd'hui contestable, — que les oculistes, qui naguère ne croyaient pas au succès de la cataracte sans iridectomie, s'accordent presque tous maintenant à respecter l'iris, — que le fameux raclage perd tous les jours du terrain et sera relégué d'ici à deux ou trois ans dans le musée des antiques, tout comme le pointillage de la peau avec le fer rouge.

Si le temps me le permettait, je mettrais sous vos yeux toutes les reculades des matamores du bistouri. Vous verriez que, après avoir pendant quelque temps opéré à tort et à travers, ces grands sécateurs, s'apercevant de la médiocrité des résultats obtenus, finissent par s'arrêter : c'est par là qu'ils auraient dû commencer.

Tout chirurgien de bonne foi et de bon sens, qui voudra bien lire avec attention les faits relatifs aux opérations réhabilitées ou récemment introduites dans la chirurgie, constatera que nombre d'entre elles non seulement n'ont servi à rien, mais étaient d'avance frappées de stérilité.

On a fait grand tapage en ces dernières années à propos des extirpations du larynx, du pharynx, de l'estomac, de l'utérus, du rein, etc. Combien de patients sont-ils restés guéris? Combien ont-ils bénéficié d'une façon quelconque de ces terribles entreprises? A peine 10 pour 100. Pour ceux-là, j'en conviens, l'opération a été d'un bon usage; mais pour les 90 autres, l'abus est-il niable?

J'appelle votre attention et vos critiques sur le petit raisonnement qui suit. Soit cent cas d'une maladie donnée : à une certaine époque, on en opère la moitié; vingt ans plus tard on n'en opère plus que le quart. Si les résultats des deux séries sont également heureux, j'en conclus que, des cinquante opérations de la première, vingt-cinq étaient pour le moins superflues.

Tous les chirurgiens savent ou doivent savoir ces choses. Alors pourquoi sont-ils si prompts à agir; pourquoi s'exposent-ils si légèrement aux insuccès? Ils répondent par le fameux axiome : *Melius anceps remedium quam nullum.* Mais outre que, en certains cas, leur remède n'est nullement douteux, étant manifestement détestable et certainement pire que le mal, on pourrait également répliquer en latin et leur dire : *primo non nocere.*

Ils allèguent encore la nécessité de soulager et de consoler ceux qu'on se sait impuissant à guérir ou de prolonger et d'adoucir la vie des incurables. Nous ne restons point sourds à ces raisons humanitaires, mais à la condition qu'on n'en abuse pas et qu'on ne les fasse pas servir à masquer d'autres motifs moins nobles. Nous ne considérons ni comme inutiles ni comme nuisibles les opérations palliatives, mais nous voulons qu'on les propose et qu'on les pratique comme telles, sans dissimuler leur impuissance finale et le caractère essentiellement temporaire de leur utilité.

Et ceci nous conduit à examiner un autre argument du procès que les gens du monde intentent aux chirurgiens. Ils nous reprochent de ne pas être sincères, de promettre ce que nous ne pouvons pas tenir. Ces accusations malheureusement ne sont pas sans base. Je suis tout le premier à reconnaître qu'on ne peut pas dire aux patients eux-mêmes toute la vérité, qu'il faut les tromper dans une certaine mesure, et que le mensonge, haïssable en général, devient œuvre pie quand il console et endort la douleur morale; je relève vivement les sots indiscrets : le mari qui devant sa femme ou le fils qui devant sa mère me demandent si l'opération que je conseille est dangereuse, et si l'on en peut mourir. J'agis de même vis-à-vis de ceux qui exigent qu'on leur garantisse le succès; mais je trouve toujours moyen que mes déclarations au malade ou à ses proches renferment assez de vérité pour que l'issue finale, quelle qu'elle soit, ne puisse compromettre en aucune sorte ma probité, ma considération, ni surtout la dignité de l'art.

Mettons-nous un instant à la place d'une mère à laquelle nous avons imprudemment et sans réserve promis de guérir son fils en l'opérant. L'opération faite, l'enfant meurt. La mère pense naturellement que nous l'avons trompée ou que nous nous sommes trompés nous-mêmes; alors elle nous accuse de fourberie dans le premier cas et d'ignorance dans le second. Et les commentaires de marcher pour découvrir les motifs du mensonge.

S'il s'agissait d'un malade pauvre, à l'hôpital par exemple, le chirurgien a voulu faire une expérience! Si au contraire le fait s'est passé dans une famille fortunée, il a voulu gagner de l'argent. On ne saurait croire à quel degré est enracinée, chez les gens du peuple surtout, cette croyance que l'hôpital est un lieu d'expérimentation, où l'on soumet sans scrupule les malades à des essais de tout genre. Le laisser-aller du langage, les controverses qui s'établissent au chevet du lit entre le chef de service, les auditeurs et les élèves, ou entre ces derniers, justifient ses soupçons dont nous n'avons pas d'ailleurs à nous trop défendre. Oui, nous expérimentons à l'hôpital tout comme en ville d'ailleurs, parce que l'expérimentation est inhérente à l'art de guérir et que le médecin qui n'expérimenterait pas ne serait qu'une momie ou un tardigrade; le tout est que l'expérimentation thérapeutique soit conduite suivant certaines règles que je n'ai point à tracer ici, mais qui rendent son emploi irréprochable.

La question est plus grave, quand l'argent s'en mêle. Je ne me prononcerai pas entre la médisance et la vérité ; toujours est-il que les mauvaises langues affirment que si Artaxercès offrait des présents à un chirurgien de nos jours, il ne serait pas trop rudement éconduit, que le désintéressement n'est pas la qualité dominante des opérateurs d'aujourd'hui et que l'élément « honoraires » enfin joue un rôle important dans la discussion des indications opératoires.

Comme je manie le fer rouge en chirurgien et non en moraliste, vous me permettrez de ne point cautériser ici une plaie que je sais exister, dont je m'afflige beaucoup, mais dont notre profession n'est pas la seule atteinte en ce temps d'appétits sans bornes.

Au reste, nos aïeux, paraît-il, ne valaient pas mieux que nous, si j'en crois ce que Pierre Franco disait au XVIe siècle des barbiers, ses confrères, et ce qu'écrivait au siècle dernier l'auteur d'un pamphlet, dont le titre est très significatif, puisqu'il est intitulé : *les Brigandages de la chirurgie.*

C'est surtout dans les cas désespérés et dans les maladies incurables que les opérations inutiles sont abusivement pratiquées. Après avoir épuisé toutes les ressources de la médecine, certains patients viennent réclamer notre assistance et se déclarent prêts à subir telle opération qu'il nous plaira de leur imposer. Parfois ils souffrent cruellement; parfois ils sont épuisés par les hémorrhagies ou empoisonnés par les produits infects d'une horrible ulcération; réellement ils font pitié et il semblerait inhumain de leur refuser une opération capable de les soulager, ne fût-ce que pour un temps.

Il n'est pas de chirurgien, si timoré qu'il soit, qui n'ait pratiqué, dans des cas de ce genre, des trachéotomies, des ponctions vésicales, des anus contre nature, et détruit même, avec le fer, le caustique ou le feu, des tumeurs ulcérées en divers points du corps. Il ne s'agit là que de l'usage des opérations palliatives dont nous avons déjà parlé.

L'abus se manifeste quand on intervient sans nécessité impérieuse, la vie n'étant pas immédiatement en péril ou étant tout à fait près de s'éteindre. Le chirurgien probe s'abstient en pareil cas, ne pouvant ni soulager ni guérir; l'autre, le praticien douteux, ne promet rien formellement sans doute, mais dit qu'on peut tenter l'aventure, qu'on a vu guérir des cas semblables, et qu'il en a guéri, et qu'après tout on ne risque pas grand'chose puisque le patient est condamné, etc.; il parle comme l'avocat retors, qui dit toujours *que ça peut s'plaider*.

Il opère, et la mort survient, ou l'état reste pareil, sinon pire qu'auparavant. On met le quidam à la porte, c'est vrai; mais l'art chirurgical n'en reste pas moins compromis, et si plus tard dans la même famille se présente à nouveau l'occasion d'une opération, cette fois opportune, quelque parent la fait rejeter, arguant de l'insuccès de la première.

Il importe, en effet, d'insister sur ce point que le défaut de confiance dans les promesses des opérateurs contribue, autant que la crainte des opérations, à faire rejeter ou pour le moins ajourner l'intervention chirurgicale, qui perd de la sorte la plus grande partie de sa valeur. Je m'explique.

Dans l'état actuel de la science, les néoplasmes vrais, ce qu'on appelle vulgairement les tumeurs, ne guérissent à peu près jamais sans opération. L'expérience prouve encore que la guérison radicale est d'autant plus rare qu'on agit plus tard; d'où cette conclusion naturelle que, si l'on enlevait dès le début une production néoplasique, fût-elle maligne comme le cancer, on aurait grande chance d'obtenir un succès définitif.

C'est dans ce sens que plaident les chirurgiens sérieux, surtout depuis que le chloroforme a mis de côté l'objection douleur, et que la méthode antiseptique a presque annihilé la fin de non-recevoir tirée du danger immédiat. Mais on rencontre encore des résistances considérables, et chaque jour nous voyons revenir après un, deux ou plusieurs mois, des malheureuses auxquelles nous avions conseillé l'ablation d'une tumeur du sein, des fumeurs endurcis que nous voulions débarrasser d'un petit épithélioma lingual, qui ont refusé et qui sont désormais inopérables.

Comme il faut dire la vérité, dût-elle être désagréable à ses amis, la responsabilité de ces regrettables retards pèse lourdement sur nos confrères, les médecins ordinaires des familles. On leur montre la tumeur au début, dans le but louable de rassurer le patient ou l'entourage, ils commencent à dire qu'il n'y a point de danger, puis ils prescrivent l'inévitable pommade iodurée et le non moins inévitable iodure de potassium. Il n'en résulte naturellement aucun bénéfice; mais les semaines et les mois s'écoulent, et la tumeur grossit, et les ganglions voisins se prennent, et les souffrances apparaissent. Alors on se décide à nous consulter; s'il en est temps encore, nous conseillons l'opération. On nous objecte que, si le mal peut et doit revenir, ce n'est pas la peine de l'enlever, et on nous demande des assurances formelles contre la récidive. Nous les refusons, bien entendu, comme le jardinier qui peut bien arracher les mauvaises herbes de son parterre, mais non s'engager à ce qu'elles ne repousseront pas.

On ne saurait croire jusqu'où va, lorsqu'il s'agit de chirurgie, l'enfantillage des gens du monde, et j'entends du meilleur et des hommes les plus instruits, les plus intelligents.

Permettez-moi de vous citer un exemple.

Une coxalgie se déclare chez un garçon dont les parents sont en relation avec un de mes amis. Celui-ci insiste pour qu'on vienne me voir. « Je m'en garderais bien, répond le père; si je vais chez Verneuil (on supprime le monsieur pour les médecins de quelque renom), il va endormir mon enfant pour redresser le membre et le mettre dans une gouttière de Bonnet ou dans un appareil inamovible. » De là il part consulter un masseur à la mode. Six mois plus tard, on me ramène le pauvre petit dans un piteux état.

Une autre fois, c'était une mère qui ne voulait plus entendre parler de moi, parce que j'avais ordonné qu'on fît marcher sa fillette avec des béquilles !

Le présent discours pourrait être, à la rigueur, intitulé : *Confession d'un chirurgien du siècle*. Mais comme je ne me mets pas en cause et ne me couvre pas personnellement d'iniquités, on m'accusera sans doute de faire œuvre sacrilège, de compromettre les collègues et les confrères, de justifier les accusations et les médisances du public, de céder enfin à la malsaine manie du jour, qui court sans vergogne après les révélations indiscrètes et les scandales retentissants.

Il n'y a rien de tout cela dans la présente allocution. Mon esprit n'est point imprégné d'amertume ; je déteste le bruit et la réclame ; je n'ai jamais calomnié personne, et je n'ai jamais écrit ni diatribe ni réquisitoire, seulement j'aime beaucoup la vérité et n'ai point peur de la dire. Depuis bien longtemps, parodiant un vers fameux de Voltaire, je répétais sans cesse : *La chirurgie n'est pas ce qu'un vain peuple pense*. J'ajoutais aussi : *La chirurgie n'est pas ce que la font les chirurgiens eux-mêmes*. C'est simplement ce que j'ai désiré développer devant vous.

Aux gens du monde j'ai voulu dire qu'ils avaient tort de considérer la chirurgie comme une spécialité étroite, comme une sorte de métier de précision, un art si l'on veut, qu'on pourrait ranger, à part le but plus relevé, à côté de l'ébénisterie et de l'horlogerie ; qu'ils avaient tort aussi de demander aux chirurgiens l'infaillibilité professionnelle qu'on exige des ingénieurs, des constructeurs de machines et des entrepreneurs de travaux publics ; qu'ils avaient tort encore de mettre sans cesse leurs actes en contradiction avec leurs paroles, en accordant trop de valeur au métier et pas assez de respect à ses artisans; de juger à la légère enfin des choses pour lesquelles leur incompétence est notoire.

Mais, d'autre part, j'ai voulu faire entendre aux chirurgiens, mes frères et mes confrères, quelques avertissements utiles. C'est pourquoi je leur dis ici, où ils sont en minorité, mais avec l'espoir que mes paroles se répandront : Si vous voulez être décidément classé parmi les vrais savants et non point assimilés seulement aux grands et utiles ouvriers, faites bon marché de votre habileté manuelle, quelque peine que vous ayez eue à l'acquérir et quelque soin que vous preniez encore pour la conserver et l'accroître.

Tirez peu de vanité de vos succès opératoires, vous rappelant qu'ils sont parfois bien éphémères, et poursuivez surtout les succès thérapeutiques, c'est-à-dire la guérison définitive au vrai sens du mot.

Refusez les titres et qualités de spécialistes avec les avantages matériels y adhérents; rentrez modestement dans le giron commun de la médecine générale ; soyez avant tout des pathologistes sans cesse préoccupés d'étendre vos connaissances en étiologie et en pathogénie ; cherchez sans relâche à vous perfectionner dans le diagnostic et le pronostic, et restez convaincus que le maximum des guérisons reviendra par surcroît aux plus instruits et aux plus sages d'entre vous.

Naturellement vous poursuivrez toujours la cure de vos malades, but suprême de la médecine, mais vous apporterez le plus grand soin au choix des moyens à mettre en usage. Plus fiers d'être rangés parmi les thérapeutes que parmi les opérateurs, vous n'armerez votre main qu'à la dernière extrémité, après avoir loyalement essayé les remèdes et utilisé en conscience toutes les forces disponibles de la nature médicatrice.

Quand l'impuissance des agents pharmaceutiques ou hygiéniques sera avérée ; quand la nécessité de l'intervention sera démontrée, optez toujours, — ceci est un principe absolu, entendez-vous bien, — pour l'acte le moins dangereux : *actum minoris periculi* ; sans vous arrêter aux impatiences bien naturelles des malades, aux sollicitations intéressées de quelques parents, soutiens de famille ou héritiers, ni surtout à la considération tout à fait secondaire de la peine grande que vous pourrez avoir et du bénéfice petit que vous en pourrez tirer. Et notez bien que cet acte le moins périlleux se

trouve être parfois le plus hardi, le plus radical, le plus destructeur en apparence. Sachez qu'en certaines blessures des membres, l'amputation, faite très vite et très haut, est dix fois plus conservatrice que la résection et cent fois plus préservatrice de la vie que l'expectation la plus attentive; que, pour la pierre vésicale, la lithotritie se trouve beaucoup plus grave que la taille, et que l'ovariotomie est infiniment plus bénigne que l'injection iodée multiple. Ne craignez donc point d'être accusé de timidité quand, en certains cas, vous refusez de verser le sang ou de mutiler vos patients.

Je conviens que le choix est parfois malaisé, tant nous avons de ressources opératoires, et tant sont grandes la variété et la complexité des cas cliniques.

J'ai proposé, pour tirer d'embarras les jeunes praticiens, un critérium facile. Quand il leur faudra décider entre deux ou plusieurs opérations rivales, ils mettront au premier rang l'efficacité, au second la bénignité, au troisième la facilité.

Et puis, il est un second critérium, plus utile encore et d'un emploi tout aussi simple, car quelques minutes suffisent pour poser l'équation et la résoudre, sans même qu'on possède une longue expérience, une érudition considérable, et qu'on sache exactement comment telle affection chirurgicale se traite au jour dit à Vienne, à Londres ou à Berlin. Il s'agit tout uniment d'appliquer le principe évangélique consistant à faire à autrui ce qu'on voudrait qui fût fait à soi ou à ses proches.

Bien des fois des parents que je sollicitais pour soumettre leur enfant à une opération indispensable, qui résistaient opiniâtrément et défendaient leur progéniture contre moi tout comme contre un ennemi, m'ont, à bout d'arguments, posé cette question suprême : — « Que feriez-vous, docteur, s'il s'agissait de votre enfant? »

La demande ne m'a jamais embarrassé, ou du moins depuis longtemps elle ne m'embarrasse plus, car il y a bien trente ans que je me l'adresse du matin au soir, en ville et à l'hôpital, chez l'indigent et chez le riche, c'est-à-dire chaque fois qu'il s'agit de décider entre l'action et l'abstention chirurgicales. Bien souvent j'ai invoqué l'argument sans y être sollicité, et quand je voulais vaincre des scrupules exagérés. Après une telle déclaration, carte blanche m'étant généralement donnée, j'opère et soigne de mon mieux : l'issue est tantôt bonne, tantôt mauvaise; j'ai tantôt de la joie, tantôt du chagrin, mais jamais de remords. Je compte, au jour actuel, comme amis très sincères des fils, des pères ou des maris dont j'ai opéré et perdu les parents, les enfants et les femmes. Car, remarquez-le bien, tout le monde devant mourir, on ne nous accuse pas de perdre ceux de nos malades qui sont insauvables, mais on exige que nous fassions tout ce qui est humainement possible.

C'est encore en se demandant ce qu'on ferait ou ce qu'on laisserait faire à soi ou à ses proches qu'on arrive à prendre un parti dans des conjonctures fort délicates, où la conscience, l'humanité, le devoir, l'intérêt, que sais-je encore? sont en jeu. Sur 100 opérations qu'on *peut pratiquer*, il en est 20 qu'on *doit imposer* tyranniquement, 20 qu'il *faut refuser* absolument et 60 en moyenne qu'on peut à la rigueur, et en se fondant sur des motifs plausibles, faire ou ne pas faire.

Or il arrive aux chirurgiens de pécher dans tous les sens. Ceux-ci n'opèrent pas les cas trop mauvais pour ne pas compromettre leur renommée ou assombrir leur statistique. Il y a quarante ans environ, Ph. Boyer avait la prétention de ne pas perdre d'opérés; quand un cas trop grave entrait dans ses salles, il n'y touchait pas, ou bien il faisait passer dans un service de médecine le phthisique tombant dans le marasme et auquel il avait coupé la jambe quelques semaines auparavant.

D'autres ne savent pas refuser une opération : tantôt par humanité et tantôt par pure complaisance; je n'ai pas encore ouï dire que ce fût par complet désintéressement. Pourtant j'affirme que les occasions ne sont pas rares où le chirurgien doit très fermement se récuser. En lisant certains récits, je me demande avec stupeur comment on a pu se résoudre à porter le scalpel sur de vrais moribonds, et comment, à l'autre bout de l'échelle, on a, de gaieté de cœur, exposé les jours de gens robustes atteints d'infirmités à peine désagréables. Lorsque je liquiderai ma situation morale dans la vallée de Josaphat, je compte porter à mon actif les nombreuses opérations que j'ai déconseillées comme inutiles ou dangereuses.

En ce qui concerne les opérations dites *de complaisance*, on invoque un argument spécieux. L'homme est l'arbitre de sa destinée; il expose chaque jour sa vie pour ses besoins, pour ses passions, pour ses plaisirs; une difformité physique l'obsède, il veut s'en débarrasser; l'entreprise a des périls, il les accepte; des accidents opératoires surviennent, il les subit et n'accuse que lui. Pourquoi lui refuser votre concours? Pourquoi vous montrer plus royaliste que le roi?

La réplique est fort simple. X... est las de la vie; il peut disposer de ses jours, la chose est évidente. Chargerez-vous son revolver ou lui administrerez-vous 10 centigrammes de strychnine?

Mais si je n'opère pas, direz-vous, mon voisin opérera. Eh bien! laissez-le faire, et consolez-vous. Plus d'une fois, ayant refusé une opération, j'ai appris quelques jours plus tard qu'elle avait été faite et suivie d'une issue funeste. Le compère avait empoché les sesterces, mais j'avais gagné, et je conservais l'estime. C'est peu, diront les positifs; — c'est beaucoup, penseront ceux qui, assimilant la médecine aux choses les plus sacrées, répéteront avec notre grand poète :

> L'art est saint. Dieu le fit afin que dans le monde
> Tout ne se courbât pas devant la force et l'or.

Je n'ai point l'intention, — le lieu serait d'ailleurs mal choisi, — d'éditer ici un code de moralité professionnelle, une sorte de bréviaire du *Chirurgien sans peur et sans reproche*. Je n'ai pas davantage la prétention naïve d'éclairer le public sur ses véritables intérêts, et pourtant je m'imagine que si, des deux côtés, mes paroles étaient entendues, les Paré et les Dupuytren de l'avenir accompliraient fort bien leur destinée et affronteraient, tout comme nous, les chances de la lutte pour la vie. D'autre part, les patients auxquels on peut reprocher leur sympathie ou, si l'on trouve l'expression trop forte, leur défaut d'antipathie suffisante pour les faiseurs, les charlatans, les acrobates, la racaille médicale, en un mot, seraient plus souvent guéris, à meilleur marché, et surtout moins dupés, bernés et volés. Un philosophe chagrin a dit : *Vulgus vult decipi; ergo decipiatur*. C'est le *tant pis pour eux* des modernes. Je n'ai point cette placide indifférence et ne peux voir un malfaiteur mal faire sans avoir la tentation de lui courir sus.

Il me paraît qu'en ce temps de prophylaxie universelle, on devrait songer un peu à garantir les simples et les crédules contre l'obséquiosité de l'un, la sensiblerie de l'autre, la solennité de celui-ci et les hâbleries de celui-là. Fournir à un public confiant des chirurgiens honnêtes, tel est le but que je poursuivrais de grand cœur.

Ce n'est pas d'aujourd'hui, messieurs, que je tiens le langage que vous venez d'entendre. Depuis longtemps je m'élève contre l'abus des opérations, et je recommande d'épuiser les ressources de la thérapeutique médicale; mais la chose ne tirait pas à conséquence, et l'on pouvait n'y voir qu'une opinion plus ou moins défendable. Mais à cette heure je suis accusé d'entraver l'essor de la science française et de paralyser ses progrès. Alors ma fibre patriotique s'émeut.

Il en est de la chirurgie comme des autres branches de notre activité. Partout la compétition est ardente, âpre, sans merci, tout le monde voulant avoir la première place. Depuis Guy de Chauliac jusqu'à la fin du siècle dernier, la France avait sans contestation possible tenu la tête; l'Angleterre, l'Italie, l'Allemagne, entrées plus tard dans la lice, lui disputent aujourd'hui la prééminence. Quelques scribes de ce côté et sur l'autre rive de l'Atlantique affirment gravement que nous sommes descendus au dernier rang, sans doute parce que nous nous montrons un peu plus soucieux et plus économes de la vie d'autrui et que nous faisons un peu plus de façons pour couper en quatre notre prochain. Vous remarquerez que c'est précisément dans les pays, où l'on fulmine contre les expériences sur les animaux, que l'on accuse de faire une chirurgie timide et comme sénile.

Eh bien, acceptons le reproche. Qu'il plaise à certains étrangers de transformer leurs salles de chirurgie en laboratoires de vivisection humaine, la chose ne nous regarde pas et reste à débattre entre les intéressés.

Qu'en ce temps de contradiction morale incroyable, où l'on s'apitoie autant sur le sort des assassins que sur celui de leurs victimes, on se croie en droit de sacrifier dix-neuf cancéreux pour essayer de sauver le vingtième, qu'on déclare fécond par excellence ce sang versé, le comparant à celui des braves qui meurent en conquérant des mondes nouveaux, peu nous importe, si la *chair à scapel* ne se révolte pas.

Que nous profitions même de ces expériences en spectateurs curieux et attentifs, comme on s'instruit en voyant de loin commettre des méfaits auxquels on ne prend pas part, j'y consens encore. Mais qu'on nous engage dans cette voie coupable, qu'on nous lance dans les excentricités opératoires, halte-là. Dussions-nous passer pour arriérés, réactionnaires, nous préférerions, pour nous Français, une pratique plus froide, plus rationnelle, plus humaine, plus tendre, si je puis ainsi dire, et dont il ressorte bien que le chirurgien, en France, voit toujours en tout malade un frère, un enfant ou un ami.

Avec des praticiens et des savants inspirés de la sorte, la science française, j'en conviens, ne chaussera pas les bottes de sept lieues; mais elle avancera pourtant, gagnant tous les jours quelque chose, ne rétrogradant pas et ne brûlant pas le lendemain ce qu'elle aura adoré la veille. Sans vouloir écraser personne, elle gardera son rang en conservant son calme, sa sérénité et sa grandeur, laissant s'agiter autour d'elle ses rivales brouillonnes et inquiètes, sans doute parce qu'elles sont plus jeunes et moins expérimentées.

A vous dire tout le fond de ma pensée, il me serait fort égal d'entendre proclamer qu'à Londres, à Vienne, à Rome, à New-York, on opère plus et mieux qu'à Paris, si l'on ajoutait qu'en cette dernière ville on guérit plus souvent et qu'on meurt un peu moins.

Heureux, a-t-on dit, les peuples qui n'ont pas d'histoire! Heureux seraient les chirurgiens qui n'auraient pas de trousse et qui sauraient s'en passer! Plus heureux encore, direz-vous, leurs clients, au nombre desquels le hasard peut malheureusement vous ranger!

Puisse un jour, grâce aux progrès de la science française, la chirurgie ne pas faire couler de sang et ne plus faire verser de larmes!

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18221.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Jules Guérin, au lendemain du discours, d'ailleurs si juste et si spirituel, de M. Verneuil, que la *Gazette des hôpitaux* vient de publier, a tenu à montrer que la spécialité peut avoir du bon quand elle représente en réalité une somme considérable d'études approfondies et d'expérience acquise sur une branche déterminée de la pratique chirurgicale. On a fait rentrer maintenant la cure des pieds bots dans la chirurgie générale, et il n'est pas de chirurgien qui n'en entreprenne la guérison. Mais qu'il s'agisse d'un cas difficile, compliqué par la rétraction de certains ligaments, par la déformation commençante des os résultant de subluxations irréductibles sans la section des tissus blancs, les résultats obtenus seront nuls si on n'a pas recours aux lumières d'un spécialiste vraiment instruit. M. Bouley, qui a suivi les opérations pratiquées par M. Jules Guérin dans un cas de ce genre, est venu exprimer son admiration dans un véritable dithyrambe.

Puis on s'est occupé surtout du choléra.

M. Devilliers, médecin en chef du chemin de fer de Lyon, a parcouru toutes les villes du réseau de cette compagnie et quelques-unes de celles de la ligne du Midi. Dans quelques-unes, on lui a signalé plusieurs cas de choléra et il a constaté presque partout que les affections du tube digestif étaient devenues beaucoup plus fréquentes depuis l'année dernière. Cette fréquence, signalée déjà par nos savants correspondants de Marseille, par M. Brouardel, par M. Solari dans une lettre qu'a lue M. Le Roy de Méricourt, est considérée généralement comme représentant une suite, une conséquence affaiblie de l'épidémie de l'année dernière. Les partisans de la doctrine de l'importation peuvent, à bon droit, s'en préoccuper en y voyant une tendance à l'acclimatement du germe cholérique, comme tant de germes exotiques ont fini par s'acclimater dans notre pays. Nous pouvons citer comme exemple le germe de la petite vérole. Il est certain que la variole n'est pas en France une maladie née sur place. Inconnue dans l'antiquité, elle a sévi chez les Arabes, qui l'avaient reçue du centre de l'Asie, avant que les rapports avec ces peuples l'aient transportée en Europe. Dans les temps modernes, on a assisté à son importation dans des pays lointains où elle ne s'était pas montrée jusqu'alors et où elle a fait des ravages terribles.

C'est par excellence une maladie contagieuse, transmissible, importable, et pourtant elle a pris racine dans nos grandes villes, de telle sorte que maintenant on pourrait croire qu'elle y naît sur place, que c'est une maladie spontanée, indigène, un produit du sol, si l'on oubliait son histoire et si l'on négligeait les enseignements actuels que donnent les faits observés dans les petites localités, bien isolées. Là, on peut toujours, ainsi que l'ont démontré les observations si nombreuses communiquées à la conférence médicale de 1870, lorsque apparaît une épidémie, remonter à l'importation qui l'a provoquée dans cet endroit.

Elle n'y naît jamais sur place. Il faut qu'elle y soit transportée d'un lieu où les germes sont en culture. C'est là une donnée capitale, qui ne doit pas faire perdre de vue certains éléments du problème difficile à étudier et mal connu jusqu'à présent, telles que les conditions dans lesquelles les germes acquièrent plus d'activité, plus de transmissibilité et une nocuité plus grande.

En ce qui touche le choléra, ce qui complique la question c'est que, si le choléra épidémique est une maladie d'importation, — qui n'avait jamais apparu avant une certaine époque, et qui pour venir en Europe a suivi une marche déterminée, — il existait cependant de tous temps, comme le prouvent des descriptions déjà très anciennes, une maladie saisonnière, faisant des victimes dans nos pays durant les chaleurs de l'été et ressemblant par les symptômes à ce choléra asiatique auquel elle a prêté son nom. Il y a donc, à ce point de vue, une différence considérable entre le choléra et la variole, car rien ne ressemblait à cette dernière en France avant qu'elle y fût importée. Ajoutons qu'une fois importée, acclimatée, la petite vérole, dans l'intervalle des épidémies, lorsqu'elle fait dans nos grandes villes fort peu de victimes, n'y est pas devenue une maladie saisonnière. Elle y sévit tout aussi bien l'hiver que l'été : et il est possible que si le germe du choléra asiatique s'acclimate dans notre pays, ses formes atténuées ne seront point, essentiellement, presque exclusivement dépendantes des conditions de température comme l'étaient les affections saisonnières du tube digestif dont le choléra indigène formait l'expression la plus haute.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Érythème papuleux.

La malade du n° 26 de notre salle des femmes est une jeune fille de dix-neuf ans, assez forte, sans jouir d'habitude cependant d'une santé parfaite. Elle est un peu pâle, strumeuse et nerveuse, impressionnable, un peu hystérique aussi et mal réglée. Elle habite Paris depuis trois ans; elle est placée comme domestique dans une maison où elle n'a pas beaucoup de travail.

L'affection dont elle est atteinte a débuté, il y a trois semaines, par un malaise général, de la céphalalgie, de la courbature, une diminution d'appétit. Cet état a duré huit jours, puis la malade est devenue plus souffrante, l'inappétence s'est accentuée; en même temps quelques taches rouges apparurent sur les jambes, lesquelles, un peu enflées, étaient le siège de douleurs vagues. L'éruption s'accompagnait de fièvre, et la malade dut garder le lit. Enfin elle est entrée avant-hier dans nos salles, et hier matin je l'ai vue pour la première fois. Voici l'état dans lequel je l'ai trouvée :

Courbature générale, céphalalgie, inappétence, pouls à 108; température du matin, 39°,5 (le soir celle-ci s'est élevée à 40 degrés, et ce matin elle est tombée à 39 degrés). Langue rouge, sèche, malaise général. Éruption prononcée surtout aux jambes, caractérisée par des taches d'un rouge peu vif, plutôt même rose, un peu saillantes, les unes disséminées, séparées par des intervalles de peau saine, irrégulières dans leur contour; les autres réunies, groupées et formant des plaques plus larges et peu saillantes. Celles qui siègent au niveau des genoux disparaissent par la pression et sont plutôt des taches exanthématiques, congestives; celles que l'on rencontre sur les jambes ne disparaissent pas sous la pression et ne sont plus seulement le fait d'une congestion, mais aussi d'une hémorrhagie cutanée, d'un purpura. Elles sont douloureuses au toucher. Enfin on remarque encore sur les jambes, en certains points, de petites vésicules contenant une sérosité un peu louche.

Sur les bras et les avant-bras, l'éruption revêt les mêmes caractères : taches simplement congestives et plaques à la fois congestives et purpuriques.

De plus, l'éruption s'est manifestée également sur les yeux où l'on observe une ecchymose très marquée ainsi qu'une petite vésicule.

En un mot, il s'agit de taches exanthématiques avec purpura, c'est-à-dire d'un érythème *papuleux* ou érythème polymorphe d'Hébra.

Ici le mot de polymorphe est justifié par l'éruption exanthématique, par le purpura et par les vésicules. Dans d'autres cas, il existe aussi de petites tubérosités saillantes comme des tubercules, d'où le nom d'érythème *tubéreux* que lui a donné Bazin.

D'autres fois, au milieu de la tache rouge, on voit soit une, soit plusieurs petites vésicules rangées autour d'une vésicule centrale dont elles sont séparées par une couronne rouge, de sorte que l'on a comme une cocarde multicolore; de là le nom d'*iris* donné à cet érythème. Quelquefois, avec la tache rouge, il y a une dépression blanche : c'est ce que l'on appelle l'*érythème circiné*. Dans certains cas, l'éruption est caractérisée par une ligne rouge saillante, c'est l'*erythema girata*. Parfois encore, il y a soulèvement de l'épiderme par des bulles grosses comme des pois, voire même comme des noisettes; c'est le *pemphigus aigu*, affection rare d'ailleurs.

Ainsi, chez certains individus, l'éruption revêt une seule forme; chez d'autres, il est réellement polymorphe. C'est ce que nous observons chez notre malade, où il y a à la fois érythème papuleux, érythème vésiculeux et purpura, le tout accompagné, comme toujours, de fièvre, de malaise général, de douleurs musculaires.

La nature de l'érythème papuleux a été très discutée. Hébra l'a considéré, avec l'école allemande, comme une affection locale, simple et bénigne. Certains auteurs, le rattachant à d'autres maladies, l'ont envisagé comme un phénomène consécutif; Bazin, comme une affection pseudo-exanthématique, comme une forme du rhumatisme, un phénomène arthritique, une fièvre rhumatismale. Une autre opinion a cours aussi en Allemagne, qui le regarde comme une névrose des vaso-moteurs. M. Laillier a parlé aussi de paralysie des vaso-moteurs, d'où dilatation des capillaires et hémorrhagie cutanée.

La maladie s'accompagne bien quelquefois, en effet, d'accidents nerveux, mais le fait est rare. Quant à moi, je ne saurais la considérer comme une névrose ni comme un rhumatisme; et s'il survient des douleurs rhumatismales, de l'endocardite, ce sont là seulement des complications. Mon opinion est que cette affection est une fièvre analogue aux fièvres éruptives, comme l'érysipèle; que c'est une maladie générale précédée de fièvre et de phénomènes généraux, après quoi apparaît l'éruption, éruption symétrique, à évolution régulière, durant de quinze jours à trois semaines environ, et donnant lieu quelquefois à des poussées successives; éruption enfin sujette à récidiver, comme l'érysipèle.

Cette opinion a été développée plus tard par M. Besnier et par deux de ses élèves dans leur thèse inaugurale. Mon collègue de l'hôpital Saint-Louis a même été plus loin que moi et a considéré cette affection comme une maladie infectieuse qui peut déterminer des phénomènes généraux résultant de l'empoisonnement de l'organisme. Cependant aucun microbe jusqu'à présent n'a été trouvé dans le sang de ces malades. D'ailleurs, pour moi aussi, l'érythème papuleux, polymorphe, est une maladie infectieuse, une maladie *totius substantiæ*.

Cette affection se présente sous deux aspects différents; elle est bénigne ou maligne. Dans le premier cas, la durée est de quinze jours à trois semaines, procédant quelquefois par poussées successives, il disparaît laissant après lui, pendant quelque temps, des taches violacées dues à la suffusion sanguine. Dans le second cas, on observe des complications consécutives ou concomitantes. Cette forme grave et méconnue des anciens auteurs est caractérisée par une fièvre intense, 40 degrés et plus, 110, 120, 130 pulsations. Des complications, la plus commune est le rhumatisme musculaire et surtout articulaire avec tuméfaction des jointures et épanchement; ce sont encore de la pleurésie, de la péricardite, de l'endocardite; quelquefois aussi ce sont des complications pulmonaires : broncho-pneumonie, bronchite, ou bien de la néphrite albumineuse. (L'albuminurie est encore une preuve de la nature infectieuse de la maladie.) Chez d'autres malades, ce sont des complications nerveuses. J'ai eu l'occasion d'en observer l'an dernier un exemple vraiment remarquable. Il s'agit d'une vieille fille de cinquante-cinq ans qui eut un érythème papuleux bien marqué, sans rhumatisme ni arthrite ni phénomènes fébri-

les intenses. L'éruption passe, s'efface, mais la fièvre revient; elle prend le type continu avec rémittences le soir, frisson violent, chaleur, sueurs, vomissements presque constants, douleurs au niveau des anciennes taches, aussi vives que dans l'ataxie, faiblesse musculaire très prononcée, paralysie des pieds et des mains, atrophie musculaire progressive, en un mot, toute une symptomatologie qui ne dure pas moins de six mois. Puis, peu à peu, les organes digestifs se remettent, la fièvre cesse, l'état général s'améliore, la malade entre en convalescence. Aujourd'hui cependant, c'est-à-dire au bout d'un an, la malade éprouve encore quelques douleurs dans les membres, et les muscles n'ont pas encore complètement recouvré leur volume d'autrefois.

Voilà un exemple de forme grave, nerveuse, avec altérations vaso-motrices à caractère bien nettement infectieux.

Chez la malade de nos salles, le pronostic n'est pas très bon. Cette femme guérira, je le pense bien, mais elle est malade depuis trois semaines et les phénomènes fébriles persistent; ils donnent à sa maladie un certain caractère de malignité et me font craindre des accidents morbides par altération du sang, quelques accidents nerveux, une anémie profonde.

Quant au traitement, nous ne relevons ici aucune indication, si ce n'est celle du sulfate de quinine que nous donnerons d'ici à deux jours, si la fièvre persiste encore; mais, pour le moment, nous devons nous borner à des boissons rafraîchissantes, de la limonade, et à saupoudrer les taches éruptives avec de l'amidon comme nous l'avons fait depuis l'entrée de la malade dans nos salles.

LE CHOC EN RETOUR ET LE FOUDROIEMENT LATÉRAL (1)

Par M. le docteur F. Vincent (de Guéret),
Lauréat de l'Académie de médecine.

II

DU CHOC EN RETOUR SIMPLE ET DE SES DEUX ESPÈCES.

I. D'après la définition même du choc en retour que nous avons donnée plus haut, le phénomène, selon que le nuage orageux échange son électricité avec un nuage voisin ou avec la terre, se produirait dans deux circonstances différentes où le mode d'action électrique ne me paraît point exactement le même, et où, par suite, les risques, que court la personne qui le subit, doivent différer aussi. Cela nous amène naturellement à distinguer ou à établir *deux espèces* de choc en retour, qui sont :

1° *Le choc en retour de la première espèce* qui est censé se produire lorsque la foudre éclate entre le nuage électrisé et le nuage voisin ;

2° *Le choc en retour de la deuxième espèce* qui se produirait lorsque la foudre éclate entre le nuage électrisé et le sol ou un objet terrestre, autrement dit, lorsque le tonnerre tombe.

Nous allons, d'après les connaissances acquises sur l'électricité, étudier ce que nous pourrions appeler le mécanisme du choc en retour dans l'une et l'autre des deux espèces que nous venons d'admettre, en considérant d'abord ce phénomène à l'état de simplicité, c'est-à-dire dégagé des complications que nous aurons à signaler plus tard.

II. Du choc en retour de la première espèce. — C'est ici assurément que la théorie du choc en retour admise par tous les auteurs reçoit son application la plus complète : L'électricité naturelle ou neutre du sol est décomposée sous l'influence du nuage orageux ; l'électricité de nom contraire à celle de ce dernier est attirée à la surface du sol et des objets terrestres, et celle de même nom refoulée dans ses profondeurs.

Cette influence du nuage électrique est incontestable. Elle est démontrée matériellement par l'action préservative du paratonnerre, qui sans cela n'aurait pas sa raison d'être, puisque cette action ne s'effectue qu'en laissant écouler vers le nuage orageux l'électricité libre du sol ; par les feux Saint-Elme qui apparaissent au sommet des mâts des navires et de la croix des clochers pendant les nuits d'orage, et qui sont dus aussi à l'écoulement de l'électricité libre du sol vers le nuage par la voie de ces édifices terminés en pointe ; enfin par les perturbations éprouvées par le télégraphe électrique qui devient un électroscope très sensible toutes les fois que la foudre gronde au-dessus du parcours de ses fils conducteurs. Que ces perturbations soient dues à des courants développés par le choc en retour ou à des courants induits formés dans les fils sous l'influence de l'éclair, elles n'en accusent pas moins l'influence exercée sur la terre par l'électricité atmosphérique.

Il y a certainement ici identité avec ce qui se passe dans l'expérience de laboratoire qui sert à mettre en évidence l'électricité par influence ; et comme il arrive dans le cylindre métallique influencé de cette expérience, lorsqu'on éloigne ou qu'on décharge le corps électrisé influençant, de même lorsque la décharge du nuage orageux sur un nuage voisin fait cesser l'influence qu'il exerce sur la terre, les deux électricités séparées de celle-ci doivent se recombiner brusquement, et, par suite, produire le choc en retour.

Cela bien établi, quels peuvent être maintenant les dangers que fait courir, aux personnes qui y sont exposées, le choc en retour ainsi produit dans toute sa simplicité. Ces dangers doivent être bien minces si on en juge par ceux auxquels expose le choc direct de la foudre, laquelle frappe souvent des individus et produit chez eux les lésions les plus étendues sans amener la mort. C'est ce que l'on constate très souvent. Pour mon compte, j'en ai observé plusieurs cas que j'ai rapportés dans ma *Contribution à l'histoire médicale de la foudre* (1), à laquelle je renvoie, me bornant à rappeler ici l'accident de la gare de Sainte-Feyre, du 16 août 1868 :

Le tonnerre tomba sur la maisonnette d'un garde, située à 50 mètres de la gare et où se trouvaient réunies dix personnes sur lesquelles six furent atteintes par l'étincelle fulgurante qui produisit, chez toutes, des brûlures plus ou moins étendues sans en tuer aucune. Deux d'entre elles furent pourtant très maltraitées : le garde Bouchonnet d'abord qui fut projeté d'un appartement dans un autre, dépouillé de son pantalon et de sa montre et atteint de plusieurs brûlures, depuis la tête jusqu'aux pieds sur le passage du courant; la femme Bourigeaud, ensuite, qui présenta des lésions bien plus graves encore. Chez elle, tout le plastron de la poitrine, du cou à l'épigastre et d'une épaule à l'autre, était le siège d'une vaste brûlure au troisième degré, avec sphacèle comprenant toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, ayant laissé complètement à nu les muscles pectoraux après la chute des escarres. De la poitrine, l'électricité, suivant le busc du corset en acier et les cerceaux en même métal de la crinoline qu'elle brisa l'un et l'autre en fondant les extrémités de leurs fragments, atteignit l'hypogastre, les faces internes, postérieures et antérieures des cuisses ainsi que les régions génitales et sacrées, et produisit sur toutes ces parties une vaste brûlure présentant les trois degrés réunis. Malgré des lésions aussi profondes et aussi étendues, la mort ne fut point instantanée, et cette femme ne succomba que six mois après, épuisée par une suppuration abondante. Ces exemples ne sont pas rares, et à côté de ceux mentionnés dans ma brochure et qui me sont personnels, je pourrais en citer d'autres qui m'ont été rapportés par des confrères qui avaient donné des soins aux blessés.

En présence de pareilles lésions, qui n'anéantissent pas la vie chez des personnes directement atteintes par la décharge d'un

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 août 1885.

(1) Paris, 1875. — G. Masson.

appareil électrique aussi puissant qu'un nuage orageux, il est permis d'abord de se demander si les quantités relativement très faibles d'électricités de noms contraires accumulées aux deux extrémités ou, si l'on aime mieux, aux deux pôles d'un individu, peuvent amener la mort en se recombinant brusquement. Au point de vue du raisonnement seul, la chose paraît déjà bien difficile.

En supposant, en effet, que l'influence du nuage orageux s'exerce sur le sol, dans un rayon de 20 mètres autour du point menacé d'être frappé, si l'explosion se produit, c'est-à-dire sur une surface de 1200 mètres carrés où chaque arbuste, chaque brin d'herbe, chaque caillou mouillé se chargent d'électricité de nom contraire à celle du nuage, et en représentant cette quantité d'électricité par 1200, celle de l'homme placé à 10 mètres de ce point menacé, en ne tenant compte que de l'étendue en surface, pourra, tout au plus, être représentée par 1 : quantité bien différente, comme on le voit, de celle que recevrait l'objet placé à ce même point s'il était foudroyé, laquelle doit être équivalente à celle répandue sur les 1200 mètres carrés.

A présent, si nous supposons cet homme placé à ce point culminant de la sphère d'action du nuage orageux, il peut assurément se charger d'une plus grande quantité d'électricité que lorsqu'il en était à 10 mètres de distance. Mais cette quantité d'électricité, par rapport à celle qu'il recevrait s'il était foudroyé, serait encore relativement très faible, puisque la tension électrique, et, par suite, l'accumulation de l'électricité sur une surface donnée, ont toujours des limites et que, pour produire de grands effets, les physiciens sont obligés de multiplier les surfaces de leurs appareils. Ici, du reste, l'influence du nuage s'exerçant, comme nous l'avons supposé, sur 1200 mètres carrés, maintient l'électricité libre du sol répandue sur toute cette surface et ne lui permet pas de s'accumuler uniquement sur le point culminant.

De plus, l'électricité se trouve ici répandue à quantité égale sur toute l'étendue de la surface humaine influencée, ou, tout au moins, de sa partie supérieure. Or, pour une quantité d'électricité donnée, il y a une grande différence dans l'effet produit selon que le fluide est disséminé sur une large surface ou concentré sur un seul point. L'observation de la première victime de la foudre que j'ai eu occasion de voir, celle de Conchon, tué par le tonnerre sur le territoire de la commune de Maisonnisses, le 29 juin 1857, rend sensiblement palpable la vérité de la proposition que j'avance : A la région latérale gauche du cou, la brûlure produite par la foudre, renfermée dans la largeur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, est au troisième degré, et la peau est noire et charbonnée. A la région antérieure du tronc, l'électricité a dessiné un véritable triangle isocèle dont le sommet correspond à la tête du sternum et la base à une ligne droite fictive qui joindrait les deux épines iliaques droite et gauche ; à la partie supérieure de la poitrine, qui correspond au sommet du triangle, la peau présente une coloration rouge brun très foncé, mais non charbonnée comme au cou ; à la base de la même région il y a un simple érythème, indice d'une brûlure au premier degré ; enfin, à l'abdomen, qui forme la partie la plus élargie du triangle, les poils seuls sont flambés sans lésion apparente à la peau. Aux membres inférieurs les mêmes effets se reproduisent, les brûlures déterminées par le courant offrant une intensité d'autant plus grande qu'elles occupent un espace plus rétréci.

Enfin une circonstance qui mérite d'être prise en grande considération, c'est que, dans le choc en retour de la première espèce, la quantité d'électricité libre, attirée à la surface du sol, doit être beaucoup moins considérable que dans les cas où l'explosion doit se faire entre celui-ci et le nuage orageux. Ce dernier exerce, en effet, dans sa sphère d'action, c'est-à-dire sur tout ce qui l'environne dans un rayon donné, un total d'influence proportionnelle à la quantité d'électricité qu'il renferme. Or, si la plus grande part de cette influence se porte sur le nuage voisin qui doit être foudroyé, celle qui s'exerce sur la terre doit être diminuée d'autant, et, avec elle, la quantité d'électricité libre qui en est le résultat.

Au point de vue théorique, c'est-à-dire du raisonnement par induction, tout nous indique donc que la quantité d'électricité libre répandue sur un individu, sous l'influence d'un nuage orageux, est relativement peu considérable ; que sa recombinaison avec celle de nom contraire refoulée dans le sol est incapable de produire une commotion assez forte pour donner la mort ; et que, par suite, le choc en retour de la première espèce est peu à redouter.

Si nous consultons maintenant l'expérience qui, dans les sciences d'observation, doit toujours prononcer en dernier ressort, elle donne complètement raison à la théorie. Je n'ai jamais éprouvé pour mon propre compte, et je n'ai jamais vu personne se plaindre d'avoir éprouvé, quand il tonne, même un semblant de secousse ; les statistiques, parmi les accidents de la foudre, n'en signalent aucun qu'on puisse attribuer à cette cause en dehors de la chute du tonnerre ; enfin les traités de physique, tout en disant qu'on a vu plusieurs fois des cas de mort occasionnés par le choc en retour, n'en citent en définitive qu'un seul, celui de Brydone déjà rapporté, lequel, depuis un siècle, a servi de thème à tout ce qui s'est dit sur ce sujet. Mais ce cas tant de fois cité appartient-il en réalité au phénomène dont il est ici question ? Est-il possible, en effet, d'attribuer à la simple recombinaison des deux électricités du sol, momentanément séparées, cette série d'accidents formidables relatés dans cette curieuse observation? Peut-on expliquer, par cette cause, des effets tels que la fusion des cercles en fer des roues qu'on ne voit même pas sur les paratonnerres traversés si souvent par de très forts courants, la calcination de la houille, la fracture du tombereau, la mort de personnes et d'animaux avec brûlure des poils et lacération des habits, se produisant à un quart d'heure d'intervalle et à 2700 mètres de distance les uns des autres ; et tout cela sous l'influence d'un orage qui gronde assez loin et sans chute de tonnerre mentionnée ? Je ne le crois pas, et, bien que la chute du tonnerre semble ici absente, cet ensemble de faits aussi singuliers ne peut s'expliquer que par le choc en retour de la deuxième espèce, ainsi que nous essaierons de le faire plus loin. Dans tous les cas, si telle en est la cause, il doit être rangé au nombre des phénomènes rares et extraordinaires.

Depuis cette époque, en effet, rien de semblable n'a été signalé, et bien des orages ont grondé sur bien des têtes sans que de pareils faits se soient reproduits ; et cela est bien heureux, car, si chaque fois que la foudre gronde au ciel, on était exposé à des accidents aussi redoutables, depuis bien longtemps il n'existerait plus un être vivant sur la terre.

Grosnier rapporte « qu'on a vu des troupeaux de vaches avorter pendant un violent orage soit par terreur du tonnerre et des éclairs, soit par une forte influence électrique ». Il ne dit pas si, dans cette circonstance, le tonnerre est tombé près du troupeau. Quoi qu'il en soit, il ne signale aucun cas de mort chez ces animaux très sensibles aux influences de la foudre.

La conclusion de cet exposé est donc que le choc en retour produit dans ces conditions, et sans les complications que nous signalerons plus tard, ne fait courir aucun danger sérieux aux personnes et aux animaux qui le subissent.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 août 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. le docteur Manouvriez (de Valenciennes) élu correspondant de l'Académie dans la dernière séance ;

2° Un pli cacheté déposé par le docteur Folet (de Lille). (Accepté.)

M. Le Roy de Méricourt communique une lettre de M. le

docteur Solari sur les épidémies cholériques de Toulon et de Marseille. M. Solari déclare que Toulon et Marseille ne subissaient aucune influence morbide gastro-entérique avant l'invasion du choléra importé par la *Sarthe* à Toulon. « Le corps médical entier de ces deux villes, ajoute-t-il, peut l'attester.

Depuis cette époque, les cholérines, les affections diarrhéiques ont régné et persisté pendant *tout l'hiver* et se sont montrées de plus en plus avec les chaleurs. »

La deuxième épidémie peut être le regain de celle de l'an dernier, comme après 1836, 1854 et 1865 à Marseille, 1837, 1855 et 1866 présentèrent de plus légères épidémies.

M. Solari considère le choléra comme ayant été importé du Tonkin et il préconise l'établissement d'un poste de convalescence et d'observation dans l'une des îles d'Hyères pour les arrivants de cette colonie où le choléra est endémique, afin de prévenir dans l'avenir une semblable importation. Il est incontestable que Toulon et Marseille sont deux villes sales, mais le choléra n'y naît jamais de pied en cape. Il faut qu'il y soit importé; alors seulement il y fructifie. Sans cette importation, ces deux villes ne resteraient pas dix-neuf ans sans épidémie, de 1865 à 1884, la situation de salubrité locale n'ayant pas changé pendant cette période de temps.

DISCUSSION

M. BROUARDEL demande à rectifier quelques assertions de la lettre de M. Solari. D'abord l'enquête ordonnée à Toulon n'a jamais pu établir l'origine du choléra dans cette ville; par conséquent, on n'est point en droit d'incriminer la *Sarthe*.

En second lieu, le choléra n'est pas endémique au Tonkin, pas plus que dans les autres deltas asiatiques, comme le prétend M. Solari.

M. Brouardel se défend d'avoir mis en cause la municipalité de Marseille en ce qui concerne les mesures d'assainissement. Il fait remarquer d'ailleurs que les municipalités ou les commissions prises dans leur sein peuvent avoir autorité sur les établissements qui dépendent de la police, mais qu'elles sont impuissantes quand il s'agit de l'assainissement des maisons particulières, par suite des lacunes de la loi sur ce point. C'est pour cela que M. Brouardel a demandé que cette lacune existant dans notre législation fût remplie.

COMMUNICATIONS

M. FÉRÉOL communique une observation de chromidrose ou chromocrinie, due à un médecin des plus compétents en pathologie et en micrographie, M. le docteur Sabourin. Ce fait a été vérifié en outre par M. Jules Rochard, qui connaît la malade, et par M. Féréol lui-même.

Il s'agit d'une jeune fille d'une vingtaine d'années, auprès de laquelle M. Féréol fut appelé en consultation dans le courant de l'hiver dernier.

Elle était sujette à de violentes attaques d'hystérie convulsive et de névralgies, qui s'étaient développées sous l'influence de vives contrariétés. Il y avait un point hystérogène ovarique très prononcé. Elle vomissait en outre à peu près tout ce qu'elle prenait; sa maigreur était extrême et son état inquiétant. L'application, pendant trois heures de suite, deux fois par jour, de sacs de glace sur l'ovaire hyperesthésié, la glace et le cognac à l'intérieur, eurent d'assez bons effets ; le temps fit le reste.

Il y a environ deux mois, M. Féréol, qu'elle était venue consulter dans son cabinet, remarqua sur ses paupières inférieures une teinte bleuâtre, qui s'accentuait de plus en plus à mesure que le temps s'écoulait. Elle dit que cela durait depuis plus de trois mois, et que le docteur Sabourin avait bien souvent examiné cette coloration bleuâtre au microscope. Enlevée par un frottement un peu énergique avec un mouchoir, cette coloration se reproduisit en quelques minutes. Il n'y avait d'ailleurs aucune trace de sueur. M. Sabourin, auquel M. Féréol écrivit à ce sujet, lui répondit que le début de cette coloration remontait au mois de février, peu après la fin des grandes crises. D'abord le bleu des paupières était peu intense, variable d'un jour à l'autre, devenant très marqué quand la malade avait eu quelque accident nerveux. *Pour l'accroître, il suffisait d'en parler à la malade.* La même coloration se montra au sternum dans le sillon intermammaire et aux deux aisselles. Mais dès le mois de mars il n'en restait plus trace dans ces régions.

Le phénomène se produisait presque instantanément, et il n'était pas possible de songer à une fraude. La coloration bleue, examinée au microscope, présenta toutes les particularités décrites par Ordoñez.

Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la ressemblance des fragments de matière colorante avec les écailles résultant de la fracture du baume de Canada desséché. M. Sabourin dit que la malade est désolée de cette coloration bleue.

M. Féréol insiste sur l'absence de sueur constatée dans presque toutes les observations de chromidrose; en sorte que, comme le disait M. Dechambre, le mot de chromidrose ne se justifie pas. Il vaudrait peut-être mieux revenir à celui de chromocrinie qui ne préjuge rien.

Recherches expérimentales sur le choléra. — M. PAUL GIBIER, tant en son nom qu'en celui de M. Van Ermengem (de Bruxelles), vient indiquer le résultat des expériences faites par eux avec des cultures non atténuées provenant du laboratoire de M. Ferran. Sur vingt cobayes inoculés sous la peau, quatre seulement moururent des suites de l'injection. Les autres présentèrent pendant trois ou quatre jours un empâtement considérable, qui disparut ensuite graduellement. Après cela, les expérimentateurs injectèrent à ces mêmes animaux du liquide de culture soit dans l'estomac, selon la méthode de Koch, soit dans le duodénum après incision des parois abdominales : et ces animaux sont morts avec les symptômes cliniques et anatomiques du choléra. L'examen microscopique et les cultures ont montré une énorme quantité de bacilles caractéristiques dans les liquides intestinaux.

LECTURE

Sur le traitement complémentaire des pieds bots compliqués par la section sous-cutanée des ligaments du pied. — M. JULES GUÉRIN. L'orthopédie chirurgicale tend tous les jours à pénétrer dans le domaine de la chirurgie générale. Il n'y aurait qu'à s'en féliciter si elle y entrait avec les acquisitions sérieuses qui ont présidé à son développement et en ont assuré les résultats. Il n'en est malheureusement pas ainsi. La chirurgie générale n'affirme cette prise de possession que par deux caractères d'infériorité qui sont peu propres à en montrer les bienfaits : 1° elle ignore absolument les bases scientifiques sur lesquelles repose la véritable orthopédie chirurgicale ; 2° n'ayant ni le temps ni les ressources nécessaires pour mener à bonne fin le rétablissement des formes anciennement et profondément altérées, elle cherche à obtenir d'emblée des résultats qui ne peuvent s'acquérir qu'avec beaucoup de patience, beaucoup d'expérience, beaucoup de temps, et par les vrais moyens d'y parvenir.

M. Guérin rappelle qu'en 1882, devant l'Académie, il s'éleva énergiquement contre l'*ablation totale ou partielle des os du tarse ou du métatarse dans le traitement du pied bot*, et que sa communication reçut des hommes compétents le meilleur accueil. Cependant bon nombre de chirurgiens français n'ont pas craint d'entrer dans la voie ouverte par les chirurgiens d'outre-Rhin, et d'essayer même chez des enfants des opérations de tarsotomie tout au plus bonnes pour des cas invétérés chez des adultes.

Aujourd'hui M. Jules Guérin vient montrer, par un nouvel exemple, ce qu'on peut obtenir au moyen de l'opération décrite par lui depuis quarante ans sous le nom de syndesmotomie, et qui consiste, pour les pieds bots réfractaires, à diviser sous la peau les ligaments qui réunissent les os du tarse et du métatarse, lorsque ces ligaments s'opposent par un raccourcissement primitif ou consécutif au redressement complet des parties. Les ligaments à couper sont : pour le pied bot équin plantaire, le *ligament calcanéo-cuboïdien inférieur;* pour le pied bot varus irréductible, le *ligament latéral interne* de l'articulation tibio-tarsienne, le *ligament calcanéo-scaphoïdien interne*, les ligaments qui réunissent le scaphoïde aux cunéiformes.

Il est indispensable de diviser entièrement ces forts ligaments, ce qui peut se faire sans danger avec les précautions suivantes : 1° pratiquer l'ouverture cutanée sur un point éloigné de la section ligamenteuse et autant que possible à la base d'un pli cutané; 2° recouvrir la petite plaie cutanée d'un morceau de diachylon; 3° enfin ne pratiquer les essais de redressement qu'après le temps nécessaire à la cicatrisation des parties, et lentement, graduellement.

Le fait nouveau que cite M. Jules Guérin est celui d'un enfant du sexe masculin qui avait été présenté, à l'âge de trois ans, à un des chirurgiens des hôpitaux de Paris pour un pied bot varus équin extrême. Le chirurgien lui fit subir la section du tendon d'Achille, des jambiers antérieurs et postérieurs. Une des plaies avait suppuré. Après un traitement de plusieurs mois, la difformité persistait et l'enfant fut abandonné par le chirurgien comme incurable. Ce n'est que cinq ans plus tard que la famille s'adressa à M. Jules Guérin. Celui-ci pratiqua : 1° la section du tendon d'Achille sur deux points différents, au-dessus et au-dessous de l'ancienne cicatrice; 2° la section des jambiers antérieurs et postérieurs; 3° la section de l'adducteur du gros orteil; 4° finalement, la section du ligament latéral interne, du ligament calcanéo-scaphoïdien, du ligament scaphoïdo-cuboïdien. Le résultat fut excellent, ainsi que le prouve une série de moulages en plâtre mis sous les yeux de l'Académie et représentant parallèlement l'état antérieur et l'état actuel.

DISCUSSION

M. BOULEY. Je ne suis pas compétent pour parler d'opérations chirurgicales; mais je puis dire ce que j'ai vu et déposer, pour ainsi dire, comme témoin. Il y a trois ans, quand M. Jules Guérin, à propos des opérations trop radicales, des ablations d'os, proposées dans le traitement du pied bot, vous a présenté une petite fille atteinte d'un pied bot tellement considérable qu'elle marchait littéralement sur le dos du pied, et se fit fort de la guérir en moins de trois mois par sa méthode, je lui demandai l'autorisation de suivre ce fait jusqu'au bout. Or en trois mois la guérison était complète : je l'ai vu de mes yeux. Il s'agissait encore dans ce cas d'une enfant traitée inutilement par un chirurgien des hôpitaux avant d'être mise entre les mains de M. Jules Guérin. Il est regrettable que de tels faits n'aient pas plus de retentissement et qu'on ne vienne pas plus souvent mettre à l'épreuve l'habileté de notre collègue. Lord Byron et Talleyrand eussent été bien heureux si on eût su de leur temps remédier, comme il le fait, à l'infirmité dont ils étaient atteints.

M. JULES GUÉRIN. Talleyrand y a bien pensé, mais un peu tard; il avait alors quatre-vingt-quatre ans. Une opération de cure radicale du pied bot était difficile à cet âge, et je n'ai pu lui donner que de bonnes paroles.

LE CHOLÉRA DANS LE MIDI

M. DE VILLIERS vient de parcourir une grande partie du midi de la France pour se rendre compte de l'état de la santé publique. Un peu partout il a constaté, non seulement par les dires des médecins, mais par l'inspection des registres de maladies, qu'à la différence du printemps de l'année dernière, celui de cette année avait présenté un nombre exceptionnel de diarrhées, d'affections du tube digestif, et même de vraies cholérines. Du reste, depuis l'épidémie de l'année dernière, il en a toujours été ainsi. De choléra proprement dit, suivi de mort, il n'en était pas question dans la plupart des villes, à Lyon, à Grenoble, à Nîmes, à Lunel, à Cette, à Gap, à Embrun, à Briançon, etc. Mais il y avait eu quelques cas à Arles et dans le voisinage, quatre ou cinq cas à Aix en Provence, trois ou quatre à Avignon, six à huit à Manosque, quatre ou cinq à Sisteron. A Marseille, l'état sanitaire restait toujours à peu près le même depuis le commencement du mois.

M. JULES GUÉRIN. M. de Villiers dit qu'il n'y avait pas de diarrhée prémonitoire l'année dernière. Or, sur les médecins du chemin de fer qu'il a consultés, dix-sept ont dit avoir constaté des diarrhées de ce genre. Ce sont là des témoignages positifs qui valent beaucoup mieux que des témoignages négatifs, car on ne voit que ce qu'on cherche à voir. Les maladies passent inaperçues quand on ne prévoit pas leur existence.

LECTURE

M. LALLEMAND lit un travail intitulé : *Un chapitre de l'histoire de l'enfance abandonnée. — La mortalité des enfants trouvés à la Maison de la couche à Paris* (XVIIe et XVIIIe siècles).

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 10 août 1885, M. le docteur Répin, maire de Conlie, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 11 août 1885, le doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, au nom de cet établissement, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans le testament olographe du 24 septembre 1880, le legs fait par M. Godard Jean-Baptiste-Camille), et consistant :

1° En un titre de rente 3 p. 100, pour les arrérages être employés à la fondation de prix annuels;

2° En une somme de 100 000 francs pour la fondation d'un jardin botanique.

— Par décret, en date du 12 août 1885, a été promu dans le corps de santé de la marine, après concours :

Au grade de médecin professeur. — M. Fontorbe, médecin de première classe.

— Le préfet de police vient de prendre un nouvel arrêté modifiant l'ordonnance du 25 novembre 1833 relative aux amphithéâtres d'anatomie.

A dater de ce jour, les débris de cadavres, provenant des amphithéâtres d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, seront incinérés dans l'appareil spécial récemment établi au cimetière de l'Est ou inhumés dans tout autre cimetière de Paris.

— *Hospices de Marseille.* — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien en chef dans les hôpitaux et hospices civils de Marseille sera ouvert le lundi 19 octobre 1885 à une heure précise, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices, depuis le lundi 17 août 1885 jusqu'au vendredi 2 octobre inclusivement, de deux heures à six heures du soir.

— Le bureau de la section des sciences médicales du congrès de Grenoble (Association française pour l'avancement des sciences) est ainsi composé :

Président d'honneur, M. le docteur Pacciotti (de Turin); président, M. le professeur Henri Henrot (de Reims); vice-présidents, MM. Bouchard (de Paris), Diday (de Lyon), Berger (de Grenoble), Girard (de Grenoble), Grasset (de Montpellier) et Pamard (d'Avignon).

Secrétaires, MM. L.-H. Petit, Valude, Launois et Delbet.

Quant à la section d'hygiène, elle a constitué aussi, de son côté, son bureau de la manière suivante :

Présidents d'honneur, MM. Pacciotti (de Turin), Rochard (de Paris) et Rey (de Grenoble).

Président, M. Émile Trélat.

Vice-président, M. le docteur Girard.

Secrétaires, MM. Berthollet, Chatrousse et Ricoud.

— M. le baron Léon de Lenval, à Nice, vient de fonder un prix de 3 000 francs qui sera décerné à l'auteur de la meilleure application des principes microphoniques à la construction d'un appareil facilement portatif et améliorant l'audition des malades.

Les instruments destinés à concourir devront être envoyés avant le 31 décembre 1887 à l'un des membres du jury ci-dessous dési-

gnés, et seront seuls admis au concours les appareils qui sont complètement achevés. Le prix sera décerné au mois de septembre 1888 pendant la session du quatrième Congrès international d'otologie à Bruxelles.

Jury : M. le professeur Hagenabc-Bischoff, président, à Bâle, Missions str. 20. — M. le docteur Gellé, à Paris, 20, avenue de l'Opéra. — M. le docteur Benni, à Varsovie, 16, Bracka. — M. le professeur Burckhardt-Merian, à Bâle, 42, Albanvorstadt. — M. le professeur Adam Politzer, à Vienne, J. Gonzagasse, 19.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ducom, pharmacien honoraire des hôpitaux de Paris; de M. le docteur Livois, ancien député, mort subitement, il y a deux jours, à Boulogne-sur-Mer; et M. le docteur Matteo Ceccarel, premier médecin de l'hôpital civil de Venise, décédé à l'âge de cinquante-quatre ans, le 15 août 1885.

— M. le docteur Prengrueber, chirurgien du Bureau central, commencera, à l'hôpital Saint-Antoine, le jeudi 20 août 1885, à dix heures précises du matin, des leçons de clinique chirurgicale, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18226

N° 96. — SAMEDI 22 AOUT 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 22 AOUT 1885. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'ouverture des abcès du foie.

L'ouverture d'un abcès du foie est considérée aujourd'hui, grâce aux méthodes antiseptiques, comme tout ce qu'il y a de plus simple au monde.

On y procède avec le bistouri, séance tenante, sans s'attarder à créer d'avance des adhérences par la méthode de Recamier ou quelque autre méthode semblable.

On incise tout simplement, couche par couche, la paroi abdominale jusqu'à ce qu'on arrive sur l'organe qu'il s'agit d'ouvrir ; on vide alors, par une ponction, la poche purulente pour la faire revenir sur elle-même, puis on l'incise largement après l'avoir fixée par des points de suture à la paroi abdominale s'il n'existait pas d'adhérences préalables ; et enfin on a soin de la laver à fond et d'en faire sortir jusqu'aux dernières traces de pus, par des injections de quelque liquide antiseptique, tel qu'une solution de chlorure de zinc à 5 p. 100. Après cela, on y place un drain, on referme la plaie, on recouvre le tout d'un pansement antiseptique, tel que gaze et ouate phéniquées; puis, pour absorber les sécrétions qui pourraient avoir lieu, le pus qui pourrait se produire, d'un large sachet de cellulose au sublimé ; et on peut attendre plusieurs jours sans renouveler le pansement. Il n'y a ni douleur ni fièvre; la sécrétion purulente se tarit avec une extrême rapidité, quelquefois dès le premier jour, et tout se passe comme s'il s'agissait d'un abcès ordinaire situé dans toute autre région.

M. Bouilly, suppléant de M. Tillaux à l'Hôtel-Dieu, nous exposait cette méthode et les résultats merveilleux qu'elle lui avait souvent donnés, à propos d'un malade qui lui avait été envoyé du service de M. Bucquoy pour subir cette opération.

Cet homme, âgé de vingt-neuf ans, cordonnier, était sans ouvrage depuis quelques semaines et menait, à ce qu'il raconte, la vie la plus rangée, s'abstenant depuis quelque temps de tout excès alcoolique, lorsque, dans la nuit du 24 au 25 mai, il fut pris subitement de douleurs vives dans l'hypochondre gauche. Ces douleurs persistèrent les jours suivants. Quand elles débutèrent, il y eut d'abord une diarrhée assez abondante pendant un jour ou deux, puis de la constipation. Souffrant toujours du même côté, se sentant faible et sans appétit, cet homme entra le 20 juin dernier dans le service de M. Bucquoy, où l'on constata l'existence d'une tumeur qui faisait corps avec le foie et qu'on jugea être un abcès de cet organe. Dans le courant du mois de juillet, on pratiqua sur cette tumeur une ponction qui donna issue à une grande quantité de pus. Elle s'était affaissée alors, mais elle reparut bientôt après, et en peu de temps elle acquit un volume supérieur à celui qu'elle avait lors de la ponction.

Quand M. Bouilly l'opéra, elle pointait vers l'extérieur comme un abcès qui veut s'ouvrir. Il procéda suivant la méthode que nous avons indiquée plus haut, avec cette seule différence qu'il n'eut point à fixer par des points de suture la paroi du kyste à la paroi abdominale, car elle y adhérait déjà.

Le malade, une fois réveillé après le pansement, déclara ne pas éprouver la moindre douleur. Il n'eut pas un atome de fièvre; le lendemain il criait la faim, se trouvant tout à fait bien.

M. Bouilly nous raconta qu'il en avait été exactement ainsi chez un malade qu'il était allé opérer à Vichy d'un abcès du foie vraiment énorme. Il avait retiré plus de 1 litre d'un pus infect et avait remplacé par des points de suture les adhérences qui manquaient, afin de prévenir l'écoulement d'un peu de ce pus dans la cavité abdominale. Malgré ces mauvaises conditions, après le lavage intérieur de la poche, au chlorure de zinc, la suppuration s'était tarie presque aussitôt. Aucune douleur, aucune fièvre ne s'était produite. La guérison avait eu lieu d'emblée à la suite d'une opération faite à la hâte, séance tenante, avec des aides improvisés.

Persistance du trou de Botal; hystéro-épilepsie; sensibilité retardée.

Il a toujours été remarqué que l'adolescence est une période dangereuse pour les enfants dont le système circulatoire présente un vice de conformation tel que persistance du trou de Botal ou du canal artériel.

On dirait que les conditions de la vie changent à cette époque, qu'elles exigent plus d'activité dans les globules

pour suffire à un développement organique qui se perfectionne et se complète.

C'est une nouvelle étape dans l'évolution progressive d'un être qui, dans la vie intra-utérine, a été, d'abord, simple parasite, dépourvu de cœur et de sang, puis n'a reçu qu'un sang à peine oxygéné, et qui maintenant exige d'autant plus d'oxygène dans son liquide nutritif que la puberté commencera pour lui de nouvelles aptitudes et des fonctions nouvelles.

Souvent alors, ceux qui jusque-là supportaient bien les conséquences soit d'une lésion organique, soit d'une malformation du cœur, n'y résistent plus et succombent.

D'autres fois, quand le trouble de la circulation est moins profond, tout en continuant à vivre, ils ressentent plus péniblement l'affection dont ils sont atteints.

Tel fut le cas chez une malade du service de M. Peter, à la Charité, salle Sainte-Madeleine, n° 18, chez laquelle s'accrurent singulièrement, vers l'âge de l'adolescence, les oppressions, la gêne et le malaise résultant de la nature du sang lancé dans les artères.

Cette jeune fille présente, même au repos, comme signes d'une persistance du trou de Botal, outre un souffle sonore très marqué vers le côté gauche du sternum, se faisant entendre aux deux bruits, mais ne s'accompagnant d'aucun frémissement à la palpation, — ce qui s'explique très bien, vu l'épaisseur des parois du cœur, — une teinte violacée des bouts des doigts et une déformation des ongles, élargis et courbés en voûte comme dans les périodes avancées des phthisies lentes.

C'est tout ce qu'on remarque quand elle est dans son lit. Elle paraît d'ailleurs bien constituée, comme une paysanne robuste. Elle est grande, a la poitrine large, les membres forts et le visage d'un rose foncé quand elle est calme et immobile. Mais si on la fait marcher un peu, si surtout on lui fait monter un escalier, ou si on lui demande de courir, le rose de ses joues fait bientôt place à une teinte d'un bleu violacé, telle que celle du bout des doigts; la circulation devient tumultueuse, l'oppression extrême, et le mélange d'un sang veineux avec le sang rouge des artères ne peut plus faire l'ombre d'un doute.

Or, à ce qu'elle raconte, jusqu'à l'âge de dix ans, elle était bien moins oppressée quand elle voulait hâter la marche; et, bien qu'elle le fût un peu quand elle montait les escaliers ou quand elle courait, elle n'était pas obligée, comme à présent, de s'arrêter au bout de quelques secondes pour reprendre haleine, et elle agissait à peu près comme les enfants de son âge dont la santé n'était pas troublée.

Ce n'est qu'à partir de dix ans qu'elle est devenue incapable de suivre les jeux de ses compagnes. Elle s'enrhumait facilement, et le moindre rhume devenait pour elle une maladie grave, car il s'accompagnait d'étouffements très pénibles. Du reste, il y avait toujours un peu d'oppression.

Sur ces entrefaites, cette jeune fille eut, coup sur coup, de grands chagrins; elle vit mourir en quelques mois une sœur qu'elle aimait beaucoup, puis le mari de cette sœur, puis une tante, puis un grand-père. Elle devint très nerveuse; et, vers l'âge de treize ans, elle commença à être sujette à de grandes attaques d'hystéro-épilepsie qui se renouvellent de temps en temps depuis cette époque.

A une exploration rapide, on trouve, du côté droit, une hémi-anesthésie très exactement limitée par la ligne médiane et sur la nature de laquelle nous allons avoir à insister.

Pour en revenir à ce qui concerne directement la circulation, il peut paraître d'abord étrange que cette jeune fille ne prenne qu'après des mouvements un peu rapides ou un peu forcés le teint bleuâtre qui est la marque de la présence du sang noir dans le système artériel. Souvent en effet cette teinte bleuâtre habituelle, caractéristique, est ce qui révèle au premier coup d'œil la persistance du trou de Botal.

On dirait donc que la circulation s'accomplit chez elle d'une façon presque normale, lorsqu'elle est lente; et que le mélange du sang noir avec le sang rouge ne s'effectue en proportion un peu notable que quand elle devient plus rapide. C'est effectivement là ce qui doit avoir lieu.

Quand il n'arrive que peu de sang à la fois aux deux oreillettes, ce sang tombe directement de chaque côté dans le ventricule correspondant durant la diastole; il n'y a nulle part de trop-plein, d'encombrement, et par conséquent de raison pour que le liquide, n'obéissant plus simplement aux lois de pesanteur, aille chercher une voie latérale entre une oreillette et sa congénère également remplie.

Mais après un mouvement rapide ou durant l'effort, la masse de sang qui vient affluer vers l'oreillette gauche devient beaucoup plus considérable que celle qui pénètre au même instant dans l'oreillette droite. En effet, tandis que les muscles, par leurs mouvements de relâchement et de contraction répétés, poussent la masse du sang qu'ils renferment, comme autant de cœurs supplémentaires, et remplissent les veines qui aboutissent à l'oreillette droite, y accroissant la pression sanguine, le sang qui du ventricule droit doit traverser le tissu pulmonaire pour aboutir à l'oreillette gauche est loin d'être aidé dans sa marche d'une manière aussi efficace, aussi puissante. Il se fait donc un vide relatif dans l'oreillette gauche, la pression se trouvant moins forte dans le système veineux pulmonaire que dans le système veineux de la grande circulation.

Or, toute différence de pression se traduit toujours par un courant entre deux masses liquides communiquant entre elles. Le sang noir, poussé par les muscles, en pénétrant dans l'oreillette droite, rencontre le trou de Botal et se précipite dans l'oreillette gauche que le sang rouge remplissait moins. Plus les mouvements accélérés se prolongent, plus l'encombrement du système veineux à sang noir s'accentue, plus les pressions intra-auriculaires sont loin de se faire équilibre, plus le ventricule gauche reçoit de sang chargé d'acide carbonique et en lance dans les artères.

C'est l'équilibre qui se rétablit dans les périodes de repos qui a permis à cette malade de se développer d'une manière à peu près normale. En effet, durant le repos, le sang artériel est presque pur et la nutrition des tissus, leur oxygénation, n'éprouvent aucun obstacle. Cependant l'extrémité des doigts est épaissie et un peu bleuâtre, les ongles sont recourbés en avant, ce qui prouve que cet équilibre de pression entre les cavités correspondantes du cœur ne doit pas être d'habitude absolument parfait, comme on pourrait le croire d'après le teint du visage.

Nous avons dit que, chez cette malade, existait une anesthésie apparente très exactement limitée à la moitié droite du corps et se rattachant à la même cause que les grandes attaques d'hystéro-épilepsie.

Comme chez toutes les hystériques que nous avons examinées, et c'est là un point qu'il importe de mettre nettement en lumière, cette anesthésie apparente ne représente point une paralysie vraie, mais un simple retard de la sensibilité.

Quand on prolonge les excitations, elles sont perçues au bout d'un temps qui varie suivant les régions, mais qui est loin d'égaler chez cette jeune fille les retards constatés par nous chez beaucoup d'autres hystériques.

Sur les avant-bras et sur les jambes, par un pincement continu, on éveille une sensation au bout d'une trentaine de secondes; sur les cuisses et les avant-bras, au bout d'une vingtaine de secondes; sur l'abdomen, sur la poitrine, sur le cou, le retard varie entre quinze et cinq secondes, diminuant d'autant plus qu'on se rapproche davantage de la ligne médiane.

Comme dans l'ataxie locomotrice, entre les régions où ce retard est considérable et celles où le retard est faible, il y a en outre une autre distinction à faire. Tandis qu'une excitation courte et passagère n'est définitivement pas perçue dans les premières régions, elle l'est tardivement, après sa cessation, dans les dernières.

Nous nous en sommes assuré en rayant la peau d'un rapide coup d'ongle. Ce coup d'ongle n'était nulle part senti sur la moitié droite du corps au moment même où il était donné; mais la sensation en arrivait après quelques secondes de retard sur les points où l'on aurait pu exciter une sensation après un retard à peu près égal en prolongeant les excitations.

Pour ces dernières recherches, la piqûre d'une épingle nous a paru très insuffisante. Pour qu'elle finisse par être perçue sans qu'on la renouvelle, il faut que le retard de la sensibilité ne dépasse guère quatre ou cinq secondes. Au contraire, le coup d'ongle obliquement donné en appuyant fort est encore perçu après des retards beaucoup plus longs.

Ce fait est d'une grande importance, car il démontre que c'est bien en réalité, dès le début, à un phénomène de sensibilité retardée qu'on a affaire, et non à une paralysie proprement dite et d'abord complète, qui serait susceptible de disparaître sous l'influence des excitations.

Il est très vrai que les excitations répétées, comme les aimants, comme la suggestion, etc., peuvent rendre plus rapide cette sensibilité ralentie et pour ainsi dire engourdie; mais précisément c'est encore là une différence capitale avec une paralysie vraie, sur laquelle de tels moyens n'auraient pas de prise.

S'il est possible de ranimer le feu qui couve sous la cendre, c'est bien en vain qu'on soufflerait sur des charbons complètement éteints.

L'état sanitaire à Avignon et à Arles relativement au choléra.

La communication de M. de Villiers à la dernière séance de l'Académie de médecine sur les cas de choléra observés à Avignon, à Arles, etc., avait éveillé des inquiétudes qui faisaient désirer des informations détaillées et précises. Nous remercions vivement les savants et aimables confrères qui nous les donnent.

Voici d'abord la première lettre que nous avons reçue sur ce sujet : celle de M. le docteur Villars, médecin en chef de l'hôpital d'Avignon :

« Jusqu'à ce jour 19 août au soir nous n'avons pas de choléra à Avignon.

Ce qui peut avoir donné lieu à la nouvelle d'une invasion du choléra dans notre ville, ce sont les faits suivants que j'ai indiqués moi-même à M. le docteur de Villiers, médecin en chef de la Compagnie des chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée, de passage à Avignon le 10 août.

Un vieillard indigent, âgé de soixante-seize ans, arrivant de Marseille, est reçu à l'hôpital de notre ville le 9 août au soir avec le diagnostic de choléra, et il meurt dans la nuit.

Le 10 août, un jeune homme maladif venant d'Aix quelques jours auparavant est atteint de cholérine très grave ; il est en bon état aujourd'hui.

Enfin, une pensionnaire dans un couvent de la ville meurt en quelques heures avec certains symptômes de choléra.

Ces trois cas isolés ne sont pas suffisants pour indiquer l'invasion du choléra dans une ville.

Espérons que ces cas resteront toujours isolés et que nous échapperons encore à l'épidémie comme l'an dernier. »

M. le docteur L. Munier parle également de cet homme arrivé de Marseille et mort le même jour à minuit à l'hôpital d'Avignon. Puis il ajoute :

« La chambre d'auberge dans laquelle il avait passé huit heures environ a été, par les soins de la police, désinfectée, et depuis lors rien n'a été observé de suspect ni dans la maison, ni dans le quartier, ni dans aucun point de la ville. — L'état sanitaire de la ville d'Avignon ne laisse absolument rien à désirer. »

De son côté, M. le docteur Briolle insiste sur ce point : qu'entre le voyageur arrivant de Marseille et la malade qui succomba dans un couvent du Bon-Pasteur d'Avignon, il n'y avait eu aucun rapport bien établi. Puis il continue en ces termes :

« Depuis, notre état sanitaire continue à être satisfaisant; la moyenne des décès est inférieure au chiffre normal. Par contre, il meurt bien des enfants (de six mois à dix-huit mois, de un à cinq par jour); mais c'est là la moyenne habituelle. Toutes les années, à pareille époque, les chaleurs de l'été sont funestes à tous les enfants qui ne vivent pas dans de bonnes conditions hygiéniques ou mieux qui manquent de soins intelligents. Cette année, l'été est sec, la chaleur est extrême; néanmoins, notre intervention est presque toujours salutaire quand elle est réclamée en temps opportun. Quant aux adultes, mon observation *personnelle* me permet d'assurer que la constitution médicale est excellente. L'année passée, à pareille époque, nous n'avons pas été frappés, mais nous avons été menacés. Le choléra était dans l'air. Les diarrhées, les dysenteries, les vomissements, les crampes étaient fréquentes, sans terminaison fatale, il faut l'avouer; mais quelques degrés de plus, et l'épidémie éclatait. Cette année, rien de tout cela. Prend-on plus de précautions? Non. Est-on moins affolé? Oui. Nous ne *flairons* pas le fléau, rien de *prémonitoire*. La population est même indifférente à ce qui peut se passer à Marseille. Du reste, malgré le chemin de fer, Marseille nous paraît éloigné. C'est qu'entre Marseille et Avignon se trouve une ville privilégiée, Arles, où le choléra paraît se complaire. Si quelques cas étaient signalés à Arles, nous aurions certainement une panique quelconque; nous serions encore soutenus par cette idée qu'à Arles les conditions hygiéniques sont défectueuses, tandis qu'à Avignon, sans être toutefois excellentes, elles sont bien meilleures. Sans parler du vent, dont la tradition a consacré le rôle préservatif, nous avons entre autres choses une eau abondante et d'excellente qualité.

Force m'est d'avouer que l'année dernière il y a eu quelques cas isolés de choléra. J'en ai observé un qui m'a paru caractéristique. Deux faits m'ont frappé : d'abord ils sont nés sur place, je ne puis qu'admettre la spontanéité, par exemple : chez un garde qui habitait la montagne, à 5 kilomètres de la ville où il n'avait fait aucune apparition depuis au moins quinze jours. Ensuite les cas, très rares, qui ont été dûment et sciemment importés sont tous restés isolés. Je me rappelle un Arlésien qui vint mourir à Avignon dans un hôtel.

Le lendemain, un garçon de l'hôtel est amené à l'hôpital avec des symptômes alarmants. Voilà la traînée de poudre, me disait un administrateur de l'hôpital, le feu va éclater. Je ne dis rien, mais je n'étais pas rassuré. Eh bien! le garçon guérit. Il n'y eut pas de suites nouvelles. Les cas spontanés et isolés n'ont pas allumé un foyer cholérigène : et Avignon a été l'année dernière, en dépit de certaines protestations, indemne de l'épidémie cholérique. Les mesures prophylactiques y ont-elles contribué dans une certaine mesure? elles ont toutes leur raison d'être, même les plus insignifiantes ; et puis je n'ai rien à en dire. . . . .

Avons-nous le choléra dans Avignon? Non, certes non. Le choléra infantile fait quelques victimes comme toutes les années ; les adultes sont peut-être moins indisposés que les dernières années, l'année dernière *à fortiori* étant exceptée.

Aurons-nous plus tard le choléra? Si difficile, si téméraire qu'il soit de répondre à cette question, il est permis cependant d'affirmer que nous ne nous sentons pas menacés et que, probablement, maintenant que les nuits sont plus longues, si, surtout, quelque pluie venait empêcher le rayonnement de la chaleur qui se dégage du sol, il n'y a aucune raison pour que la constitution médicale change de fond en comble pour nous frapper. »

En ce qui touche Arles, M. le docteur Gay, maire de cette ville, nous écrit :

« Je puis affirmer, sans crainte d'être démenti, qu'il n'y a eu qu'un seul cas de choléra dans Arles, et encore s'est-il produit dans des circonstances toutes particulières, et les voici :

Une femme, venant de Marseille, arrive à Arles, dans une maison de tolérance, le 11 août, à huit heures du soir. Le 12, elle est prise, à *quatre heures du matin,* de symptômes cholériques, et le médecin, qui la voit dans la matinée, la fait conduire à l'hôpital. Elle y est restée jusqu'au 18 et elle a succombé à quatre heures de l'après-midi, au sixième jour de sa maladie, à la suite d'un état congestif du cerveau.

Ce cas de choléra n'a pas eu de conséquences. Grâce aux mesures de désinfection prises à la maison où était descendue cette femme et à l'hôpital, il n'y a pas eu de contagion. Aucun nouveau cas ne s'est produit, et il y a près de dix jours de cette atteinte.

Je puis vous donner l'assurance que nous n'avons eu aucune autre manifestation cholérique. Comme toutes les années, nous avons constaté quelques indispositions graves des voies digestives, quelques cholérines, mais pas suivies de mort, et même guérissant très vite.

En un mot, la santé publique est excellente à Arles ; la mortalité est inférieure à la moyenne dans cette saison.

Dans le reste de l'arrondissement, bien peu de cas à signaler. Une commune seule, voisine d'Arles (24 kilomètres), Mouriès, de 2,200 habitants, a été atteinte.

Depuis le 29 juillet, elle a eu 7 cas de choléra, dont 5 décès. On m'a signalé aussi un décès à Saint-Remy, chef-lieu de canton à 25 kilomètres d'Arles ; mais ce cas serait resté isolé. »

Les informations que nous fournit, d'une autre part, M. le docteur Tardieu, sont absolument concordantes :

« La situation de notre ville est excellente. Nous n'avons eu jusqu'à présent aucun cas de choléra dans la population arlésienne. Il n'y a eu qu'un décès à l'hôpital : c'est une femme soumise arrivant de Marseille.

Elle était arrivée à peine quelques heures avant la manifestation des symptômes. Ce cas est resté complètement isolé.

Maintenant, la mortalité est grande chez les enfants atteints de gastro-entérite (choléra infantilis). Toutes les années cela existe. »

MM. les docteurs Blanc et G. Taulier, dont les lettres nous arrivent au moment de mettre sous presse, confirment les renseignements qui précèdent sur l'état sanitaire d'Avignon.

Squirrhe des deux seins ; amputation des deux seins le même jour.

Il y a en ce moment dans le service de M. Després, à l'hôpital de la Charité, deux malades dont l'histoire, qu'il nous communique, mérite de n'être pas passée sous silence.

La première malade occupe le n° 13 de la salle Sainte-Rose. M. Després (sans se préoccuper d'un érysipèle ambulant situé au lit n° 7) lui a enlevé le même jour les deux seins. Aujourd'hui la malade est en voie de guérison ; une des deux plaies est cicatrisée et l'autre le sera sous peu de jours.

Il s'agit d'une femme B..., cinquante-six ans, entrée le 10 avril 1885 avec une récidive énorme d'un sarcome de la région mammaire, opéré déjà deux fois, il y a huit ans la première fois, il y a deux ans la seconde. La tumeur était située au-dessus de la mamelle, cette fois encore : le néoplasme récidivé avait le volume d'une tête d'enfant à terme et adhérait au muscle grand pectoral. Lorsque M. Després reprit son service après la maladie qui l'en avait éloigné, il retrouva cette malade et il constata que le mamelon du sein droit était rétracté et qu'il y avait une tumeur profonde dans ce sein.

Comme la malade, d'ailleurs très grasse, avait un bon aspect, et comme toutes ses fonctions s'effectuaient régulièrement, le chirurgien proposa à la malade l'ablation simultanée des deux seins, opération qui fut acceptée. Le 17 juin, M. Després, après avoir chloroformé la malade, pratiqua séance tenante les deux opérations.

La tumeur récidivée à gauche, qui était plus grosse que le sein droit et était adhérente au muscle, exigea une large ablation et une dissection profonde d'un ganglion axillaire ; il y eut un peu de sang perdu malgré la rapidité des ligatures. Néanmoins l'opération fut commencée à droite. Comme c'était une mamelle à laquelle il n'avait pas été touché, il fut aisé d'enlever rapidement tout le sein et de pratiquer les trois ligatures importantes.

Les deux plaies séparées par un pont de peau de 4 centimètres avaient 30 centimètres de long chaque, et une largeur de plus de 20 centimètres. M. Després a fait un point de suture à droite pour diminuer l'étendue de la plaie sur la ligne médiane, et a pansé les deux plaies avec de la charpie trempée dans l'eau alcoolisée, le tout recouvert d'un linge troué enduit de cérat (pansement appliqué par M. Després,

on le sait, pour toutes les plaies avec perte de substance). Le pansement fut renouvelé tous les jours, sans toucher au gâteau de charpie placé à même la plaie. Le neuvième jour seulement ce gâteau est tombé et la plaie commença à bourgeonner et à suppurer régulièrement, sans aucun accident de quelque nature que ce soit.

Aujourd'hui, deux mois après l'opération, la malade se lève, a repris toute sa santé ; il ne reste plus qu'un petit point de la plaie gauche à cicatriser.

La seule particularité à noter à la suite de ce grand traumatisme, c'est que, malgré l'appétit relatif et le sommeil, dès les premiers jours après l'opération, la malade a eu pendant quatorze jours une température élevée à 39 degrés le matin et 39°,4 le soir, mais cela régulièrement comme la température normale, sauf qu'il y avait 2 degrés de plus. M. Després attribue ce fait à l'étendue de la suppuration, car il a observé chose semblable chez les brûlés qui avaient de larges surfaces en suppuration.

Bout de sonde d'argent dans la vessie, extraction avec le brise-pierre à cuiller.

La seconde malade est encore cette hystérique dont il a été déjà deux fois question dans la *Gazette des hôpitaux* (1885, p. 521).

Sondée avec la sonde de femme de trousse (sonde articulée près du bout, ainsi que l'on sait), le bout de la sonde, mal fixé, resta dans la vessie. Le lendemain à la visite, quatorze heures après l'accident, M. Després procéda à l'extraction. La malade, placée dans la position de l'examen au spéculum, fut sondée avec la sonde d'homme ainsi que le conseillait Velpeau. Le corps étranger fut senti nettement. Le toucher vaginal pratiqué permit également de sentir le bout de sonde dont la longueur parut un peu plus grande que celle des bouts de sondes ordinaires.

Séance tenante, et sans chercher d'instruments spéciaux, M. Després prit un brise-pierre à cuiller, le n° 2, et l'introduisit dans la vessie; il toucha immédiatement le corps étranger et le chargea. Cela fait, il serra fortement la branche mâle sur la branche femelle par la pression de la main et tira. L'instrument fut arrêté un instant au col de la vessie, puis tout vint. Le bout de sonde, long de 5 centimètres, était engagé et serré dans la cuiller, suivant le prolongement de l'axe de l'instrument; il s'était ainsi placé au passage du col de la vessie.

M. Després a fortement insisté auprès de ses élèves pour les engager, dans les cas semblables, à recourir d'emblée à ce lithotriteur pour tous les corps étrangers de la vessie chez la femme, excepté les épingles à cheveux pour lesquelles il n'y a qu'un bon instrument, le crochet engainé de M. Courty (de Montpellier).

Chez cette malade, la rapidité de l'extraction a permis de manœuvrer peu de temps dans la vessie, et c'est pour cela qu'il ne survint ni fièvre ni accident d'aucune sorte.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

L'amputation de Chopart.

Par M. le docteur E. Sonrier, médecin principal en retraite.

Si certains faits complexes ont besoin, pour entraîner la conviction, d'être appuyés sur de nombreuses observations, la désarticulation de Chopart, comparée à l'amputation sous-astragalienne ou même de la jambe, présente des avantages si évidents qu'il serait presque inutile de démontrer sa prééminence sur les autres procédés opératoires. Cependant c'est encore aujourd'hui une question bien controversée qui divise les chirurgiens sur l'opportunité des moyens employés et qui est loin d'être résolue.

Ceux qui, avec Villermé, Dupuytren et Malgaigne, la rejettent, signalent la fréquence des déviations, l'insuffisance des appareils prothétiques pour les prévenir ou pour les combattre, et font valoir les avantages d'autres amputations, moins dangereuses et plus sûres dans leurs résultats. Chacun envisage les faits sous l'optique de ses prédilections; et, tout récemment encore, M. Léon Le Fort a présenté, dans la *Gazette des hôpitaux* du 23 juillet, quelques considérations avec des conclusions qui ne tendraient rien moins qu'à la rejeter.

Mais, avant d'exposer les faits, examinons quels sont les accidents qu'on invoque, les griefs qu'on lui impute, pour frapper d'un tel ostracisme une opération qui nous semble si rationnelle.

L'amputation médio-tarsienne, en enlevant les points d'appui antérieurs du pied, expose le moignon à toutes sortes de dangers : en effet, l'astragale et le calcanéum, n'étant plus soutenus, tombent dans le vide, s'inclinent vers le sol et produisent fatalement l'équinisme.

D'un autre côté, cette déviation est encore favorisée par l'action puissante du tendon d'Achille qui fait remonter le talon et qui n'est plus combattue par les efforts des fléchisseurs dont les insertions coupées ne peuvent plus relever le pied comme dans l'amputation de Lisfranc, et rétablir l'équilibre.

Quelles sont donc les indications à remplir pour obvier à ces graves inconvénients, pour conjurer ces dangers? Car on a signalé l'ulcération de la cicatrice, la carie des os, des douleurs atroces, accidents qui ont nécessité plus tard soit la section du tendon d'Achille, soit même l'amputation de la jambe.

Le but à atteindre est de maintenir le pied dans l'horizontalité, à angle droit sur la jambe, et de le fixer dans cette position, en rendant aux fléchisseurs leur action annihilée et en leur faisant contracter des adhérences dans le tissu de la cicatrice.

Ceci est une question de médecine opératoire et surtout de pansement :

1° Pour obtenir ce résultat, il faut tailler un lambeau qui s'étende jusqu'à la rainure digito-plantaire, de manière à reporter la cicatrice sur la face dorsale du pied au-dessus de la ligne de froissement.

2° Réunir par des points de suture soutenus par des bandelettes de canevas collodioné.

3° Relever et retenir le pied dans l'horizontalité au moyen de bandelettes, dont le plein est appliqué sur le bord du moignon et les extrémités solidement fixées au-dessus du mollet.

4° Hâter la cicatrisation, afin de permettre aux tendons coupés de contracter rapidement des adhérences dans leurs gaines enflammées, de se souder en quelque sorte dans cette gangue fibroïde diffuse de la cicatrice, qui, en leur servant d'insertion, rétablira l'équilibre détruit et maintiendra définitivement le pied dans cette attitude.

L'ankylose serait même à désirer; et, pour l'obtenir, on pourrait employer le bandage inamovible avec fenêtre antérieure pour l'écoulement de la suppuration.

Ce mode de traitement, que nous préconisons, nous l'avons employé, toujours avec succès : guérison rapide et résultat qui a dépassé nos espérances et fait l'admiration de nos confrères. Notre dernier amputé, il y a sept ans (voir *Gazette des hôpitaux*, n° 122, 1880), a toujours très bien marché, sans douleur, sans claudication, sans fatigues, faisant, comme cultivateur, plusieurs kilomètres par jour. Le moignon, doublé d'un coussinet graisseux solide, est à angle droit sur la jambe, la cicatrice se trouve à 1 centimètre et demi au-dessus de la ligne de froissement; pas d'ankylose, il fait même mouvoir le moignon, ce qui indique que les tendons du jambier antérieur et des fléchisseurs sont solidement fixés dans le tissu cicatriciel de la région dorsale et maintiennent le pied dans cette attitude. Il marche exclusivement sur le calcanéum.

Une particularité à signaler, c'est qu'après sept ans, il sent toujours, surtout par les temps orageux, des douleurs très distinctes aux orteils; il se plaint de souffrir d'un pied qu'il n'a plus et qui ne lui rend aucun service.

En résumé, d'après les considérations appuyées sur des résultats très satisfaisants, l'amputation de Chopart, pratiquée d'après le procédé indiqué et traitée par les moyens contentifs que nous avons décrits, doit être conservée et préférée aux autres opérations faites sur le pied, parce qu'elle ne donne lieu ni au raccourcissement ni à la claudication, et n'expose à aucun des accidents signalés par les auteurs, et que, en définitive, elle est moins dangereuse.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LII

Le bruit du départ du quartier général pour Montpellier me décide à prendre les devants, avec le consentement de mon chef. Arrivé à Montpellier le 28 avril, j'acceptai chez mon ami Bouchet une hospitalité cordialement offerte. Je retrouvai encore avec bonheur le Nestor des botanistes français, l'illustre Gouan, le contemporain et le correspondant de Linnée; je revis aussi le professeur de Candolle, qui me fit l'accueil le plus amical.

A Montpellier, comme à Narbonne, l'enthousiasme populaire se manifestait par de grandes réjouissances publiques : danses, farandoles, chansons, emblèmes, illuminations, bals, folies de toutes sortes.

Le 9 mai, j'apprends que le quartier général, au lieu de venir à Montpellier, va se porter vers Toulouse.

10 mai. — Mon intention bien arrêtée étant de quitter le service militaire pour revenir auprès de ma famille, je repars pour Narbonne et je réduis mes bagages à leur plus simple expression. Avant le départ pour Carcassonne, je prends congé du docteur Pech, vénérable vieillard, disciple de Sauvages, ami de Gouan, médecin très instruit, naturaliste aussi savant que modeste. Il possède un riche herbier, un coquillier précieux, des fossiles, une bibliothèque qui honore ses connaissances et son goût, et un petit jardin où il cultive lui-même plusieurs végétaux rares.

1er juin. — Je reçois l'avis de mon licenciement de l'armée. Nous demeurâmes quinze jours à Carcassonne; j'étais logé chez M. Marianne, riche fabricant de draps. C'est à Carcassonne que je fis la connaissance de plusieurs médecins militaires qui revenaient de l'armée d'Espagne, et en particulier du célèbre Broussais.

2 juin. — Excursion botanique aux environs de Carcassonne. A quatre heures du matin, je pars avec mon confrère et compatriote J..., pour excursionner dans les montagnes de l'Orbiel; nous passons à Conques, assez grand village situé sur les bords de cette rivière, et qu'avoisine une jolie culture; puis nous prenons le chemin de Las Tours pour gagner les coteaux et les montagnes qui abondent en plantes australes et subalpines. Le terrain est schisteux, et, dans plusieurs endroits, on observe la pierre à nummulites comme à Girone. Le village de Las Tours, où nous arrivons accablés de sueur et de faim, a une physionomie spéciale que lui donnent sa situation sur l'escarpement d'un ravin, ses maisons, de la même couleur que ses rochers et très distantes les unes des autres, et les cascades qui mugissent dans cette enceinte sauvage. Les tours du château de Fleur-d'Épine surmontent les rochers de l'autre rive. Nous cherchons vainement un cabaret et nous sommes forcés de nous désaltérer à l'eau du torrent. Nous oublions un moment notre appétit en observant les blocs amoncelés qui semblent menacer le village d'un effroyable cataclysme. Nous dûmes enfin chercher la nourriture de la bête dans une ferme assez éloignée, où nous savourâmes une copieuse soupe à l'ail. Nous descendîmes au bord de l'Orbiel, et, sur les rochers qui l'encaissent, nous fîmes une ample moisson botanique. Cette contrée offre des dispositions très différentes quant à la température; sur plusieurs collines il y a de belles plantations d'oliviers. Ce sont peut-être les premiers que l'on rencontre, au moins productifs, en allant de l'ouest vers l'est. Nous rentrâmes en ville après quatorze heures de marche presque continue sous un soleil des plus ardents.

Bouquet des bords de l'Orbiel.

Lavandula stœchas.	Geum Tournefortii?
Cistus albidus.	Coronilla emerus.
— monspeliensis.	— minima.
Helianthemum caudicans.	Cytisus sessilifolius.
— fumana.	Genista hispanica.
— glutinosum.	— scorpius.
Prunus malsaleb.	Spartium jussieum.
Thlaspi hirtum.	Abyssum spinosum.
Potentilla hirta.	Biscutella lævigata.
Saponaria ocymoides.	Sideritis tomentosa.
Silene glutinosa.	Daphnethymelea?
Plantago serpentine.	Lithospermum fruticosum.
Chrysanthemum sp. n.?	

Un *cactus* que je crois être le *repens* végète à l'air libre sur les rochers de Las Tours. Je fus très surpris de rencontrer dans cette course la *Mygale calcarata,* sorte d'araignée que j'avais cru jusqu'alors exclusivement propre aux contrées les plus chaudes de l'Espagne.

UN MOT SUR CARCASSONNE.

Ce chef-lieu du département de l'Aude est une fort jolie ville, bien bâtie, supérieurement percée, entourée de belles promenades, ayant une campagne bien cultivée, plusieurs manufactures de draps, un établissement magnifique pour la filature de la laine, une population de 15000 âmes.

La rivière l'Aude la divise en cité et en ville basse. La cité est l'ancienne Carcassonne, située sur un mamelon, du côté de la rive droite de l'Aude, et entourée d'une double enceinte de fortifications. Celles-ci, construites avant la découverte des armes à feu, offrent des murailles hautes et solides, de vastes tours avec de grandes embrasures, des fossés profonds, des chemins couverts; elles semblent avoir servi de modèle à nos places de guerre modernes et on assure qu'il n'y en a pas en France de mieux conservées que celles de cette vieille cité du moyen âge. Elles méritent d'être l'objet d'une conservation plus soigneuse au point de vue de l'archéologie militaire; on y trouve aussi quelques restes d'antiquités romaines.

La ville basse, toute moderne, est carrée et formée de rues tirées au cordeau; le canal du Languedoc passe à cent pas de la promenade. Il y a plusieurs ponts remarquables; en particulier, le *pont rouge*, à une demi-lieue de la ville, construit en grandes pierres de grès.

10 juin. — Course au bassin de Saint-Ferréol.

Lors de mon itinéraire de 1806, je n'avais pas pu visiter le bassin de Saint-Ferréol. De Castelnaudary, je partis *pedibus*... avec J., prenant la traverse par le village de Vaudreuil. Ce fameux bassin, origine de la rigole qui alimente le canal du Languedoc, est une vaste dépression naturelle qui reçoit les eaux des collines et des montagnes environnantes. Son côté le plus déclive est appuyé par un mur solidement construit qui a 60 pieds de hauteur; son trop-plein s'échappe dans la rigole par de belles cascades. Précédés du concierge qui était armé d'une torche et d'une lanterne, nous descendons dans les conduits voûtés où sont les canaux de dégorgement et nous allons jusqu'aux écluses pour voir les énormes robinets qui ont dix pouces de diamètre. Nous dînons à Revel, fort jolie ville, à une demi-lieue de Saint-Ferréol, précédée de belles avenues d'ormeaux et placée au milieu d'une campagne des plus fertiles et des plus riantes du Languedoc.

20 juin. — A Toulouse, mes confrères voulaient me retenir dans

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 août 1885.

la médecine militaire; de Paris, on me proposait une chaire honorable et lucrative. Je déclinai ces instances et ces offres; je préférai rentrer dans mes pénates et vivre sans ambition avec mes chères collections et la clientèle léguée par mon père dont la mémoire était vénérée de tous mes concitoyens.

La vaillante armée d'Aragon fut définitivement licenciée à Toulouse... *Sic transit gloria mundi*... Je me séparai, les larmes aux yeux, de Rampont, de d'Esclaibes, de Bugeaud, mes intimes amis.

En consignant, au terme de ma campagne médico-militaire, une sorte de galerie biographique des notabilités que j'ai plus particulièrement connues à l'armée, je donne satisfaction à un besoin du cœur et à un sentiment de légitime amour-propre. Ces brèves notices, destinées à mourir en naissant ou à demeurer inédites, je les inscris comme souvenir privé; c'est une caresse de plume, qui se justifie à l'âge sénile que j'ai abordé depuis longtemps.

Mon butin de guerre pendant ma campagne presque septennale ne consista ni en caissons de quadruples, ni en lingots d'argent, ni en pierres précieuses, ni en tableaux de prix; j'ai récolté tout simplement des paquets de plantes et des boîtes d'insectes, dépouilles du sol espagnol, qu'on ne me disputa jamais et qui ne coûtèrent à personne ni une plainte ni une larme; j'oubliais de mentionner mon troisième trésor, mes manuscrits, le compte rendu de ma vie de médecin et de naturaliste.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le préfet de la Seine vient de prendre un arrêté aux termes duquel les élèves externes femmes qui rempliront les conditions déterminées par le règlement sur le service de santé seront admises à prendre part au concours de l'internat.

Les internes femmes seront soumises à toutes les règles d'ordre intérieur et de discipline qui concernent les internes hommes.

— *Hospices de Marseille.* — Un concours pour la nomination à sept places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le 3 novembre 1885, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. — Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de neuf heures à midi et de trois à cinq heures du soir, jusqu'au 25 octobre inclusivement.

Notes sur quelques cas de pleurésie chronique traités par les eaux du Mont-Dore, par le docteur PERCEPIED. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18236

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, 24 août 1885.

L'état sanitaire dans le Midi. — Le choléra de Salon et de Manosque.

Les lettres que nous avons publiées de MM. les docteurs Villars, Monier et Briolle, celles que nous avons reçues depuis de MM. les docteurs Taulier, Blanc, Carré, Yvaren, et sur lesquelles nous aurons à revenir, sont absolument rassurantes en ce qui touche l'état sanitaire actuel d'Avignon. Nous avons vu qu'il en était de même pour la ville d'Arles.

Malheureusement, les nouvelles que nous recevons de Salon et de Manosque, localités également désignées par M. de Villiers comme ayant présenté des cas de choléra, sont d'une tout autre nature.

M. le docteur Roque nous écrit de Salon, à la date du 20 août :

« Notre petite ville est, en effet, frappée depuis quelques jours par une épidémie cholérique d'une certaine gravité.

Salon est une commune du département des Bouches-du-Rhône, de 7,503 habitants, et qui occupe une superficie de 6,979 hectares. C'est une ville agricole, mais surtout commerçante, et de ce fait elle est en relations quotidiennes avec Marseille par ses voyageurs et par les marchandises qu'elle en reçoit. Quoique la ville soit assez riche, qu'elle ait de l'eau de source ou de rivière dans tous ses quartiers à discrétion, l'hygiène publique et l'hygiène privée y laissent fort à désirer. Peu de maisons possèdent des lieux d'aisances ; il n'y a pas de latrines publiques ; les fosses mobiles y sont rares ; la plupart des habitants jettent leurs déjections dans le ruisseau, dans la rue ou sur de la paille disposée *ad hoc* dans des cours attenantes aux habitations. Cependant il est juste de dire que depuis quelques jours le service de la voirie, par les soins de la municipalité, est très bien fait. Cet état de choses précité existe depuis un temps immémorial; ce ne sont donc pas ces conditions hygiéniques qui nous ont procuré le choléra cette année-ci; je conviens qu'elles ont dû servir de causes prédisposantes.

Quoi qu'il en soit, voici aussi exactement que possible quels ont été les antécédents et la marche de notre épidémie :

Depuis l'été de l'année dernière, pendant lequel nous avons eu dix cas cholériques et six décès, les affections du tube digestif étaient devenues très rares ; l'état sanitaire en général avait été jusqu'aux premiers jours du mois de juillet des plus satisfaisants. Mais à partir de cette époque, sous l'influence des fortes chaleurs (30 à 35°) et probablement de l'abus des fruits très abondants dans notre pays, les cas de diarrhée sont devenus très fréquents et il a été constaté plusieurs cholérines graves ; mais ces cholérines guérissaient rapidement, et après vingt-quatre heures il n'en restait pas de traces. Les choses étaient en cet état, lorsque dans la nuit du 5 au 6 août, deux heures après minuit, les habitants d'une maison sise au centre de la ville furent réveillés par les gémissements d'une locataire du troisième étage, femme âgée de soixante-dix-huit ans et très misérable. On la trouva couchée sur le carreau, sur une mince couche de paille, sans couvertures, au milieu de déjections de toutes sortes (vomissements et diarrhée). Un médecin, appelé dans la matinée du 6 août, constata les symptômes cholériques et la fit transporter à l'hôpital ; elle y mourut dans la journée à six heures du soir. Cette femme n'avait pas quitté Salon depuis longtemps et ne s'était pas trouvée en contact avec des émigrants marseillais.

Était-ce un premier cas de choléra indien, né sous l'influence de la revivification des miasmes de l'année dernière, ou un cas de simple cholérine aggravée par le manque de soins intelligents ? Dans la nuit du même jour, du 6 au 7 août, à quatre heures du matin, je fus appelé à donner mes soins à un voiturier arrivé de Marseille la veille, habitant une maison assez éloignée de celle qu'occupait la femme dont il est question ci-dessus, pris d'un choléra asiatique des plus caractérisés. Après deux jours d'algidité, il entra en réaction, et il est aujourd'hui complètement rétabli ; les 8, 9 et 10 août, il n'y eut pas de cas ; le 10 était un jour de foire pour Salon ; il y vint ce jour-là plusieurs courtiers de commerce de Marseille ; dans la soirée de ce jour et dans la nuit du 10 au 11, il se déclara, sur des points divers de la ville, quatre nouveaux cas de choléra, qui se terminèrent rapidement par la mort.

Dès ce jour l'épidémie était établie ; il y a chaque jour huit à neuf cas et six à sept décès. Quoique la population ait émigré en masse, la maladie conserve son intensité : en dix jours, du 11 au 20, nous avons eu environ soixante-dix cas graves et quarante-cinq décès.

Notre épidémie ne présente aucun caractère particulier; la plupart des malades meurent rapidement dans la période algide; quelques-uns en pleine réaction, avec des phénomènes congestifs cérébraux; le mal frappe indistinctement tous les quartiers de la ville; les personnes aisées comme les personnes pauvres; aucun âge n'est épargné. Comme dans les épidémies précédentes de cette nature, les personnes atteintes sont des gens maladifs, des imprudents et des peureux. Nous n'avons pas encore constaté le caractère contagieux de notre choléra. Malgré l'absence des précautions les plus élémentaires, il n'y a pas eu plus d'un cas dans chaque famille, et les personnes frappées n'avaient eu antérieurement aucuns rapports avec d'autres cholériques.

Presque tous les cas sont mortels; plusieurs de ceux qui ont échappé aux premières périodes sont encore dans un état tel qu'il y a à craindre pour eux une issue funeste.

Les moyens médicaux employés sont le bismuth, l'opium, le laudanum, l'acétate d'ammoniaque, l'éther; les injections sous-cutanées de morphine ou d'éther; mais tout cela sans résultat satisfaisant. Nous sommes impuissants.

Détail étrange, les quelques personnes qui ont échappé aux premiers dangers n'ont bu que de l'eau froide. »

Sur l'épidémie de Manosque, M. le docteur Villeprand nous communique les détails suivants :

« Le premier cas de choléra confirmé, à Manosque, est celui d'un charron, âgé de quarante-six ans, mort en quarante-huit heures, sans avoir quitté son atelier, ni avoir eu le moindre rapport avec Marseille ou un cholérique quelconque.

Quinze jours après, le 8 août, six décès cholériques (population de Manosque : 6,000 habitants). Le 9, quatre décès; et ainsi de suite jusqu'à ce jour 21 août où la totalité des décès par choléra est de quarante.

La mortalité ordinaire est, chez nous, de 1/2 par jour, c'est-à-dire de quinze par mois. Elle a été de 3 1/2 environ depuis le 8 courant.

A Volx, village à huit kilomètres de Manosque, il y a eu cinq cas, tous mortels; — à Villeneuve, éloignée de Volx de trois kilomètres, trois cas se sont déclarés, ces jours-ci, et ont entraîné la mort.

Les caractères de la maladie sont ceux du choléra asiatique, épidémique (et surtout contagieux, si l'on en juge par les faits que je vais vous faire connaître).

Diarrhée prémonitoire constante, ayant duré dix, six, quatre, deux, etc., jours avant l'apparition des vomissements, selles riziformes, crampes, anurie et refroidissement complet, promptement suivi de mort, aphonie, soif horrible, disparition du pouls, cyanose : rien n'y manque. Plusieurs fois la mort a eu lieu en une nuit. L'algidité s'est produite très vite. Dans certains cas les selles et les vomissements ont cessé assez tôt, mais le pouls n'en a pas moins continué à disparaître. — Deux seulement sont morts dans la période de réaction, après cinq ou six jours. Presque tous les cas, sauf une dizaine environ, ont été mortels.

Dans une famille, une enfant de cinq ans prise le matin, meurt le soir; son père est atteint, mais échappe. Un ami qui aide à habiller la petite morte est atteint, et succombe en dix heures. L'oncle de l'enfant, qui était là aussi et mangeait avec la famille, est atteint, et meurt. Sa femme est atteinte à son tour, et se sauve.

Un enfant de douze ans meurt du choléra. Sa mère y succombe trois jours après.

Un nommé B... est atteint, et meurt; son fils, âgé de trente ans, est frappé, et se sauve; mais sa mère est mortellement atteinte le lendemain.

A Volx, la mère et ses deux filles meurent, en une semaine.

A Villeneuve, c'est la mère et la fille.

Quant à la constitution médicale régnante, elle est aux flux intestinaux. On pourrait presque affirmer que tout le monde, ici, a eu ou a la diarrhée; depuis une quinzaine, on voit aussi quelques dyssenteries; mais ce qui domine tout, ce sont les troubles digestifs.

Cependant, le thermomètre ne s'est pas élevé beaucoup au-dessus de 28° ou 29°.

Il ne faudrait pas croire que la saison d'hiver ou de printemps ait été marquée par des états pathologiques pouvant laisser prévoir ce qui arrive. Il n'y avait rien à noter.

Je n'ai guère le temps de m'égarer dans les questions de doctrine, mais je ne puis m'empêcher de dire que l'importation m'échappe absolument. Il n'est pas venu à Manosque un Marseillais malade, ou l'ayant été. Nos cholériques sont surtout des gens de la classe pauvre et peu soigneux, se riant des précautions, des conseils. Il y a, au début de chaque cas, des fautes commises, et souvent on a appelé le germe, mais ce germe existait et, trouvant son terrain, il s'est développé. »

Rien de plus instructif que de tels récits d'une épidémie locale observée dès le debut et dans son ensemble. On trouve là des faits dont il faudra tenir le plus grand compte dans la discussion sur l'étiologie, le développement et la contagion du choléra.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

Végétations polypiformes de l'utérus.

Il y a sept ou huit jours, une femme est entrée dans notre service pour des hémorrhagies utérines. Elle a soixante-quatre ans et paraît assez bien portante. Ses antécédents personnels sont nuls ainsi que ses antécédents héréditaires. Ses père et mère sont morts subitement. Elle a deux sœurs qui vivent encore et jouissent d'une bonne santé; l'une d'elles a soixante-quatorze ans.

Elle a été réglée à seize ans seulement; elle s'est mariée à vingt-trois ans, elle a eu plusieurs enfants, et la menstruation s'est terminée à l'âge de cinquante ans, sans être précédée, accompagnée ou suivie d'aucun phénomène morbide.

C'est il y a quatre ans, à l'âge de soixante ans, qu'elle a eu une première hémorrhagie utérine. Celle-ci est survenue sans cause connue, elle a été assez abondante; elle n'a pas été douloureuse, mais elle a persisté pendant quelque temps avec une certaine intensité. Ce que voyant, elle est allée consulter un médecin de cet hôpital, M. Gallard, qui, d'après ce qu'elle nous rapporte, aurait constaté l'existence d'un polype utérin.

Entrée dans son service au mois d'octobre 1880, elle y subit une opération; laquelle? elle ne sait pas nous le dire. Néanmoins elle quitte l'hôpital au bout de quelque temps, grandement améliorée en ce sens qu'elle n'avait plus de pertes. Cet état persiste pendant sept ou huit mois, puis le sang reparaît peu à peu; les métrorrhagies s'accentuent de plus en plus, au point qu'elle revient à l'Hôtel-Dieu, mais, cette fois, dans mon service; il y a de cela quinze mois envi-

ron. M. Richelot, qui me remplaçait, examine la malade, diagnostique à son tour un polype de l'utérus et en pratique l'ablation, du moins au dire de cette femme.

Cependant la situation ne s'améliore pas; la malade continue à perdre un peu de sang. Elle rentre chez elle, y reste pendant plusieurs mois; mais, une hémorrhagie plus considérable se produisant, elle est venue nous consulter et a demandé à entrer dans nos salles, vivement désireuse d'une opération qui la débarrasse enfin, dit-elle, d'accidents trop souvent répétés.

En résumé, sauf de véritables hémorrhagies qui surviennent de temps en temps, il s'agit plutôt d'un suintement rouge, sanguinolent, ne portant avec lui d'autre odeur que celle du sang. La malade a très peu maigri, elle dort bien, elle ne souffre pas, l'appétit est bon, elle mange bien, de sorte que, à part l'écoulement du sang, elle paraît jouir d'une bonne santé. Le teint, d'ailleurs, n'offre rien de cachectique.

Si maintenant on l'examine, on trouve un ventre mou, flasque, qui permet facilement l'exploration des viscères par le palper abdominal. Mais celui-ci ne fournit aucun renseignement, non plus que le toucher vaginal par lequel on ne sent même pas l'utérus. Il n'en est pas de même du toucher rectal, par lequel on reconnaît un utérus peu volumineux et un peu en rétroversion. D'autre part, au moyen du spéculum, nous apercevons un col un peu allongé, non ulcéré, assez mince. De plus, on voit quelque chose de frangé faire saillie à travers le col. Ce quelque chose n'est autre que des végétations. La plus longue d'entre elles mesure 3 centimètres; elle est située à la partie antérieure; elle fait issue par l'ouverture du col, sans que l'on puisse trouver son point d'implantation. Les autres végétations sont plus petites. Quoi qu'il en soit, elles paraissent toutes provenir de l'intérieur du corps de l'utérus; elles ne sont pas lisses, mais frangées, irrégulières, assez dures, assez résistantes, non odorantes ni saignantes; leur couleur est assez foncée.

Enfin, dans le pli de l'aine, nous ne sentons, non plus que dans le petit bassin, le moindre ganglion.

Ceci dit, à quel diagnostic devons-nous nous arrêter? A quelque affection organique de mauvaise nature, épithélioma ou autre, ou bien à quelque affection non maligne, telle, par exemple, que des polypes folliculaires ou papilliformes?

J'écarterai immédiatement tout corps fibreux et toute affection franchement maligne, par cela seul que la maladie dure déjà depuis plus de quatre années, puisque la première hémorrhagie remonte au mois d'octobre 1880, par cela aussi qu'il n'existe ni ulcération ni mauvaise odeur, enfin parce que l'utérus n'est pas volumineux. Or nous savons qu'une affection maligne a des allures plus rapides, que l'odeur qu'elle entraîne avec elle est le plus souvent insupportable, qu'elle s'accompagne d'une augmentation de volume de l'utérus, etc. De plus, s'il s'agissait de quelque carcinome avec végétations sortant par le col, celles-ci seraient molles, se détacheraient avec la plus grande facilité par le toucher et donneraient lieu à des flots de sang. Ici nous n'avons rien de tout cela.

Serions-nous donc alors en présence d'un de ces polypes folliculaires si bien décrits autrefois par Huguier? Mais ils n'ont généralement pas l'aspect que la maladie revêt ici. Ils sont ordinairement pédiculés, lisses à la surface, couverts par une membrane d'enveloppe, donnant lieu à des hémorrhagies par tiraillement et à des contractions utérines qui s'accompagnent de douleurs expulsives. Ce n'est pas là ce que nous observons ici; le suintement sanguin provient directement des vaisseaux des végétations et non du fond de l'utérus.

En résumé, pour moi, je diagnostique des végétations polypiformes, naissant sur le col, toutes jeunes, ayant l'aspect de petites saillies plus ou moins nombreuses, les unes tendant à s'allonger et à sortir à travers l'orifice du col. Au microscope, on reconnaît que ces végétations sont constituées par un élément hypertrophique, que ce sont ce que l'on appelle des papillomes. Quant à leur nature, elle est à demi bénigne, à demi maligne.

Si on les enlève tout à fait, elles peuvent guérir définitivement; mais, malheureusement, quelques-unes de ces végétations peuvent échapper à l'opération. De là des accidents viscéraux entraînant, dans un laps de temps plus ou moins court, la mort des malades. Je pourrais vous citer l'observation, rapportée au congrès du Havre par M. Gallard, d'une malade, laquelle, à la suite d'une opération qui avait parfaitement réussi, parut tout à fait guérie; l'utérus était complètement fermé, la femme allait très bien, elle avait même engraissé, lorsque tout à coup, au bout de plusieurs années, il survint des phénomènes viscéraux résultant du développement de fongosités dans certains organes, et auxquels la malade succomba.

Chez notre malade, c'est un peu ce que je redoute dans l'avenir, et pourtant, en raison des accidents actuels, je ne crois pas devoir hésiter à l'opérer. Le procédé auquel j'aurai recours est l'abrasion, le grattage des végétations, que Récamier avait proposé autrefois et qui, plus tard et pendant longtemps, fut abandonné, jusqu'au moment où Marion Sims le remit en honneur après avoir changé la curette tranchante, dont se servait Récamier, pour la curette sans fond.

Lorsque les végétations ont ainsi été enlevées, j'introduis, au bout de deux ou trois jours, une longue flèche de chlorure de zinc pour détruire radicalement les dernières fongosités qui auraient pu m'échapper. Ce second temps est, à mes yeux, un complément indispensable de l'opération.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XIVe SESSION (1885).

Congrès de Grenoble (1).

II

Les sciences médicales ont été, comme les années précédentes, divisées en deux sections : 1° celles des sciences médicales proprement dites; 2° celle d'hygiène et de médecine publique (2). Le bureau de chacune d'elles a été constitué ainsi que nous l'avons indiqué dans notre numéro du 20 août.

COMMUNICATIONS

Sur les doctrines actuelles du choléra et les inoculations préventives. — L'une des plus importantes communications faites dans la section des sciences médicales est celle de M. CHAUVEAU. Elle a surtout pour but de nous faire connaître la vérité sur la valeur des inoculations préventives du docteur Ferran (de Tortose). En voici les conclusions :

(1) Voir le numéro des 15-18 août 1885.

(2) Dans le compte rendu des travaux que nous publions ici, nous maintenons ces deux sections confondues sous un seul et même titre comme l'année dernière.

1° Le tissu conjonctif sous-cutané constitue pour le virus cholérique un milieu peu favorable à la prolifération de l'agent pathogène et au développement d'une infection maligne ; ce tissu est par conséquent très propre à servir de porte d'entrée au virus pour la production d'une infection atténuée, capable de jouer un rôle préventif.

2° Le peu de ressemblance qui existe entre les caractères de cette infection rudimentaire et ceux du choléra vrai ne peut pas être invoqué pour nier, *a priori*, la nature cholérique des légers symptômes produits par l'inoculation et refuser tout fondement à la prétention de communiquer ainsi l'immunité contre la maladie naturelle.

L'efficacité de l'inoculation préventive est rendue probable par l'exemple de faits analogues aussi nombreux que bien établis, qui sont exploités avec le plus grand succès en médecine vétérinaire.

3° Dans les cas connus qui concernent surtout la péripneumonie et le charbon emphysémateux, l'infection virulente par les agents pathogènes proprement dits est indéniable et intervient seule pour faire naître l'immunité. Les matériaux solubles contenus dans la très minime quantité de liquide inoculé n'exercent pas d'action directe sur les résultats de l'inoculation. Il n'y a pas lieu de supposer que les ptomaïnes des bouillons de cultures cholériques jouent un rôle plus actif, malgré la quantité relativement grande de bouillon injecté dans les inoculations de M. Ferran.

4° L'immunité plus solide qui, d'après les statistiques de M. Ferran, serait conférée par une deuxième et surtout une troisième inoculation massive, ne prouve rien en faveur de cette intervention du poison soluble. Il est établi, en effet, dans la science, que la même culture atténuée, inoculée à diverses reprises en très petites quantités, augmente chaque fois l'immunité contre l'action du virus fort, grâce au multiple travail d'infection ébauchée résultant de l'inoculation.

5° La tolérance de l'organisme de l'homme pour les grandes masses de bouillon infectieux doit probablement s'expliquer, non seulement par les conditions défavorables du milieu dans lequel on fait pénétrer ce bouillon, mais encore par la faible activité virulente de celui-ci. Il est possible, en effet, que les cultures de comma-bacillus en bouillon stérilisé, faites dans les conditions ordinaires, soient naturellement atténuées. Rien ne serait plus facile s'il en était besoin, que de les atténuer davantage par le chauffage.

Le comma-bacillus appartient en effet à la catégorie des microbes pathogènes, dont l'activité est très bien modifiée par la chaleur.

6° La quantité de matière virulente à inoculer doit être réglée d'après l'activité de cette matière. Il est donc possible que les liquides de M. Ferran soient si peu actifs qu'il y ait nécessité à les injecter à la dose de 1 centimètre cube. Mais tout porte à croire que les inoculations seraient tout aussi efficaces, si elles étaient pratiquées seulement avec deux ou trois gouttes de liquide bien préparé.

7° Il y a peu de chances de créer des foyers d'infection par la pratique des inoculations préventives anti-cholériques, parce que les sujets inoculés ne sont pas dans les conditions favorables à la production et à la dissémination des germes malins.

8° Les données scientifiques actuelles autorisent donc, en principe, les tentatives d'inoculation préventive du choléra par l'injection de liquides de culture du bacille-virgule dans le tissu conjonctif sous-cutané.

Elles expliquent l'innocuité de ces inoculations.

Mais elles ne permettent pas d'en affirmer *a priori* l'efficacité. Des expériences comparatives rigoureuses sont nécessaires à cette démonstration.

9° De l'ensemble de cette étude, il résulte qu'il y a lieu de suivre avec intérêt les inoculations de M. Ferran, malgré le caractère peu scientifique de ses recherches antérieures et de sa pratique actuelle.

Il y a lieu aussi de contrôler les résultats qu'il a annoncés.

De l'hypnotisme employé comme traitement de l'aliénation mentale et des applications de la suggestion chez les aliénés et chez les nerveux. — M. AUGUSTE VOISIN fait connaître les résultats du traitement par l'hypnotisme et la suggestion dans certaines formes de l'aliénation mentale et chez quelques nerveux, c'est-à-dire chez les délirants partiels et non pas chez les déments. Son mémoire se termine par les conclusions suivantes :

a). L'hypnotisme produit un effet immédiat bien saillant : le sommeil et le calme, qu'aucun médicament ne peut amener d'une façon aussi complète, sans présenter de danger.

b). Il en résulte une série de phénomènes consécutifs, en tête desquels il faut placer la diminution et la suppression de l'habitude morbide.

c). L'hypnotisme permet d'employer la suggestion et d'amener, par son influence : 1° des modifications des idées, du caractère et des instincts ; 2° le retour aux travaux manuels et intellectuels ; 3° la cessation d'hallucinations et de conceptions délirantes ; 4° le rétablissement des fonctions organiques ; 5° la suppression de gastralgies et d'entéralgies ; 6° la possibilité, par conséquent, d'une alimentation régulière chez les aliénés et chez les nerveux qui se refusent à manger et, partant, la possibilité d'une bonne hygiène et ses conséquences favorables.

d). L'hypnotisme permet encore d'obtenir, de malades qui se refusent à rien dire qui puisse éclairer le médecin, des confidences lui permettant de connaître les causes et la pathogénie de leur affection nervoso-mentale et de donner des soins physiques et moraux mieux appropriés à leurs souffrances.

Traitement électrique de l'hématocèle péri-utérine par la galvano-puncture négative. — M. APOSTOLI fait, au nom de M. Doléris et en son propre nom, une communication dans laquelle il appelle surtout l'attention sur les indications sommaires qui doivent régler l'emploi méthodique et raisonné du courant de pile dans le traitement de l'hématocèle.

Ces indications sont les suivantes :

1° *Nature de l'intervention.* — C'est une ponction ordinaire suivie d'une *galvano-caustique-chimique*, qui devra toujours être *négative ;* on utilisera en effet les propriétés de l'escarre basique molle, non rétractile, qui, à la suite d'une perte de substance variable, donnera lieu à une fistule, laquelle se maintiendra pendant quelques jours.

2° *Le lieu de la ponction.* — C'est autant que possible au centre de la tumeur qu'il faudra créer la perte de substance, en apportant tous ses soins pour éviter à la fois soit l'utérus, soit l'intestin, soit un gros vaisseau : les deux touchers combinés, rectal et vaginal, éclaireront sur la situation respective des organes ; d'un autre côté, les battements artériels, perceptibles au toucher, fixeront sur la situation d'un gros vaisseau qu'il faudra savoir éviter.

3° *La dose de l'opération.* — Il la faut, autant que possible, élevée, l'escarre et la fistule consécutive lui étant directement proportionnelles ; il faudra savoir atteindre 100 milli-ampères, ce qui sera très facile depuis que M. Apostoli a transformé l'autre pôle (le *positif* dans le cas actuel) en pôle vraiment indifférent, par l'emploi d'un corps mou, étendu en surface et plastique, tel que la terre glaise.

4° *La durée.* — Elle devra se régler comme la dose ou l'intensité sur l'étendue ou la perte de substance à produire et l'action dynamique ultérieure qu'il faudra provoquer : de cinq à dix minutes seront en général une moyenne suffisante.

5° *Le moment de l'opération.* — Il doit être aussi *prématuré* que possible, et toute hématocèle diagnostiquée pourra et devra être immédiatement ponctionnée sans différer : tout retard dans l'opération pourrait aggraver le pronostic.

6° *Le nombre des opérations.* — Une seule *galvano-puncture* sera en général suffisante pour obtenir l'effet thérapeutique cherché et la création d'une fistule suffisante. Si, par hasard, l'ouverture se fermait trop tôt et que la régression de la poche ne fût pas complète, on serait autorisé à en faire une deuxième.

7° *Technique opératoire.* — Les détails très sommaires qui doivent régler l'opération sont les suivants : toute pile peut servir, pourvu qu'elle puisse donner une intensité suffisante qui demande à être appréciée mathématiquement et d'une seule façon, par la lecture d'un bon *galvanomètre d'intensité*. La pile *Leclanché* est la meilleure des piles médicales. — Le pôle actif devra être un trocart de grandeur moyenne comme celle de l'hystéromètre qui devra pénétrer à une profondeur moyenne de 1 à 2 centimètres. — Le pôle indifférent sera un énorme gâteau de terre glaise, plaqué sur le ventre ou sur une des cuisses de la malade. — Le vagin sera garanti à l'aide d'un manchon en verre ou en caoutchouc qui entourera le trocart jusque tout près de son extrémité.

8° *Soins consécutifs.* — Il faudra faire avant tout *une bonne antisepsie* pendant l'opération, en flambant préalablement le trocart, et, après l'opération, en faisant deux fois par jour des injections phéniquées fortes dans la poche, précédées de son raclage ou écouvillonnage, s'il y a lieu.

9° *Complication.* — Une ponction qui intéresserait à tort un gros vaisseau peut donner lieu à une hémorrhagie inquiétante qui devra être arrêtée par le moyen le plus rapide, lequel consiste dans l'introduction immédiate et la dilatation forcée du spéculum de *Gemrig*, maintenu en place quelque temps.

En résumé : 1° l'hématocèle est destinée à trouver dans une méthode pleine de sûreté et de sécurité, la *galvano-puncture-négative*, une ressource précieuse qui la conduira rapidement à la guérison, en diminuant la gravité ordinaire du pronostic ; 2° d'une façon générale, la *térébration galvano-caustique* (cautérisation tubulaire de Tripier) agit par un double mécanisme : le premier, *chirurgical*, en fistulant largement les exsudats solides (phlegmon chronique, etc.), les néoplasmes (fibromes, myomes interstitiels), les parois des kystes (hématomes, kystes extra-utérins), et leur ouvrant une voie d'élimination permanente ; le deuxième, *médical*, en créant un processus intime de désintégration suivie d'une régression rapide.

Ostéite de l'apophyse coracoïde ; résection de cette apophyse. — Les ostéites de l'apophyse coracoïde s'observeraient surtout pendant la période de développement, avant la soudure des épiphyses. **M. PONCET** (de Lyon) fait passer sous les yeux des membres du Congrès divers dessins relatifs au développement de cet os. Il présente le résumé de diverses observations personnelles de coracoïdite chez des adolescents, observations des plus rares, puisque, en dehors de certaines lésions traumatiques, il n'a trouvé dans la littérature chirurgicale aucun fait semblable.

M. Poncet entre dans des considérations générales fort intéressantes sur certaines variétés de lésions inflammatoires apophysaires : ostéite du grand trochanter, de la tubérosité antérieure du tibia, etc., qui peuvent donner le change et faire croire à des coxalgies, à des arthrites fémoro-tibiales. Il rapproche de ces ostéites les inflammations coracoïdiennes dont il expose la marche, les symptômes ; il insiste sur la difficulté du diagnostic par suite de la péri-arthrite concomitante et sur la résection de l'apophyse si voisine de l'articulation à laquelle elle appartient à l'aide d'un procédé opératoire différent de celui de la résection scapulo-humérale.

Il conclut en ces termes :

1° On observe du côté de l'apophyse coracoïde, surtout pendant l'adolescence, avant la soudure des épiphyses, des ostéites primitives simulant la scapulalgie.

2° Ces lésions osseuses que M. Poncet propose d'appeler *coracoïdites*, peuvent être confondues avec une scapulalgie, avec une ostéite de l'extrémité supérieure de l'humérus, parfois même, ainsi que semble le prouver une des observations de M. Poncet, avec un mal de Pott cervical, en raison des irradiations douloureuses dans toute cette région.

Le diagnostic est établi :

1° D'après le siège de la douleur à la pression ;

2° Plus tard, par la présence de tuméfactions, d'abcès en certains lieux d'élection : région sous-claviculaire plutôt que scapulo-humérale, face interne du bras, le pus suivant la gaine du coraco-brachial, et de la courte portion du biceps.

3° Ces inflammations coracoïdiennes sont graves, en raison de la facilité avec laquelle l'inflammation s'étend à l'apophyse dans sa totalité, et en raison du voisinage de l'articulation scapulo-humérale, à laquelle l'os coracoïdien appartient.

4° Elles sont justiciables de la résection. L'incision de M. Ollier, devenue classique pour la résection de l'épaule, ne donne pas un jour suffisant.

M. Poncet conseille une incision en T. Cette incision, située un peu en dedans de l'apophyse coracoïde, doit, dans sa première portion parallèle et immédiatement sous-jacente au bord inférieur de la clavicule, mesurer 6 centimètres environ, son milieu répondant au sommet de l'apophyse. Cette incision sera complétée par une autre incision de 4 à 5 centimètres de longueur, perpendiculaire à la première et située un peu en dedans de l'interstice cellulo-graisseux qui sépare le grand pectoral du deltoïde.

5° Si la lésion s'étend jusqu'à la base de l'apophyse coracoïde, M. Poncet, pour se faire du jour, pour enlever tout le tissu malade, propose la résection de la tête humérale, comme opération préliminaire, opération qu'il a, du reste, pratiquée chez une de ses malades. Dans les ostéites tuberculeuses, la réunion par première intention ne saurait être cherchée, il faut diviser largement et conserver du jour pour lutter contre les récidives fongueuses par des cautérisations fréquentes soit passées avec le fer rouge, soit régulièrement avec les crayons de nitrate d'argent et d'iodoforme.

Sur le bacille virgule dans la pathogénie du choléra. — **M. BOUCHARD** (de Paris) a profité de la petite épidémie parisienne de choléra en 1884 pour entreprendre un certain nombre de recherches expérimentales. Il a ainsi constaté que, chez les malades atteints par le fléau : 1° la nutrition générale était pervertie ; 2° que les urines de tout cholérique auquel on administrait de la naphtaline présentaient, au moment de l'émission, une coloration violette très prononcée, coloration que l'auteur n'a jamais rencontrée jusqu'à présent, en dehors du choléra, que deux fois : la première, chez un malade atteint d'une atrophie jaune aiguë du foie, la seconde chez un typhoïdique soumis au même traitement par la naphtaline ; 3° que l'on observait quelquefois et momentanément, chez les cholériques, en état d'anurie, un véritable myosis, une contraction de la pupille, telle que celle-ci devenait pour ainsi dire punctiforme comme chez les sujets néphrétiques parvenus à la période urémique.

D'autre part, après l'essai loyal de l'application au choléra de la doctrine pathogénique de Koch, M. Bouchard a pu se convaincre, et par l'observation clinique et par l'expérimentation directe sur des animaux, que le bacille virgule n'était pas l'agent pathogène du choléra, qu'il ne secrétait pas le poison cholérique.

Il termine son importante communication par les conclusions suivantes :

1° Le choléra doit être considéré comme une maladie infectieuse, c'est-à-dire comme une maladie à microbe.

2° Le microbe pathogène, quel qu'il soit, produit ou incite l'organisme humain à produire un poison morbide (poison cholérique).

3° A cette intoxication spéciale s'ajoute bientôt une autre intoxication par le poison normal (poison urémique), intoxication dont le myosis est l'indice.

4° L'agent pathogène du choléra, contrairement à l'opinion formulée par Koch, n'habite pas exclusivement la cavité intestinale.

5° Le bacille virgule n'est pas l'agent producteur du poison cholérique.

Vitesse d'ascension du thermomètre comme moyen d'apprécier le pouvoir émissif du corps (à l'état physiologique et pathologique), **l'intensité des combustions et ce que les anciens appelaient les qualités de la température.** — Tel est le titre de la communication de **M. GRASSET** (de Montpellier). Pour avoir une idée exacte et complète de la fièvre d'un sujet, il

ne suffit pas de prendre sa température, comme on le fait ordinairement; il faut aussi tenir compte de la chaleur *perdue*. Deux individus à 40° auront une fièvre inégale s'ils ont un pouvoir émissif différent.

Il serait donc utile que le clinicien ait un moyen *simple* de mesurer ce pouvoir émissif au lit du malade. Ce moyen simple, M. Grasset le trouve dans la *vitesse d'ascension* de la colonne thermométrique mesurée de la manière suivante : on prend la température initiale du thermomètre t_0, sa température après une minute d'application sous l'aisselle (ou dans la main), t_1 et sa température finale T. Le rapport $\frac{t_1-t_0}{T-t_0}$ donne un nombre E qui représente le pouvoir émissif.

L'application de ce procédé aux malades confirme et mesure ce fait (constaté déjà par tous les praticiens) que le thermomètre ne s'élève pas avec la même rapidité chez les divers malades ayant la même température; ou, en d'autres termes, que le pouvoir émissif des fébricitants n'est pas proportionnel à leur température. Cette simple constatation suffit déjà à montrer l'utilité en clinique de ce nouvel élément thermométrique.

M. Grasset indique ensuite les premiers chiffres obtenus par l'application de son procédé, soit à l'état physiologique, soit dans divers états pathologiques. Enfin il montre que le même procédé permet d'apprécier scientifiquement et de mesurer ce que les anciens appelaient les *qualités* de la température.

Des fébricitants à la même température donnent souvent en effet des sensations différentes au toucher : les uns (chaleur âcre et mordicante) brûlent la main du médecin beaucoup plus que les autres. C'est une question de pouvoir émissif : un bloc de laiton et un bloc de bois à la même température donnent des sensations très différentes. Le procédé proposé, en permettant de mesurer ce pouvoir émissif, permet de mesurer ces qualités de la température, qui ont une grande valeur diagnostique et pronostique, et que les praticiens négligent trop aujourd'hui, faute d'un moyen scientifique pour les apprécier.

Dans toutes les maladies, il ne suffira donc plus maintenant de tracer la courbe des températures axillaires; il faudra y joindre la courbe des pouvoirs émissifs. Ou bien, pour la clinique courante, on pourra simplifier encore.

La température après la première minute t_1 représente (avec une approximation un peu lointaine mais suffisante) la *chaleur perdue* (le pouvoir émissif); la température finale T représente la *chaleur gardée*. Donc $t_1 + T$ représentent la *chaleur totale* ou la fièvre vraie. On devra donc, en pratique, établir trois courbes (très faciles à déterminer) : 1° la courbe des températures après une minute d'application du thermomètre, t_1; 2° la courbe des températures finales, T; 3° la courbe des sommes de ces deux températures ou (ce qui est plus commode) la courbe de leur moyenne $\frac{t_1+T}{2}$.

Sur une nouvelle bobine d'induction et son emploi en thérapeutique. — M. DAGRÈVE (de Tournon) donne la description détaillée d'une bobine d'induction destinée à des emplois thérapeutiques et qui est caractérisée par la bobine induite formée d'un gros fil, semblable au fil conducteur, et un fil fin. Cette bobine est mobile; au moyen de commutateurs on peut avoir l'extra-courant, un courant à gros fil et un courant à fil fin, la réunion des trois ou de deux de ces courants, et dans ce cas doubler soit en longueur, soit en grosseur le courant à gros fil, d'après le sens de la réunion du gros fil induit à celui de l'extra-courant; enfin dans les applications du gros fil induit la suppression de l'étincelle de tension.

Étiologie des néphrites. — Dans cette étude, **M. LÉPINE** (de Lyon) divise les néphrites selon que les agents irritants suivent telle ou telle voie pour arriver dans l'organe rénal, c'est-à-dire en deux classes : 1° les néphrites presque exclusivement d'origine dyscrasique; 2° les néphrites ascendantes. Les premières sont le résultat d'une modification de la constitution normale du sang; les secondes de l'introduction du microbe par l'urèthre.

Résurrection de la blennorrhagie. — M. DIDAY fait une communication sur ce sujet. Quand une blennorrhagie, traitée en temps opportun par le copahu, ne diminue pas au bout de douze jours, on a l'habitude de cesser le médicament. Il est ordinaire de voir l'écoulement reparaître au bout de deux jours, *plus abondant* qu'il l'était auparavant, *plus abondant même* qu'avant la première dose du balsamique. Il faut voir, dans l'action de la médication spécifique, une diminution dans les qualités nutritives du terrain où le gonococcus s'alimente; car, en même temps que celui-ci perd de sa vitalité, il perd de ses facultés proliférantes. Mais lorsque, en cessant l'emploi du copahu, on rend au terrain uréthral ses qualités nutritives, toutes les proliférations retardées, en suspens faute d'aliment, reprennent leur essor; de là le débordement, la *résurrection* de la blennorrhagie.

Le fait clinique ainsi expliqué s'éclaire sur ce qu'il peut y avoir d'obscur dans son apparition, et sert à établir plus sûrement les indications thérapeutiques.

Le malade qui voit l'écoulement reparaître plus abondant en accuse le copahu. Au contraire, le médecin est porté à croire que son client avait repris une nouvelle blennorrhagie . . . . Qu'on attende cinq ou six jours; et l'écoulement étant, à ce terme, redescendu à son état antérieur, il sera prouvé par là que l'augmentation temporaire, consécutive à l'emploi infructueux du copahu, n'a pas d'autre cause que celle désignée ci-dessus; seulement on verra, dans ce retour surabondant de l'écoulement, l'indication d'attendre encore avant d'essayer de nouveau le copahu.

Sur le choléra à Tournon. — M. DAGRÈVE (de Tournon) lit un mémoire sur les affections cholériformes qui ont régné à Tournon depuis une vingtaine d'années et insiste tout particulièrement sur les points de la ville qui ont été atteints.

En 1863, 1864 et 1877 il a eu l'occasion d'observer des épidémies de choléra *nostras*. La maladie était caractérisée par des coliques, des vomissements bilieux et des crampes, mais sans refroidissement général et surtout sans aucun phénomène de cyanose. Une guérison rapide, obtenue par les opiacés, en a été la terminaison à peu près constante, sans convalescence.

A la fin de juin 1884, M. Dagrève a vu quelques cas semblables, et, vers la fin de juillet et au commencement du mois d'août de la même année il a observé, six cas de choléra *asiatique*. Un seul d'entre eux a guéri. Ces six cas se sont manifestés dans un espace restreint, limité à l'une des places de la ville; quatre d'entre eux se sont déclarés dans la même maison.

Dans ce quartier il n'existait qu'une source dont l'eau fût agréable à boire, la pompe publique ayant son eau souillée et les eaux de la ville étant infectes.

La source, connue de peu de personnes, desservait la maison où le premier cas de choléra s'est déclaré; le ravin dans lequel elle est située sert de lieux d'aisances à une partie des voisins, et des Marseillais ont logé dans des auberges voisines. Il est donc à peu près certain que le mal a été introduit par cette voie.

En 1854, une autre épidémie asiatique fut importée dans les quartiers où se sont développées les premières affections cholériformes; ces points ont, seuls en 1884, présenté le choléra nostras et ont été épargnés par le choléra asiatique. Celui-ci a été arrêté par la séquestration des malades à l'hôpital et par des soins de désinfection.

Étude sur l'aérothérapie. — M. DESHAYES (de Rouen) lit un mémoire sur cette question. Après quelques données générales sur les eaux minérales, il s'étend sur les considérations qui découlent de l'aérothérapie, dans le traitement de l'anémie, des cachexies et surtout de la tuberculose pulmonaire par l'air pur.

Se plaçant au point de vue patriotique, et reprenant la campagne déjà ouverte en 1871, à la suite de nos désastres, par Gubler, Roger, Barth, Rotureau, et autres, M. Deshayes demande au corps médical de ne pas oublier, et rappelle que nos stations balnéaires et hivernales, que nos eaux minérales valent autant et mieux que celles des pays étrangers.

L'aérothérapie comprise, non pas comme l'entendait Jourdanet,

mais dans son acception la plus simple, traitement par l'air pur, débarrassé de tous les microbes, n'est pas assez généralement pratiquée en France; il faut encourager les cures par *déplacement* : Tout aussi bien qu'à Davos, dans l'Engadine, nous pouvons en France guérir nos malades; que le médecin envoie ses clients au bord de la mer, sur les montagnes, au milieu même des forêts, ce qui importe surtout dans la majorité des cas, et à moins d'indications spéciales, c'est moins l'endroit choisi que la pureté de l'air ambiant; d'où naturellement le vœu, tant de fois émis dans les Congrès d'hygiène, de multiplier les *sanatoria*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 août 1885, M. Mathis (Jean-Émile) a été promu au grade de médecin principal de la marine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont chargés, pendant l'année scolaire 1885-1886, des cours complémentaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

Physique, M. Gariel; anatomie pathologique, M. Hanot; physiologie, M. Reynier; accouchements, M. Pinard; chimie, M. Hanriot; histoire naturelle, M. Blanchard.

Sont chargés, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1885-1886, des cours complémentaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

Pathologie interne, M. Hallopeau; pathologie externe, M. Terrillon.

Sont chargés, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1885-1886, des cours auxiliaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

Pathologie interne, M. Joffroy; pathologie externe, M. Humbert.

M. Gariel, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est maintenu en exercice pendant l'année scolaire 1885-1886.

MM. Broca et Chaput, docteurs en médecine, sont nommés, pour quatre ans, prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de MM. Brun et Jarjavay dont le temps d'exercice est expiré.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18247

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le choléra continue d'occuper la place principale dans l'ordre du jour.

La discussion n'est point encore ouverte sur les doctrines; mais, en attendant, on recueille avec soin les faits qui se présentent et l'on hasarde occasionnellement quelque incursion dans la théorie.

C'est ainsi que le mémoire de M. Tholozan, membre correspondant de l'Académie, médecin du schah de Perse, sur le choléra observé dans l'Inde, a dû forcément prendre un caractère surtout théorique, par la faute des médecins anglais qui, établis dans le pays, n'ont pas éclairé ces questions par des études suffisantes.

M. de Villiers a annoncé que le choléra prenait à Toulon un caractère épidémique, et il a lu quelques extraits de lettres reçues de cette ville.

Nous venons d'en recevoir nous-mêmes des informations, plus récentes, dont la portée et la gravité n'échapperont point à nos lecteurs.

Un médecin très distingué et chef d'un service spécial, nous communique les réflexions suivantes :

« Le choléra sera-t-il de longue durée? Sera-t-il grave? Tout portait à nous donner des espérances, qui ne se sont pas réalisées. Dans les quatre épidémies qui ont frappé Toulon, il n'y a eu de retour offensif qu'en 1854-1855.

On avait perdu, en 1854, 1 302 personnes; en 1855, époque du retour et des grandes évacuations de Crimée, on eut encore 460 décès, dont 200 dans l'armée et la marine.

En 1865, on perdit 1 339 malades; en 1866, à peine une vingtaine, 10 environ dans la marine, peut-être 12 à 15 dans la population civile, en quelques semaines.

Après les autres épidémies, 1835, 1849, aucune réapparition de la maladie.

1885 sera-t-il plus sévère que 1855? On ne peut le savoir, toute prédiction serait hasardeuse. Le fait est que ce retour offensif et *attendu* depuis que nous avions appris le sort de Marseille, s'annonce mal.

Le 7 août, un premier cas. Le 17 août, 2 cas, un marin mort. Le 18, 1 cas à l'hôpital de la marine, un ancien dysentérique mort. Le même jour, un infirmier qui succombe également. Le 19, un soldat. A partir de ce jour, la maladie se diffuse avec une rapidité qui n'était que trop prévue, frappe aux quatre points cardinaux de la ville et dans les faubourgs. Les cas se multiplient et aujourd'hui 24, nous allons presque certainement arriver à 25 ou 30 décès.

Beaucoup de diarrhées, de cholérines. Quant aux cas francs de choléra, ils sont terribles, tuent en quelques heures. Les victimes sont loin d'appartenir toutes aux classes malheureuses : dès les premiers jours, trois officiers, un médecin de deuxième classe, l'inspecteur en chef des services administratifs, des dames dans une excellente position. Nous avons perdu encore un étudiant en médecine, deux infirmiers.

Les mesures les plus importantes sont prises ou vont être prises : dissémination des troupes, des navires, évacuation générale des malades sur Saint-Mandrier, etc.

Espérons que la durée ne sera pas trop longue et que les cas deviendront moins sévères. On essaye à l'hôpital sur une large échelle les injections intra-veineuses, sans grande apparence de succès jusqu'ici. »

De son côté, M. le docteur Bouffier nous écrit :

« Il n'est que trop vrai que le choléra a reparu dans notre malheureuse ville : sous la forme épidémique depuis samedi 22 août surtout. Il y avait bien eu quelques cas mortels depuis le 8; il y avait même eu depuis le mois de juin beaucoup de dérangements intestinaux; mais, en raison des grandes chaleurs que nous éprouvions, on n'en était pas surpris; tandis que depuis samedi un véritable coup de fouet a eu lieu, et ce qui est remarquable, c'est que les cas ont surtout été observés jusqu'à présent, en notable proportion, dans la partie bourgeoise, aisée, même riche de la population; les quartiers pauvres ont fourni peu de cas. Est-ce la queue de l'épidémie de l'année dernière? Est-ce une nouvelle importation due à la maladie qui règne à Marseille? Je ne me charge pas de répondre, car, après avoir vu cinq épidémies de choléra, son apparition, sa propagation et sa disparition restent enveloppées de mystères. »

Dans le prochain numéro, nous publierons des lettres qui nous arrivent à l'instant de Marseille.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Un nouveau cas d'albuminurie; régime lacté exclusif et régime mixte (1).

III

Après avoir traité jusqu'à présent la question de l'influence du régime lacté sur l'albuminurie, après avoir montré les conclusions auxquelles elle nous conduisait relativement au pronostic, il est un point de la plus grande importance, sur lequel je veux appeler toute votre attention.

J'arrive donc aujourd'hui à une autre question pour laquelle la présence de notre malade du n° 22 de la salle Laënnec nous offre une véritable opportunité, la question des diverses albumines urinaires, non pas seulement au point de vue chimique, mais encore au point de vue clinique; question enfin dont je vous ai déjà entretenus l'an dernier et que je me propose de compléter cette année par des documents nouveaux. Je citerai notamment, parmi ces derniers, la thèse récente de M. Wassermann.

Dans l'urine pathologique, les recherches chimiques peuvent rencontrer trois sortes différentes d'albumine. Ce sont :

1° La *sérine*, qui est identique à l'albumine du sérum du sang. Elle constitue l'albumine pathologique par excellence, l'albumine dite brightique.

2° Les *globulines*, dont la paraglobuline est le représentant ordinaire; on dit même plus généralement la globuline; c'est ce que nous ferons également.

3° La *peptone*, qui, ainsi que nous le verrons dans notre prochaine leçon, constituerait à elle seule, dans certains cas, d'après les belles recherches de M. Quinquaud, non plus une maladie secondaire, mais bien une peptonurie primitive. C'est là un fait d'une haute importance au point de vue clinique, sur lequel j'entrerai dans des détails circonstanciés.

L'association de ces trois albumines dans une même urine pathologique est loin d'être rare, non plus que leur association deux à deux. Nous voyons en effet, dans un relevé publié en 1876, que, sur 41 cas d'albuminurie brightique, on a trouvé 41 fois de la sérine, 13 fois de la globuline et 28 fois de la peptone : soit la sérine dans tous les cas, la globuline dans un tiers environ, et la peptone dans un peu plus des deux tiers.

Ce même relevé nous montre aussi que l'association de ces diverses albumines peut se rencontrer dans toutes les variétés de la maladie de Bright.

Un autre fait en découle encore. En effet, en 1874, Sénator avait prétendu que la globuline se retrouvait dans toutes les urines albumineuses. C'est là une erreur complète. Sénator a été trompé par une série d'observations dans lesquelles l'urine avait contenu de la globuline. Mais, à côté de ces cas, il en est d'autres qui ont été relatés par certains auteurs, dans lesquels, au contraire, cette albumine faisait complètement défaut, ainsi que le montre la statistique dont je viens de citer les chiffres. D'où il résulte donc qu'il n'existe pas une relation nécessaire entre la présence de la globuline dans les urines et la nature de la lésion rénale, de même qu'il n'en existe pas non plus entre l'urine albumineuse et l'existence d'une lésion du rein, puisque, dans certains cas où l'on a constaté cette lésion, il n'y avait pas de globuline.

En résumé, la présence de la globuline dans l'urine est donc la conséquence d'un état particulier du sang et n'est pas liée à tel état de l'organe rénal plutôt qu'à tel autre.

D'autre part, Führy-Snethlage a soutenu que la globuline se rencontrait surtout chez les malades atteints de dégénérescence amyloïde du rein. C'est là également une erreur, ainsi que l'ont démontré un certain nombre d'observations recueillies par d'autres auteurs.

Je le répète donc : la globuline ne nous dit rien quant à la qualité de la lésion rénale, rien non plus relativement à l'existence d'une lésion du rein. La globuline est due bien plutôt à un état spécial du sang qu'à un état du rein. D'autres observateurs ont émis cette conclusion que la globuline ne peut caractériser un groupe morbide quelconque; j'ajoute à mon tour, par avance aujourd'hui, qu'il en est de même de la peptone.

Si maintenant nous envisageons la question au point de vue chimique, nous voyons que la globuline est précipitée par tous les réactifs de l'albumine, — il n'en est pas de même de la peptone, — de telle sorte que, dans toute urine contenant de la globuline, celle-ci se trouvera précipitée en même temps que la sérine, d'où la nécessité de séparer, par un réactif, ces deux albumines l'une de l'autre, sous peine, dans le dosage, d'ajouter à la sérine ce qui appartient à la globuline, et, par suite, de commettre une erreur sérieuse au point de vue clinique. En effet, le pronostic d'une albuminurie brightique tient à la quantité de sérine contenue dans l'urine du malade et non pas à celle d'une albumine quelconque. Il est donc d'une réelle importance de ne pas s'exposer à réunir dans un seul et même précipité plusieurs des albumines de l'urine pathologique.

Lorsque l'on examine une urine pour la première fois et que l'on reconnaît qu'elle est albumineuse, il faut donc la débarrasser immédiatement de sa globuline. Je commencerai par vous signaler les deux procédés, mauvais tous deux, afin de vous éviter d'y avoir recours. Le premier consiste à employer une solution sursaturée de chlorure de sodium; il est mauvais, parce qu'il n'est pas assez sûr; le second est difficile, il n'est pas clinique, il consiste à faire passer dans l'urine un courant d'acide carbonique qui précipite la globuline.

Le véritable procédé est celui d'Hoffmarster : on verse dans l'urine une solution sursaturée de sulfate de magnésie, de telle sorte que quelques cristaux ne soient pas dissous; on laisse le mélange en contact pendant vingt-quatre heures au bout desquelles toute la globuline se trouve précipitée à l'exclusion de toute fraction, si minime qu'elle soit, des autres matières albumineuses contenues dans l'urine; on filtre, le liquide qui passe ne contient plus aucune trace de globuline et permet alors de doser toute la sérine et rien que la sérine.

D'ailleurs, avant d'employer aucun réactif, on peut déjà soupçonner la présence de la globuline dans l'urine lorsque, même après avoir été filtrée, elle revêt un aspect trouble. Néanmoins, dès que vous êtes en présence d'une urine albumineuse, n'hésitez jamais à rechercher la présence de la globuline et à la séparer, bien que de sa présence on ne puisse tirer aucune conclusion, mais à cause des erreurs graves auxquelles peut donner lieu un dosage qui comprendrait sous un même chiffre la sérine et la globuline.

J'ajoute qu'il n'est pas besoin que l'urine provienne d'un

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 août 1885.

malade atteint de la maladie de Bright pour renfermer de la globuline. Ainsi, dans le cas de pneumomie avec albuminurie fébrile, comme d'ailleurs dans toute affection très fébrile, on rencontrera fréquemment de la globuline; d'où l'utilité, et j'y insiste vivement, de rechercher, dans toute urine albumineuse, l'existence de la globuline.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 août 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Javal pour remplir la place devenue vacante dans la section de physique et chimie médicale par suite du décès de M. Wurtz.

La correspondance comprend en outre :

1° Un pli cacheté de M. le docteur Duboué, correspondant national à Pau. (Accepté.)

2° Deux lettres relatives au traitement du choléra.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. DE VILLIERS commence par rappeler que, l'année dernière, lorsqu'il affirmait l'absence générale de tous accidents prémonitoires, il a parlé non seulement d'après les dires des médecins, mais d'après les registres de maladies, relatifs aux quinze ou seize mille employés de la Compagnie de Lyon. C'est d'après ces mêmes registres qu'il a signalé cette année la très grande fréquence des accidents intestinaux de toutes sortes.

Aujourd'hui, M. de Villiers se propose de parler surtout de l'état sanitaire de Toulon, ville dans laquelle le choléra a fait son apparition, le 8 août par un premier cas isolé. M. Larrey a reçu de M. le docteur Sedan une lettre sur ce premier cas et l'a communiquée à M. de Villiers, qui le prie d'en donner lecture.

M. LARREY lit cette lettre, relative à un musicien de la marine qui a été, en quelques heures, emporté par un choléra foudroyant. Cet homme avait mangé beaucoup de fruits l'avant-veille dans la matinée; mais, depuis lors, il était resté assez bien portant pour prendre part aux répétitions musicales, etc. Il s'était trouvé en contact avec trois autres musiciens, bien portants, mais revenant de Marseille.

M. DE VILLIERS a demandé des informations à MM. Bourgarel et Carence.

M. Bourgarel répondit le 21 août, signalant déjà un certain nombre de nouveaux cas : deux s'étaient produits le 17 sur des soldats de la troupe, dont un est mort à l'hôpital Saint-Mandrier; un autre dans la journée du 17 sur un canotier du préfet maritime, mort à l'hôpital général de la marine; deux cas, reçus à l'hôpital civil, dans les journées du 19 et du 20; deux cas suivis de mort dans la journée du 20.

M. le docteur Carence commence par donner des détails sur le musicien mort le 8 et au sujet duquel il écrit :

« Cet homme couchait dans un garni, au Pont-du-Las; mais il habitait toute la journée la division des équipages de la flotte. Or c'est à la division qu'aboutissent les hommes valides revenant de l'extrême Orient, ainsi que les sacs de hardes de ceux qui ont succombé, soit aux colonies, soit en cours de route. A mon avis, ce premier cas est un argument qu'on peut invoquer en faveur de la thèse de l'importation.

Après ce décès, ajoute-t-il, nous sommes restés indemnes jusqu'au 20 août, date de la mort d'une jeune fille (vingt-deux ans) habitant aussi le Pont-du-Las, à cinquante mètres environ de distance.

Le lendemain 21 mourait aussi dans ce faubourg un individu sur lequel nos renseignements nous permettent d'affirmer qu'il n'avait eu aucun rapport ni avec le musicien ni avec la jeune fille. Depuis lors, les décès cholériques, au nombre de cinq à six par jour, se montrent un peu partout. »

M. de Villiers fait remarquer que le premier fait ressemble à la plupart de ceux qui se déclarent durant le cours d'une épidémie. On note avant tout un excès de fruits, le lendemain une diarrhée non soignée : puis est survenu le choléra complet. Quelques jours après, il y eut d'autres cas, d'abord dans le même quartier, puis dans d'autres quartiers de la ville, sans qu'on puisse établir la réalité d'une communication quelconque entre ces divers malades.

Il en a été de même à Dijon, où, suivant une lettre du médecin du chemin de fer, quatre cas de choléra, dont jusqu'ici aucun n'a été suivi de mort, se sont produits chez des militaires appartenant à des régiments différents, logés dans des casernes éloignées les unes des autres.

M. JULES GUÉRIN, sans entrer dans le fond de la discussion sur le choléra, réservé pour un temps prochain, se borne à faire remarquer, en ce qui touche l'existence des accidents prémonitoires l'année dernière, que cette année même, pour des faits qui devraient être connus de tous, deux observateurs du plus haut mérite, MM. Brouardel et Solari, sont complètement en désaccord. Tandis que M. Brouardel admet comme prouvée la fréquence des dérangements intestinaux à Marseille depuis plusieurs mois, M. Solari au contraire la nie. Cela prouve qu'on ne voit bien que ce qu'on veut voir.

LECTURE

Le choléra dans l'Inde, ses degrés, ses variétés, au point de vue de l'épidémiologie générale. — M. THOLOZAN lit, sous ce titre, un long travail, qu'il présente comme un chapitre d'une étude philosophique embrassant toutes les épidémies.

Quels sont au juste les caractères des choléras épidémique, endémique et sporadique de l'Inde? La maladie, dans ses trois genres de manifestation, diffère-t-elle autrement que par le plus ou moins grand nombre de cas, par leur intensité différente suivant les années, les saisons, les régions, et par certaines variations dans les symptômes, variations dont la pathologie rend compte et dont elle trouve les analogues dans toutes les autres maladies, dans la peste, dans la fièvre jaune, dans la variole?

Il semble que ces questions devraient être résolues depuis longtemps. Il n'en est rien pourtant, et c'est en vain que durant ces dernières années, M. Tholozan a compulsé à ce sujet presque tous les ouvrages anciens et modernes, presque tous les rapports et mémoires publiés sur le choléra de l'Inde. En cette absence d'études spéciales faites sur les lieux, M. Tholozan invoque les principes généraux de la pathologie pour montrer qu'une maladie, tant qu'elle se présente sous une même forme, ne doit pas être considérée comme constituant des espèces distinctes par cela seul qu'elle semble dans tel cas être contagieuse et dans tel autre cas ne pas l'être. Après cela, M. Tholozan étudie et discute les plus vieilles descriptions du choléra observé dans l'Inde, pour démontrer que c'est toujours la même forme, régnant déjà avant que le nom en fût connu, et prenant, sans qu'il soit possible jusqu'ici de savoir pourquoi, à certains moments un caractère de propagation plus rapide, tout en conservant la même nature que quand on le croit sporadique.

« C'est dans ce courant vraiment scientifique, ajoute-t-il, que les esprits doivent se diriger. Il en est de l'épidémiologie et de la science sanitaire comme de la pathologie et de la thérapeutique. Il y a une coordination entre ces différentes sciences, et tout le monde sera d'accord pour admettre que les données capitales et fondamentales de la pathologie ne doivent pas changer pour les besoins de la thérapeutique, quelque urgentes que soient les nécessités, si nécessité il y a.

Le mal n'a-t-il pas été dans le temps d'appeler trop vivement l'attention publique sur ce fait de l'exoticité du fléau, dans ce sens qu'on le représentait comme une affection à laquelle on pouvait fermer la porte, alors qu'on n'en avait pas encore bien étudié les moyens puissants de propagation, les longues et mystérieuses incubations de plusieurs mois, de plusieurs années peut-être, soit

dans l'homme, soit autour de lui, et les causes inconnues de la germination. »

M. JULES GUÉRIN exprime son admiration pour le magnifique chapitre d'épidémiologie générale dont M. Tholozan vient de donner lecture.

COMMUNICATION

Sur la solubilité de l'iodure de mercure dans les corps gras et dans quelques autres dissolvants. — M. MÉHU a fait des recherches sur ce sujet, en chauffant d'abord les substances dans lesquelles il voulait dissoudre le sel mercuriel et en laissant refroidir ensuite cette solution, saturée à chaud. D'après les résultats de ces expériences, l'huile d'amandes douces dissout 4 p. 1000 de biiodure à la température ordinaire ; l'on peut augmenter de beaucoup cette solubilité de l'iodure de mercure en lui associant l'iodure de potassium. L'huile d'olive dissout à peu près les mêmes quantités ; l'huile blanche, plus du double, ainsi que l'huile de noix ; l'huile de ricin tient en solution le cinquantième de son poids d'iodure de mercure et une quantité encore plus forte de bichlorure ; l'axonge, moins ; la vaseline, très peu ; l'acide phénique, à peu près autant que l'huile de noix ; et la benzine, à peu près autant que l'huile d'amandes douces.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 août 1885. — Présidence de M. d'Arsonval.

COMMUNICATIONS

De quelques faits relatifs à l'examen histologique et clinique du pus blennorrhagique chez la femme. — MM. DE SINÉTY ET HENNEGUY, à la suite de recherches poursuivies depuis plus d'un an sur la blennorrhagie de la femme, exposent sommairement quelques-uns des faits qu'ils ont observés, et qu'ils comptent publier plus en détail ultérieurement. Ils résument leurs conclusions dans les propositions suivantes :

1° Le pus de l'uréthrite, chez la femme, contient, dans presque tous les cas, le gonococcus de Neisser, et présente le plus souvent une réaction légèrement alcaline ;

2° Le pus recueilli dans le col utérin ou les glandes vulvo-vaginales, malgré une réaction alcaline très accusée, contient fréquemment des gonococcus, chez les femmes atteintes ou soupçonnées de blennorrhagie ;

3° Le liquide blanchâtre de l'uréthrorrhée, principalement constitué, histologiquement, par des cellules épithéliales, ne présentait presque jamais de gonococcus et était toujours acide, dans les cas observés par eux ;

4° Les injections intra-uréthrales avec des solutions antiseptiques (bichlorure de mercure, eau oxygénée, permanganate de potasse), répétées chaque jour, chez la femme vivante, ne paraissent agir ni sur la présence ni sur la multiplication du gonococcus.

Doses toxiques d'hydrogène sulfuré. — M. GRÉHANT communique les résultats d'expériences qu'a faites, sous sa direction, M. Peyrou sur les doses toxiques d'un mélange d'air et d'hydrogène sulfuré. Il rappelle que Faraday avait trouvé que cette dose était pour les chiens de 1/800e. M. Peyrou a successivement employé des mélanges à 1/2000e, à 1/1500e, à 1/1000e. Aucun de ces mélanges n'a déterminé d'accidents.

Il faut arriver à la dose de 1/500e pour tuer presque toujours les chiens.

La dose toxique du mélange d'air et d'hydrogène sulfuré est donc, pour les poumons d'un chien, de 1/500e.

M. Peyrou a recherché aussi quelle était la dose toxique par absorption dans le thorax. Il fait une plaie pénétrante de poitrine en évitant de blesser le poumon; il faut pour cela ouvrir la plèvre avec la pulpe du doigt; puis on insuffle ce mélange dans la plèvre; il faut arriver à la dose de 1/50e pour tuer un chien dans ces conditions. La surface entière du thorax et de la plèvre viscérale absorbe donc l'hydrogène sulfuré bien moins que le poumon.

Injecté dans l'estomac par une fistule gastrique ou œsophagienne, l'hydrogène sulfuré n'est pas absorbé, même à 1/25. Dans la cavité péritonéale, un mélange à 1/50e ne détermine pas d'accidents. Il faut arriver à la dose de 1/25e. Il résulte de ces expériences que c'est la surface pulmonaire qui absorbe le mieux l'hydrogène sulfuré.

M. BLOCH a fait sur lui-même des expériences qui prouvent que la peau absorbe aussi l'hydrogène sulfuré.

Polyurie. — M. CH. RICHET a fait sur lui-même quelques expériences sur l'action diurétique du raisin. Ces expériences ont duré 9 jours. Elles démontrent que la quantité d'urine émise présente de grandes variations; il y a un taux diurne et un taux nocturne très différents, ce dernier ne dépassant pas 9 à 10 centimètres cubes de 10 heures du soir à 8 heures du matin, tandis que celui du jour, après les repas, atteint jusqu'à 48 centimètres cubes en 10 minutes. Deux heures après l'absorption des boissons, l'élimination est complètement achevée. M. Richet n'a pas constaté de glycosurie. Mais il ressort de ces expériences que le raisin a une action diurétique très marquée.

M. BEAUNIS fait remarquer qu'il y a deux facteurs dont il faut tenir compte, la peau et le système nerveux.

La séance est levée.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XIVe SESSION (1885).

Congrès de Grenoble (1).

III

Contribution à l'histoire de la fièvre exanthématique bulleuse. — On a décrit sous le nom de pemphigus aigu, de fièvre pemphigoïde, de fièvre bulleuse, une maladie infectieuse encore mal connue, assez rare, caractérisée par un début brusque, un frisson initial suivi de malaise, de l'hyperthermie, la production d'un exanthème généralisé de nature bulleuse et une stéatose généralisée et rapide des parenchymes.

En observant un cas de fièvre de pemphigus aigu dont il a publié la relation dans les *Annales de dermatologie* de janvier 1881, **M. SPILLMANN** avait déjà émis l'opinion qu'il s'agissait là d'une fièvre infectieuse.

M. Spillmann a observé un nouveau cas de pemphigus aigu, chez une femme de trente-neuf ans, qui a succombé au bout de sept jours.

Le sang, examiné pendant la vie, contenait dans le sérum des spores arrondies, le plus souvent isolées, parfois réunies deux par deux, mais jamais en plus grand nombre. Ces spores, mobiles, mesuraient de 7 à 13 dix-millièmes de millimètre de diamètre.

Dans la sérosité des bulles, on rencontre également des spores, analogues à celles du sang, groupées généralement par deux ou trois, de façon à présenter l'aspect d'un bâtonnet noueux, très court et rectiligne.

L'urine renfermait de nombreuses bactéries noueuses, formées de quatre à dix granulations, et des spores isolées.

Le liquide des bulles, inoculé aux animaux, n'a produit aucun malaise chez ces derniers.

L'auteur propose de rapprocher les cas décrits jusqu'à ce jour sous le nom de pemphigus aigu, de fièvre pemphigoïde, de fièvre bulleuse, pour en faire une entité morbide nouvelle que l'on pourrait désigner sous le nom de *fièvre exanthématique bulleuse.*

---

(1) Voir le numéro du 25 août 1885.

Hydrographie médicale. — M. DESHAYES (de Rouen) présente ensuite une carte, intitulée : *Carte d'hydrographie médicale; les thermes de France. Bains de mer, stations hivernales, eaux minérales, aérothérapie, climats, etc., de la France* (Corse, Algérie et Alsace-Lorraine comprises).

Cette carte trouvera sa place dans le cabinet du médecin, du pharmacien et de tous ceux qui s'occupent d'hygiène : elle comprend le nom de toutes les plages maritimes françaises (Océan atlantique et Méditerranée).

Au point de vue des eaux minérales, M. Deshayes a placé dans chaque département, dont le nom seul est inscrit avec celui du chef-lieu comme point de repère, le nom de chacune des sources minérales aujourd'hui connues ; suivant la nature chimique de ces eaux, le nom du pays où elles se trouvent est imprimé en couleur spéciale, conformément à une légende qui figure en tête de la carte. Ainsi par exemple :

Vert : eaux sulfurées . . .	Sulfurées sodiques. Sulfurées calciques.
Jaune : eaux chlorurées . .	Chlorurées sodiques.
Bleu : eaux sulfatées . . .	Sodiques. Magnésiques. Calciques.
Violet : eaux carbonatées. .	Sodiques. Calcaires.

Rouges : eaux ferrugineuses.

Le médecin peut ainsi du premier coup trouver sur la carte telle station minérale qu'il voudra, avec l'indication de sa valeur thérapeutique.

Cette carte, à la rédaction graphique de laquelle M. Jules Duchemin (de Rouen) a puissamment collaboré, est appelée, dit l'auteur, à combler une lacune importante.

De l'action destructive du suc de l'Euphorbia heterodoxa dans certains néoplasmes. — Depuis longtemps les indigènes des environs de Pernambuco se servent d'un suc, qu'ils appellent *Leite de Alveloz*, pour changer la nature des ulcères rebelles et pour détruire des néoplasmes. M. le docteur Velloso (de Pernambuco) a soumis ce produit à une expérimentation sérieuse et il s'en est admirablement trouvé en l'appliquant aux cancroïdes, aux végétations syphilitiques, etc.

Grâce à l'obligeance de M. de Santa-Cruz, chimiste éminent de Pernambuco, et d'un Brésilien, M. Klingelhœfer, **M. PAUL LANDOWSKI** (de Paris) a pu se procurer le Leite de Alveloz, et depuis un an il l'a soumis à une expérimentation rigoureuse. Pour ne pas être entraîné par des coïncidences, il en a donné une certaine quantité à d'autres confrères; l'un d'eux, M. le docteur Duplouy, directeur de l'École de médecine de Rochefort, est présent au Congrès.

Le produit dont il s'agit n'est pas autre chose que le suc d'une euphorbiacée, découverte par Martins au Joazimo (Bahia) et décrite en 1875 par Muller, sous le nom d'*Euphorbia heterodoxa*.

Aussitôt après la réception de la substance, M. le docteur Landowski a eu l'occasion de l'appliquer dans un cas d'un épithélioma du col. Le succès a dépassé les prévisions ; au bout de six badigeonnages au pinceau, le néoplasme a été détruit, la surface de la plaie avait un aspect satisfaisant, et au bout de peu de temps la guérison (locale) semblait complète.

Il en a été de même d'un cancroïde de la face. Malheureusement, les applications que M. le docteur Landowski a faites ensuite n'ont pas donné le même résultat, ce qui paraît devoir être attribué à la détérioration de la substance.

L'opinion de M. Landowski sur l'action du suc de l'Euphorbia heterodoxa peut se résumer de la manière suivante :

1° Cette préparation mérite une expérimentation très sérieuse; elle réunit à l'action escharotique puissante la propriété dissolvante des tissus organiques, et l'on peut comparer son action à celle d'un caustique puissant doublée de l'action de la papaïne.

2° La destruction des tissus pathologiques se fait promptement et peut être graduée pour ainsi dire couche par couche. On peut donc employer le suc en question là où le bistouri doit être évité pour une cause quelconque.

3° L'application du nouveau topique est très facile, car il suffit de faire des badigeonnages au pinceau pour obtenir des effets destructifs puissants. Le pansement a été fait soit à la solution au sublimé à 1/2000e, soit à la vaseline boriquée.

4° Pour obtenir les effets voulus, le suc doit être frais, car il perd assez rapidement ses propriétés, ce qui a du reste empêché de l'expérimenter plus complètement.

En traitant le « Leite de Alveloz » avec de l'eau et ensuite avec de l'alcool absolu, M. de Santa-Cruz a réussi à obtenir une solution résineuse qui se conserve très bien et qui paraît avoir les propriétés du suc en nature.

— Cette communication est suivie d'une discussion dans laquelle M. Duplouy confirme les expériences de M. Landowski par ses observations personnelles. Il regrette aussi que la détérioration du produit ne lui ait pas permis de tirer des conclusions définitives. Il désire vivement que la substance extraite par M. de Santa-Cruz et dont parle M. Landowski, tienne ce qu'elle semble promettre.

Sur la queue chez l'espèce humaine. — Les légendes relatives à l'existence de races humaines munies d'une queue plus ou moins longue sont si répandues et si persistantes, que l'on pourrait être tenté de les croire fondées. Mais dès que l'on veut préciser, le terrain se dérobe sous nos pieds; chaque nation, chaque peuplade, s'empresse d'attribuer cette particularité à sa voisine, et l'on est obligé de reconnaître l'inanité de ces rumeurs.

L'intérieur de l'Asie, et plus spécialement l'Arménie, étant plus spécialement désigné soit par les Chinois, soit par les Turcs et les Arabes comme nourrissant une race humaine où l'appendice caudal serait fréquemment proéminent, **M. HERMANN FOL** (de Genève), a cherché à se procurer des renseignements authentiques. Le pays est habité par deux races qui se portent une haine particulièrement vive, et chacune des deux accuse l'autre de posséder cet organe dont on fait chez nous un attribut du diable. Il ne semble pas que cette rumeur ait une autre origine que cette médisance mutuelle.

Si l'homme normal ne possède jamais de queue extérieurement visible, le cas pourrait cependant se présenter chez des monstres ou des individus anormaux. La bibliographie renferme, en effet, une liste assez longue de citations de ce genre. Toutefois les descriptions anatomiques sont rares; la plupart de ces cas se rapportent évidemment à la catégorie des inclusions coccygiennes, et, dans les rares exemples qui ont été sérieusement étudiées (Bartels, Ornstein, Gerlach), l'appendice caudal ne contenait aucune vertèbre surnuméraire.

En ce qui concerne l'embryon humain aux différents âges, l'on a remarqué déjà depuis plusieurs années que, entre la troisième et la huitième semaine, cet embryon présente, en arrière de l'anus, un appendice conique auquel certains auteurs tels que Ecker ont appliqué le nom de queue. Mais ils renoncèrent à ce terme lorsque His leur demanda de fournir la preuve de l'existence de véritables vertèbres caudales situées au delà de la dernière vertèbre coccygienne. Ni Ecker, ni His, ni aucun autre embryologiste n'a su trouver ces vertèbres, et dès lors ils agirent sagement et scientifiquement en renonçant au mot de queue, pour donner, d'un commun accord, à l'appendice en question le nom d'appendice caudiforme ou de fausse queue.

M. Hermann Fol se place, au point de vue théorique, sur le même terrain que ses prédécesseurs; seulement il a trouvé ces vertèbres caudales qu'on n'avait pas su voir. Elles sont au nombre de quatre chez des embryons de 9 à 10 millimètres et se soudent entre elles un peu plus tard. Elles sont très faciles à voir, pourvu que les préparations soient bien faites. M. Fol montre aux membres de la section de belles gravures représentant les embryons humains de cet âge, ainsi que plusieurs séries de coupes, irréprochables sous tous les rapports. Chaque embryon a été divisé en 300 ou 400 tranches. Dans ces conditions, la numération des vertèbres n'est plus qu'un jeu de patience; les résultats ont été du

reste contrôlés par des procédés que l'auteur montre en détail.

Au point de vue de l'anatomie comparée, il n'y a pas de doute que le coccyx de l'homme adulte soit une queue rudimentaire. Cette interprétation trouve un nouvel appui dans le fait que ce coccyx n'est que la réduction d'une queue vertébrale beaucoup plus longue que possède l'embryon.

Au point de vue phylogénique, on pourrait être tenté de conclure de ces faits que l'homme ne descend pas des singes anthropomorphes (le Chimpanzé ne possède que deux ou trois vertèbres coccygiennes), mais bien plutôt de singes inférieurs à longue queue. Toutefois, avant de se prononcer à cet égard, il conviendrait d'attendre des renseignements sur l'anatomie des embryons des divers singes. Pour le moment, on peut seulement dire que les primates dérivent *probablement* d'êtres munis d'une longue queue; il serait imprudent d'aller au delà.

Traitement du chancre phagédénique et des syphilides ulcéreuses. — Le phagédénisme est à coup sûr une des complications les plus rebelles et les plus graves des accidents vénériens. La multiplicité des traitements employés pour combattre le phagédénisme indique assez combien ce mal est souvent au dessus des ressources de l'art.

M. SPILLMANN (de Nancy) a eu l'occasion de soigner, il y a quatre ans, deux malades atteints de syphilides ulcéreuses serpigineuses anciennes qui avaient résisté à tous les traitements employés. Le raclage pratiqué avec la curette de Volhmann et un pansement avec des compresses trempées dans la liqueur de Van Swieten dédoublée amenèrent une cicatrisation rapide et persistante.

Depuis, M. Spillmann a reçu dans son service trois malades atteints de chancres simples phagédéniques. Chez l'un de ces malades, étudiant en médecine, qui s'était inoculé le pus d'un chancre mou à la partie antérieure de la cuisse, le phagédénisme fit des ravages tels que la cuisse, le pli de l'aine, la partie inférieure de l'abdomen et les bourses furent successivement envahis. Tous les traitements, depuis l'iodoforme jusqu'aux bains surchauffés et prolongés restèrent sans résultat. Ici encore, le raclage donna rapidement un succès inespéré.

En résumé, le phagédénisme, qu'il se porte sur une lésion spécifique ou qu'il attaque une lésion chancreuse simple, est dû, en grande partie, à une infiltration périphérique d'éléments jeunes et de colonies microbiennes qui compriment les vaisseaux et troublent ainsi, profondément, la vitalité des tissus.

Le traitement du phagédénisme doit avoir pour but de détruire toute infiltration capable d'entraver la cicatrisation, et de remplacer par une plaie de bonne nature la plaie serpigineuse, fongueuse et grisâtre du phagédénisme.

L'auteur propose, en somme, de traiter le phagédénisme, qu'il accompagne les accidents syphilitiques ou le chancre simple, par le raclage à la curette tranchante, l'excision des bords décollés avec des ciseaux courbes, suivie d'une cautérisation au thermocautère et d'un pansement avec de la liqueur de Van Swieten dédoublée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'accouchement et pathologie puerpérale (1), par M. le docteur A. Corre.

Dans la plupart des livres consacrés à la science des accouchements, les matières sont présentées d'une façon un peu confuse, ou avec une trop grande minutie de détails, ou d'une manière trop sommaire. L'étudiant et le jeune médecin se perdent dans la lecture des grands traités; mais, s'ils se reportent vers les manuels, ils n'y rencontrent rien qui élève leurs connaissances au-dessus du savoir limité de la sage-femme, à part la description de quelques opérations.

La pathologie relative à la grossesse et à l'état puerpéral a surtout été négligée; et c'est par elle cependant que, dans la pratique usuelle, le médecin soutiendra la supériorité de sa situation et l'honneur attaché à son titre.

C'est pour répondre à ces préoccupations que M. le docteur Corre a voulu condenser dans ce volume un grand nombre de renseignements nécessaires à l'étudiant qui aspire au doctorat et au médecin qui débute en la carrière. Il s'est efforcé d'être complet, avec concision et sans banalité, et surtout de faire connaître l'état de la science dans le domaine des maladies puerpérales et de la chirurgie obstétricale.

Tout en réservant son indépendance d'opinions sur certains points de doctrine, l'auteur a pris pour base de sa rédaction les travaux récents des maîtres de la Faculté de Paris et de leurs élèves les plus distingués. Enfin l'auteur a consacré trois chapitres à la physiologie, à l'hygiène et à la pathologie du nouveau-né, estimant que les soins de l'accoucheur ne s'arrêtent pas à la femme qui vient d'accomplir l'acte parturitif, mais qu'ils doivent s'étendre à l'enfant, pendant les premières semaines de son existence.

(1) In-12. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

L'année scientifique et industrielle (1), par Louis Figuier.

La vingt-huitième *Année scientifique* vient de paraître; comme toujours, elle représente le mouvement des travaux scientifiques, des inventions et des principales applications de la science.

Une des études les plus curieuses du volume est consacrée à la direction des ballons, événement le plus considérable de la dernière année. Nous croyons devoir attirer aussi l'attention du lecteur sur la partie nécrologique. Il y trouvera, à côté des hommages rendus à ceux que nous avons perdus, des notes du plus haut intérêt. Nous n'avons jamais été aussi frappés du côté attachant de ces notices; il est vrai que la science a perdu, en 1884, les Dumas, les Wurtz, les Fonssagrives, les Thénard, les Daguin; pour ne citer que les meilleurs.

La morphinomanie (2), par M. le professeur B. Ball.

La morphinomanie est un vice aujourd'hui si généralement répandu que M. le professeur Ball a cru bon de reproduire, sous une forme accessible au grand public, les leçons qu'il avait professées à ce sujet à la clinique des maladies mentales, et qui ont déjà été publiées dans la *Revue scientifique*.

En trois leçons, l'auteur retrace l'histoire de la morphinomanie. Mais, comme ces trois leçons n'auraient représenté qu'une très mince plaquette, l'auteur a eu la bonne pensée de reproduire quatre leçons qui intéresseront ceux qui portent volontiers leur attention sur la psychologie morbide.

Ces leçons sont consacrées : 1° aux frontières de la folie; 2° au dualisme cérébral; 3° aux rêves prolongés; 4° à la folie gémellaire ou aliénation mentale chez les jumeaux.

Les eaux minérales et les maladies chroniques [deuxième édition] (3), par M. le docteur Durand-Fardel.

Ce livre est la reproduction du cours professé par M. Durand-Fardel à l'École pratique.

Laissant de côté les développements topographiques et pathologiques et les analyses chimiques que renferme son *Traité thérapeutique des eaux minérales*, M. Durand-Fardel s'en tient aux données d'application exclusivement pratiques qui se rattachent à la classification et à la spécialisation des eaux minérales.

Il n'a été fait, à cette deuxième édition, d'autres changements que ceux indiqués par des observations nouvelles, chimiques ou cliniques.

Traitement du choléra (4), par M. le professeur G. Hayem.

Le réveil de l'épidémie dans le Midi donne un regain d'actualité à ce travail. M. le professeur Hayem avait consacré

(1) In-12. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.
(2) In-12. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.
(3) In-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Alcan.
(4) In-12. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

(l'année dernière) une leçon de son cours à l'exposé des principales indications à remplir dans le choléra. Il ne se doutait pas alors qu'il allait avoir à appliquer ce traitement. C'est le résumé de sa propre pratique que le médecin de l'hôpital Saint-Antoine nous donne dans ces quelques pages qu'on lira avec intérêt.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours pour les prix de l'internat des hôpitaux de Paris se composera, sauf modifications, de MM. les docteurs Anger (Th.), Audhoui, Bouilly, Liouville, Monod fils, Ribemont-Dessaignes et Talamon.

— L'Association française pour l'avancement des sciences a choisi la ville de Nancy pour siège de sa quinzième session, en 1886. Cette session sera présidée par M. Friedel, membre de l'Institut et vice-président du Congrès de Grenoble. L'Association a élu pour vice-président, en 1886, M. le docteur Rochard.

— La Société française d'otologie et de laryngologie se réunira en session ordinaire à Paris, les 8, 9 et 10 octobre, à huit heures du soir, à la mairie du 1er arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Les membres de la Société qui désirent faire une ou plusieurs communications dans cette session sont priés d'en prévenir M. le secrétaire et de lui adresser leurs mémoires avant le 20 septembre prochain.

La communication doit être faite ou écrite en français et ne pas dépasser dix pages du bulletin.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Maggiorani, professeur à la Faculté de médecine de Rome, décédé à l'âge de quatre-vingt-cinq ans.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18250

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Chlorose chez un jeune garçon.

Vendredi dernier, à propos d'un cas de persistance du trou de Botal chez une jeune fille, nous avons rappelé que l'adolescence était une période dangereuse à traverser pour les enfants atteints de lésions ou de vices de conformation de l'appareil circulatoire.

C'est aussi l'âge où se développe de préférence une maladie, aussi fréquente chez les jeunes filles que rare chez les garçons, la chlorose.

Il y a eu des théoriciens qui ont prétendu que dans les deux cas les causes de la souffrance éprouvée à cet âge étaient identiques; car, d'après eux, le plus souvent il existerait dans la chlorose un vice de développement, de conformation, portant surtout sur le système circulatoire. Rokitanski, Fleishman, Virchow, etc., ont trouvé des artères d'une étroitesse extrême; Bamberger a vu le cœur trop petit, etc. De telle sorte que, où la plupart des praticiens ne reconnaissent d'apparent qu'une altération des globules et la diminution de leur nombre, d'autres supposeraient en outre des causes vraiment organiques, préexistantes, mises simplement en jeu par le surcroît d'activité vitale que la puberté nécessite.

Quoi qu'il en soit, chacun admet que la chlorose proprement dite survient spécialement dans l'adolescence, et de là est venu son vieux nom *morbus virgineus*.

La menstruation chez la femme est, pour ainsi dire, le début brusque d'une vie nouvelle ; tandis que chez l'homme la puberté s'établit plus graduellement, plus sourdement, d'une manière moins vive et moins nette.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que cette maladie spéciale de la puberté soit surtout l'apanage des jeunes filles.

Quand on en rencontre chez elles les symptômes à l'âge voulu, bien que l'erreur soit encore possible, bien qu'on puisse se trouver quelquefois en présence de fausses chloroses, il est très probable qu'on a affaire à une chlorose vraie, car de toutes les causes de *pâles couleurs*, la chlorose vraie est en pareil cas la plus fréquente de beaucoup. Si c'est, au contraire, un garçon qui présente le même aspect, le calcul des probabilités devient contraire à la chlorose, et il ne faut la supposer que quand on s'est bien assuré par un examen approfondi qu'il ne s'agit pas d'une cachexie pouvant en imiter les signes et telle qu'on en voit, par exemple, dans la phthisie, dans la syphilis, dans l'impaludisme chronique.

A propos d'un enfant de treize ans, couché au n° 10 de la salle Saint-Thomas, à l'hôpital des Enfants de la rue de Sèvres, M. le docteur Hutinel, qui supplée en ce moment M. le professeur Grancher, et qui fait de très bonnes conférences au lit du malade, a longuement insisté sur ces erreurs possibles de diagnostic.

Le jeune garçon dont il s'agissait avait bien au plus haut degré l'apparence caractéristique. Pâle, d'un blanc tirant sur le jaune, les muqueuses décolorées, plutôt un peu bouffi que maigre, d'ailleurs bien musclé et grand pour son âge, il était entré à l'hôpital parce qu'il se sentait essoufflé dès qu'il marchait vite, et s'il voulait courir, éprouvait une douleur vive du côté gauche dans la région de la rate.

Cette douleur fit songer d'abord à l'impaludisme. Mais cet enfant, né à Paris, dans un quartier relativement sain, le quartier de l'École militaire, n'avait jamais eu de fièvre intermittente ; et d'ailleurs, à la percussion, la rate fut trouvée d'un volume tout à fait normal.

Il ne s'agissait pas non plus de cachexie syphilitique, car ce fut en vain qu'on chercha quelque trace de syphilis, il n'y avait de gonflement ganglionnaire dans aucune région.

La respiration était pure, il n'y avait jamais eu de toux, la percussion donnait un son clair dans toute l'étendue des poumons. On n'avait donc point à supposer une phthisie encore latente.

Le cœur n'était pas hypertrophié, la pointe n'en était nullement abaissée (ce qui se rencontre cependant dans un certain nombre de chloroses), les bruits valvulaires étaient nets. Mais en auscultant les vaisseaux du cou, on y notait ces bruits très sonores qui sont communs dans toutes les hydrémies et spécialement dans le genre qui nous occupe.

Il n'avait jamais existé de douleurs articulaires, jamais de gonflement d'aucune articulation. La cachexie rhumatismale n'était certainement pas en cause.

Restait la chlorose qui s'imposait comme diagnostic, malgré le sexe de ce jeune malade.

Interrogé sur ses antécédents, celui-ci raconta qu'il s'était toujours parfaitement porté jusqu'à l'année dernière.

Fils d'un cantonnier, un peu ivrogne, et d'une femme

qui faisait le métier de laver le linge, il avait eu des frères et des sœurs, morts en bas âge, il ne sait pas de quoi. Il lui reste encore une sœur de vingt-deux ans, mariée, mère de deux enfants, dont la santé est, paraît-il, et a toujours été excellente.

Il perdit sa mère il y a deux ans, presque subitement, à la suite d'une hémorrhagie considérable, ayant pour point de départ une tumeur de la joue.

Jusqu'alors il avait toujours mangé à la maison. C'était sa mère qui préparait les repas et le nourrissait surtout de viande. Il allait très bien, était frais et rose, se donnant autant de mouvement que ses camarades du même âge, et cela sans aucune fatigue. Son père, bien que rentrant souvent ivre, ne faisait jamais de querelle, et au contraire était très bon pour lui. On ne l'avait pas mis en apprentissage. Il continua jusqu'à présent à suivre l'école communale.

Après la mort de la mère, le père s'enivra beaucoup moins souvent. Pendant un an, ils continuèrent à prendre leurs repas chez eux. Le père achetait au marché de la viande préparée d'avance et qu'ils mangeaient froide, et il se procurait du vin chez le même marchand qui leur en avait toujours fourni.

Mais ils se lassèrent de ce régime, bien que ne souffrant de l'estomac ni l'un ni l'autre et restant en très bonne santé. Il fut résolu qu'ils déjeuneraient et dîneraient dans quelque gargote, voisine du lieu où le père travaillerait ce jour-là et où le fils irait le rejoindre.

Ce changement de système remonte à un an environ. Depuis lors, ce jeune garçon eut plusieurs fois des vomissements qui n'avaient été provoqués par aucun écart de régime et ne s'accompagnaient, du reste, d'aucune douleur. Il est très affirmatif sur ce point. Il n'a souffert et ne souffre ni de l'estomac, ni du ventre, ni de la tête, ni de nulle part, sauf de la région de la rate quand il court ou marche trop vite.

C'est depuis un mois environ que s'est manifestée, pour la première fois, cette douleur du côté gauche. C'est également depuis un mois qu'il a commencé à devenir pâle et à s'essouffler facilement.

En résumé : voilà un jeune garçon, né à Paris, d'un père un peu alcoolique, ayant toujours habité cette ville, n'ayant jamais fait de maladie, n'ayant jamais souffert de la misère et de la faim, grand d'ailleurs, solidement musclé et très robuste d'apparence, qui devient chlorotique à un haut degré vers l'âge de treize ans, sans qu'on puisse trouver pour le dérangement de sa santé, jusqu'alors excellente, d'autre circonstance occasionnelle qu'un changement de régime alimentaire.

Tant qu'il s'est nourri à la maison, buvant le vin fourni par un même marchand, il a toujours digéré très bien.

Depuis qu'il mange à la gargote, il est devenu sujet à des vomissements, et il a perdu en quelques mois ses belles couleurs et ses forces.

Cela ne rappelle-t-il pas un peu les idées de M. le professeur Grancher, que nous avons exposées déjà, sur l'action nocive des vins fraudés, les intoxications lentes et progressives, et même parfois les cachexies profondes qui en résultent?

Quoi qu'il en soit, s'agît-il simplement d'une chlorose franche de la puberté développée dans le sexe mâle sans rien d'extérieur pour la déterminer, ce n'en serait pas moins un fait rare, bon à étudier et à recueillir.

Guérison d'une énorme hernie irréductible.

Nous n'emploierons pas le mot *radicale* pour la *cure* de la hernie dont il est question, car ce mot paraîtrait impliquer l'impossibilité de toute récidive, et tel n'est pas le cas.

Mais le fait est qu'aujourd'hui, en présence d'une hernie énorme, irréductible, trop gênante, on n'hésite plus à pratiquer, même sans s'y trouver obligé par des phénomènes soit d'étranglement, soit même d'engouement herniaire, une opération *très radicale* qui fasse disparaître cette cause d'ennuis. Et grâce aux moyens d'antisepsie que l'on possède actuellement, les suites de ces opérations sont habituellement si bénignes qu'on se trouve naturellement encouragé dans cette voie.

Prenons pour exemple un malade couché à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 1, dans le service de M. Bouilly, suppléant de M. Tillaux.

Cet homme, âgé de trente ans, cocher, était depuis une dizaine d'années porteur d'une énorme hernie du côté gauche qui n'avait jamais été contenue. Lorsqu'il entra à l'hôpital, le 15 juillet, cette hernie avait environ le volume d'une petite tête d'adulte. Elle était par place sonore à la percussion, et fut jugée de nature entéro-épiploïque.

Le malade désirait vivement en être délivré; et M. Bouilly l'opéra le 27 juillet. Une fois les téguments et le sac incisés verticalement, on se vit en présence d'une masse d'épiploon et d'une anse du gros intestin adhérant aux parois du sac.

L'épiploon hernié fut réséqué; il pesait 630 grammes. L'intestin détaché de ses adhérences fut refoulé dans la cavité abdominale. On évalue à 25 centimètres environ la longueur de qu'il fallut ainsi en rentrer. Tout ce qu'on pouvait aisément isoler du sac, c'est-à-dire tout ce qui n'adhérait pas au cordon et à ses vaisseaux, fut réséqué. Puis on plaça sur ce qui en restait, le plus près possible de l'ouverture péritonéale, entre les piliers de l'anneau, des sutures solides en gros catgut qui en rapprochaient les parois et en fermaient l'entrée. Un drain fut introduit, puis la plaie extérieure refermée par des points de suture. Le pansement consista en iodoforme, pansement de Lister et par-dessus sachet de cellulose au sublimé. Ce pansement resta en place jusqu'au cinquième jour. Quand on le retira, la plaie extérieure était réunie sur presque toute sa longueur, et on put se contenter d'un pansement très simple à l'iodoforme, presque à ciel ouvert, après avoir retiré le drain, et soulevé les bourses en les appuyant sur un carton.

Il n'y eut pas un seul jour de fièvre. La température ne s'éleva qu'une seule fois au-dessus de 38 degrés; c'était le dixième jour après l'opération et sans cause connue. Cette ascension ne dura qu'un seul jour et n'eut pas de suite. Après comme avant, le thermomètre se maintint entre 37 et 38 degrés. L'appétit n'a jamais cessé d'être très bon.

Aujourd'hui cet homme, dont la plaie, de 10 centimètres environ d'un bout à l'autre, est complètement fermée, dont les bourses ne contiennent plus ni intestin ni épiploon, se prépare à quitter l'hôpital.

A la palpation on sent à gauche, en haut du scrotum, un corps dur qui s'étend jusque dans l'anneau; c'est le collet du sac épaissi et induré. Mais, même quand on fait tousser cet homme, la hernie ne se reproduit plus. On ne sent pas la moindre impulsion. Le canal est bien obturé, l'intestin est bien maintenu par la présence de ce collet du sac.

Est-ce à dire qu'on pourrait se passer de bandage? Non, sans doute, car à la longue, par suite d'efforts répétés, l'ob-

stacle pourrait se déplacer, un nouveau sac pourrait se former, et l'intestin ou l'épiploon pourrait y descendre.

Mais la nécessité de porter un bandage est un bien petit inconvénient si on le met en balance avec celui de porter une hernie énorme irréductible.

Revue rétrospective.

Dans le cours de ces derniers mois, nous avons parlé de plusieurs malades en cours de traitement. Pour quelques-uns, nous avons indiqué déjà quel avait été le résultat final. Nous ne l'avons pas encore dit pour d'autres; et ce sont ces derniers qui vont faire l'objet de cette revue rétrospective.

I. Comme il n'était que trop prévu, le malade de M. Lancereaux, atteint de paraplégie, de rhumatismes multiples, de plaques gangreneuses et d'œdème, a succombé fort peu de jours après la Revue clinique dans laquelle nous parlions de lui (1). On a trouvé, à l'autopsie, la preuve qu'il avait bien été atteint d'un véritable rhumatisme aigu, retentissant non seulement sur diverses articulations, mais sur le péricarde, l'endocarde et la plèvre. Ainsi l'hypothèse d'arthralgie simple par cause médullaire se trouve écartée. A l'œil nu, la moelle épinière ne présentait aucune grosse lésion, ce qui ne veut pas dire qu'elle n'avait pas été au moins le siège d'une congestion, d'une hyperhémie fluxionnaire rhumatismale : il est, au contraire, très probable que l'on doit expliquer ainsi la paraplégie du début. Mais on ne pourra pas dire s'il ne s'était pas produit des lésions médullaires plus caractérisées et systématiques tant qu'on n'aura pas procédé à l'examen microscopique de cette moelle, qu'on a mise à durcir.

II. Il faut attendre également cet examen microscopique pour bien connaître les lésions de la moelle qui ont produit une paralysie des quatre membres, du gonflement des articulations des membres inférieurs, de l'œdème, de la gangrène aux régions sacrée, trochantérienne, etc., et enfin la mort, chez le garçon marchand de vins entré dans le service de M. Desnos, et dont nous avons souvent parlé (2).

Pour lui aussi, l'issue fatale semblait infiniment probable, et elle n'a pas tardé longtemps.

III. Un troisième malade pour lequel les chances de guérison paraissaient presque nulles, cet homme auquel on a réséqué $1^{m},50$ de gros intestin qu'il s'était arraché du ventre dans une tentative de suicide (3), est mort le lendemain de l'opération.

IV. Chez le menuisier, au contraire, qui dans un effort s'était rompu une des valvules du cœur (4), et chez lequel, d'après ce qui s'était passé dans quelques autres cas semblables, il y avait à craindre une terminaison rapidement funeste, les choses s'arrangent beaucoup mieux qu'elles ne semblaient devoir le faire. M. Peter a eu l'idée de faire poser à ce malade un cautère dans le dos, entre le bord interne de la colonne vertébrale et du scapulum, tout près du cou. A partir de ce moment, l'oppression est devenue beaucoup moins forte, les palpitations moins pénibles, les maux de tête moins violents et moins continuels, les sueurs moins faciles et moins profuses à l'occasion des mouvements. Cet homme, qui était obligé jusque-là de s'accrocher à la rampe et de s'arrêter tous les quelques pas, étouffant, quand il voulait monter l'escalier de l'hôpital, le gravit maintenant d'un pas rapide, sauf à souffler et à suer un peu. Bien entendu, les bruits du cœur et des vaisseaux sont restés les mêmes. Il n'y a pas de guérison à espérer. Mais la tolérance paraît établie; et rien n'empêchera cet homme de vivre longtemps, comme vivent ceux qui ont une insuffisance du même orifice cardiaque, due à d'autres causes.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1885, pp. 673 et suivantes.
(2) *Idem*, pp. 609 et suivantes; 634 et suivantes; 673.
(3) *Idem*, p. 721.
(4) *Idem*, p. 697.

V. Quant à la jeune fille qui présentait une insuffisance du trou de Botal (1), après s'être reposée durant quelques jours à la Charité, elle en est sortie à peu près dans le même état.

Nous ferons remarquer à ce propos que la différence de coloration dans l'état de repos ou après un effort est très fréquente chez les sujets qui se trouvent dans les mêmes conditions. Nous venons encore d'en observer un nouvel exemple chez un enfant que l'on apportait dans le service de M. Hutinel, à l'hospice des Enfants-Malades de la rue de Sèvres. Cet enfant, sitôt qu'il criait (et il criait facilement), devenait d'un bleu violacé. Il reprenait un teint rose normal quand il était resté quelque temps en repos. Comme il arrive souvent en cas de persistance du trou de Botal ou du canal artériel, on ne percevait, en l'auscultant, aucun bruit de souffle cardiaque. Nous avons déjà expliqué pourquoi, durant les périodes de repos, il entre fort peu de sang dans le ventricule gauche et le système artériel de la grande circulation.

VI. La malade atteinte d'angine perforante (2), qui se trouvait dans le service de M. Féréol, en est sortie à peu près guérie après un traitement mercuriel, institué dans la pensée que cette angine pouvait être de nature syphilitique.

VII. Le garçon marchand de vin qui, par suite d'excès alcooliques inaccoutumés, présentait une ébauche de cirrhose hypertrophique (3), est sorti complètement guéri au bout d'une quinzaine de jours.

VIII. Enfin nous avons revu ce matin le malade dont il était question dans une de nos dernières Revues cliniques (4), et qui, opéré d'un abcès du foie par M. Bouilly, n'ayant pas eu un instant de fièvre, criait la faim dès le lendemain. Aucun accident ne s'est produit, l'écoulement purulent est à peu près tari, la poche est revenue sur elle-même, le foie a repris son volume, on a retiré le drain, car il ne reste plus qu'un très court trajet fistuleux sous-cutané, que la présence de ce corps étranger entretenait sale.

L'épidémie de choléra à Toulon et à Marseille.

Jamais encore les questions soulevées par la présence du choléra ne se sont montrées aussi nombreuses, aussi délicates que cette année.

Il ne s'agit plus seulement de la vieille querelle entre la doctrine de l'importation et celle de l'éclosion sur place. Les rapports constants établis par nos expéditions lointaines entre nos ports méditerranéens et les régions de l'extrême

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, p. 761.
(2) *Idem*, p. 537.
(3) *Idem*, p. 651.
(4) *Idem*, p. 761.

Orient où le choléra sévit d'ordinaire, sont venus compliquer le problème. On se demande si le réveil des épidémies ne serait pas dû à des importations multiples, et dans une lettre qui a été lue à l'Académie de médecine, M. Solari exprime de grandes craintes pour l'avenir.

En effet, on a vu la zone d'acclimatement de la fièvre jaune en Amérique s'accroître d'année en année. Quelque exotiques que soient les germes d'une maladie contagieuse, quelque limité, quelque brûlant qu'en soit le pays d'origine, il peut arriver qu'ils s'accommodent peu à peu à d'autres climats, comme ces arbres des pays chauds qu'avec une patience suffisante on parvient à faire prospérer en pleine terre dans nos contrées. Il est possible que l'acclimatement amène certaines modifications dans leur développement, dans leur manière d'être, leur communique d'autres allures, d'autres traits saillants, — comme il arrive pour des êtres vivants, pour des plantes qui s'acclimatent, — et créent, pour ainsi dire, des espèces nouvelles à étudier à part.

D'ailleurs, même en laissant de côté cette question d'acclimatement, à quelque point de vue qu'on se place, les moindres particularités relatives au choléra reprennent un intérêt extrême, en ce moment où les conditions de production et de développement des épidémies préoccupent tous les esprits.

C'est sans le moindre parti que la *Gazette des hôpitaux* a ouvert une vaste enquête sur ces questions à l'ordre du jour, et les documents que nous adressent des lieux où sévit le choléra les praticiens les plus éminents, les observateurs les mieux placés pour bien voir et pour bien juger, sont infiniment plus instructifs que toutes les discussions théoriques faites à distance.

Sur l'épidémie de Toulon, voici les renseignements fournis par M. le docteur Aude, médecin en chef de la marine :

« Le choléra a fait son apparition à Toulon le 8 août en frappant un musicien de la marine, domicilié dans le faubourg du Pont-du-Las qui, l'an dernier, avait été très éprouvé. Du 8 au 19, pas de cas. Le 19, 1 décès; le 20, 2; le 21, 3; le 22, 4; le 23, 10. La nuit du 23 au 24 a été fort mauvaise; on a relevé, de quatre heures du soir à quatre heures du matin, 29 décès cholériques.

Tous les quartiers de la ville ont été atteints, et principalement la rue Nationale où se trouve l'hôpital de la marine; les faubourgs paraissent être moins touchés. Il est mort, dans les premiers jours, une dizaine d'officiers appartenant aux divers services de la marine; ces officiers étaient tous, à des degrés divers, des valétudinaires diarrhéiques de Cochinchine et du Tonkin, anémiques ou hépatiques des tropiques, fébricitants coloniaux. Et le nombre est ici fort grand de gens qui se trouvent dans ce cas.

Au début, les malades atteints ont offert peu d'espoir de guérison. Les vomissements, la diarrhée et les crampes sont de peu de durée. Le pouls baisse rapidement, le refroidissement est prompt, la cyanose s'établit, la respiration est lente; les malades ne se plaignent pas; ils paraissent peu souffrir, le disent même; ils prennent les liquides qu'on leur offre, disent qu'ils se sentent faibles, demandent à dormir, et ils s'éteignent après six, huit ou dix heures de maladie. C'est le choléra asphyxique.

Les traitements varient selon les cas et les médecins appelés. C'est cependant à peu près toujours la médecine des symptômes qui est le plus employée. Les injections hypodermiques d'éther échouent comme les autres médications.

Le corps médical a déjà payé son tribut. Un médecin de deuxième classe de la marine, M. Augier, un étudiant de la marine, M. Brunet, et un pharmacien civil, M. Girent, ont été victimes du choléra.

La classe aisée est relativement plus frappée que la classe pauvre. C'est le choléra des riches, dit-on en ville. Comme on cherche toujours une explication capable de faire penser à un accident plutôt qu'à une épidémie, on attribue la grande mortalité du 23 au 24 à un empoisonnement causé par le mélange des eaux savonneuses d'un béal aux eaux de fontaine. Une enquête est ouverte à ce sujet. L'an dernier, nos plus fortes journées ont été de cinquante décès. Atteindrons-nous ce chiffre cette année? Il est plus consolant de penser que non, de considérer comme un coup de fouet la mortalité d'avant-hier et d'espérer qu'elle ne sera pas dépassée. Déjà, ce matin (25 août), on signale dans les hôpitaux et en ville une détente bien accentuée dans le nombre des cas et dans leur gravité; deux personnes connues de la ville, qu'on considérait comme bien perdues, vivent encore et ont des chances de guérison.

L'hôpital maritime de la ville est évacué, l'hôpital civil de Bon-Rencontre n'est pas ouvert; l'hôpital de Saint-Mandrier reçoit les cholériques militaires; il y en a actuellement de 25 à 30 en traitement. La population est plus calme que l'an dernier; on ne part pas : et on a tort, à mon avis; car j'estime que la dissémination est le seul moyen d'atténuer les chiffres de la mortalité. Du reste, toute la Provence est prise.

Le comité de salubrité publique demande des médecins à Paris et à la province. Ils sont ici déjà fort nombreux, bien que la plupart des médecins de la marine soient en expédition au Tonkin ou ailleurs.

Le docteur Jules Rochard, membre de l'Académie de médecine et inspecteur général du service de santé de la marine est au milieu de nous; il est venu, comme l'an dernier, prêter son concours et présider aux mesures à prendre pour préserver, autant que faire se peut, les garnisons et limiter l'action du fléau. »

Sur l'épidémie de Marseille, M. le professeur Roux de Brignoles, secrétaire du comité d'hygiène, complète ainsi qu'il suit, à la date du 25 août, les informations si intéressantes que nous avons déjà publiées de lui :

« Nos prévisions ne se sont pas réalisées. Devant l'extension indéniable de l'épidémie, la commission administrative des hôpitaux s'est vue forcée d'ouvrir l'hôpital du Pharo le 10 août. Le séjour des cholériques, devenus trop nombreux à l'Hôtel-Dieu et à la Conception, constituait un péril d'infection pour ces deux hôpitaux. Les services ont été organisés en quelques instants, et depuis cette époque tous les cholériques ont été dirigés sur ce point, certainement parfaitement isolé, mais beaucoup trop éloigné de certains faubourgs très éprouvés.

Nous croyions encore fermement le 12 août que Marseille ne se trouvait pas de nouveau en présence d'un mal sérieux, d'une véritable épidémie; mais le nombre toujours croissant des malades et des décès nous force aujourd'hui à nous incliner devant une cruelle vérité.

Le 10 août, M. le maire de Marseille, s'inspirant des conseils d'une commission d'hygiène municipale, prenait comme mesure de prévoyance la résolution d'établir des bureaux de secours. L'organisation de ces bureaux est, cette année, sagement combinée et fonctionne très bien.

Les journaux de la localité, se faisant l'écho des plaintes

de M. Brouardel, insèrent chaque jour de longs articles, malheureusement trop justifiés par la mauvaise tenue de certaines rues, l'insalubrité de nos bouches d'égout, du canal de la Douane, etc. Mais en même temps nous constatons une amélioration sensible dans la gravité des cas.

La deuxième quinzaine d'août a vu une recrudescence considérable. Quelques localités voisines ont été frappées; Salon surtout, dont une partie de la population a émigré, a perdu beaucoup de monde dans la vieille ville. Cependant il ne faut point encore nier la possibilité d'une diminution rapide de l'épidémie.

Depuis quelques jours la température est plus fraîche, le temps est splendide. Markowitch nous disait l'année dernière, avec la grande autorité qu'il a acquise en traversant de si nombreuses épidémies cholériques sur les bords du Danube : « Une épidémie de choléra ne dure pas plus de trois mois. » Si donc nous comptons à partir du 15 juin, nous devons en avoir fini vers la fin de septembre.

Aujourd'hui les quartiers les plus frappés sont les suivants : le faubourg de la Capelette, qui borde le chemin de Toulon; le grand chemin d'Aix et la vieille ville enserrée par les ports.

Le quartier de la Gare et des allées de Meilhan, si éprouvé l'année dernière, a été presque épargné jusqu'à ce jour.

Je crains que la tenue de la foire de Saint-Lazare à la plaine Saint-Michel ne soit une cause de recrudescence, ou d'arrêt dans le mouvement décroissant de la mortalité. Dans les épidémies de 1854 et les suivantes, nous avons constaté ce triste résultat. Les habitants des faubourgs, des villages voisins, arrivent en foule chaque soir s'entasser devant les baraques des marchands forains, des saltimbanques, etc. Cette agglomération ne vaut rien, et la municipalité ne sait pas ou ne peut pas supprimer cette cause d'infection.

Le corps médical fait preuve du plus grand zèle et déploie une très grande activité au milieu d'une population plus aguerrie et plus énergique. Tout se passe avec ordre et sans mise en scène. Mais nous avons encore à lutter trop souvent contre les refus qu'opposent à nos soins de pauvres diables ignorants et méfiants.

Nous avons, dans ce moment encore, de 45 à 50 décès cholériques par jour. Mais les guérisons sont aujourd'hui plus nombreuses qu'au début, comme d'ailleurs chacun de nous, vieillis dans le métier, a pu le constater dans toutes les épidémies précédentes. »

M. le docteur Isnard, médecin principal des douanes, nous adresse la lettre suivante, reçue le même jour :

« Sans doute, le choléra est en progrès à Marseille. Mais son allure est différente cette année.

En 1884, son invasion est brusque, son ascension rapide. En peu de jours, il arrive à son apogée. Le 27 juin, 1 décès; le 28, 3; vers le 12 juillet, environ 80 décès, chiffre maximum.

En 1885, sa marche est lentement progressive. Il oscille fréquemment.

Voici d'ailleurs les chiffres de l'état civil :

En mai, 2 décès cholériques.

En juin, 2 décès.

En juillet, le 14, 1 décès; le 15, 1; le 16, 2; le 19, 1; le 20, 1; le 23, 3; le 24, 3; le 25, 2; le 27, 1; le 28, 3; le 29, 4; le 30, 8.

En août, le 1er, 19; le 2, 16; le 3, 12; le 4, 20; le 5, 28; le 6, 29; le 7, 27; le 8, 21; le 9, 17; le 10, 38; le 11, 42; le 12, 14; le 13, 29; le 14, 25; le 15, 28; le 16, 35; le 17, 25; le 18, 28; le 19, 27; le 20, 64; le 21, 69; le 22, 46; le 23, 45.

L'année dernière, le choléra avait particulièrement sévi dans les quartiers populeux de la banlieue, dont quelques-uns étaient devenus des foyers intenses.

Cette année il est plus disséminé, tout en étant plus répandu dans les mêmes quartiers.

Comme toujours, le principal tribut est fourni par les intempérants, les alcooliques, les vieillards, les valétudinaires, les individus atteints de maladies chroniques, les malheureux, ceux qui ne veulent pas ou ne peuvent pas se soumettre aux règles de l'hygiène. »

M. le docteur Charles nous signale l'extension de l'épidémie jusqu'à son quartier, d'abord indemne :

« Le quartier de la Belle-de-Mai qui, dans les épidémies, est d'ordinaire un des premiers à donner, s'était maintenu jusqu'au 15 août dans la réserve, lorsque, subitement, la situation s'est aggravée. Le nombre des cholériques, insignifiant jusqu'alors, s'est élevé sensiblement, et nous avons eu, dans la semaine du 15 au 23 août, environ 25 décès, ce qui suppose une trentaine de cas. Ce chiffre n'a rien d'alarmant, si l'on considère que la Belle-de-Mai compte 22 000 habitants parmi lesquels se trouvent une foule d'ouvriers italiens qui vivent dans les conditions hygiéniques les plus déplorables. Dans la grande majorité des cas, l'état des voies digestives semble appuyer la théorie des symptômes prémonitoires de M. Jules Guérin, mais on note aussi des malades chez qui la diarrhée et l'inappétence n'ont précédé que de quelques heures le vomissement, la cyanose et l'état comateux.

La diarrhée prémonitoire s'observe surtout chez les femmes dont beaucoup sont heureuses d'avoir ce flux intestinal qu'elles regardent comme une bonne aubaine, et qu'elles seraient désolées d'entraver. Après quelques jours, la soif arrive et entraîne fatalement l'excès des boissons qui a lui-même pour conséquence immédiate l'apparition des phénomènes qui vont se dérouler jusqu'à la fin.

Chez les hommes, ce que je constate le plus souvent, comme cause déterminante de l'attaque, c'est le refroidissement artificiel des intestins et de l'enveloppe cutanée. L'ouvrier qui travaille sous un soleil de plomb ne peut se dispenser de boire abondamment. Rentré le soir, il recherche encore avidement les boissons les plus fraîches et s'expose au rayonnement nocturne, débarrassé de tous ses vêtements. Enfin, il se couche après un maigre repas, et, vers trois heures du matin, le médecin, appelé, constate déjà l'absence du pouls, l'anurie, l'aphonie et tous les autres symptômes. Ce genre d'attaque s'observe très souvent chez les Italiens qui, pour la plupart, se jettent sur leur lit nus comme vers. »

Un savant praticien, qui occupe à Marseille une haute situation, nous écrit à la date du 26 août :

« Je ne sais si l'on doit considérer ce choléra comme un réveil de celui de l'année dernière ou comme une nouvelle invasion ; les micrographes marseillais qui ont fait les premières autopsies n'y ont pas trouvé le bacille-virgule. Pourtant les personnes qui étaient mortes avaient présenté tous les symptômes du choléra asiatique (diarrhée riziforme, vomissements, crampes, algidité). Ce n'est que le 16 juillet que le bacille aurait été trouvé dans les déjections d'un

matelot suédois tombé malade à bord de son navire dans le vieux pont; ce ne serait donc qu'à cette époque que l'épidémie aurait commencé, si l'on admet la doctrine du docteur Koch.

Mais dès le 18 mai une femme, âgée de soixante-dix ans, habitant à Saint-Barnabé (banlieue de Marseille), a, après avoir mangé une grande quantité de fèves, présenté des symptômes de choléra non douteux pour les cliniciens. Admise à l'hôpital de la Conception, elle y est morte trois jours après.

Le second cas s'est déclaré le 28 mai au milieu de la ville; le malade était un décrotteur, qui est sorti de l'hôpital guéri.

D'après les renseignements qu'elles ont donné, ces deux personnes avaient eu une diarrhée prémonitoire de trois à quatre jours de durée.

Le 4 juin, un cas foudroyant a eu lieu dans le quartier d'Arenc.

Le 6, un autre au centre de la ville.

Le 16, plusieurs cas ont été signalés, mais je ne puis en garantir l'authenticité.

Somme toute, jusqu'au 16 juin nous avons eu à Marseille 19 décès cholériques; les jours suivants il y en a eu 1 ou 2 chaque jour, mais vers le 28, l'épidémie a pris des proportions assez fortes, et le 30 il y a eu 15 morts : dès lors la mortalité n'a fait qu'augmenter et nous avons eu des journées dans lesquelles on comptait tantôt 30, tantôt 40 décès cholériques.

Le 20 août, sur 120 décès, il y en avait 82 cholériques.

Le 21 août, sur 112 décès, il y en avait 71 —

Les 22, 23 et 24, la mortalité a diminué : 80-90 décès dont 40-50 cholériques.

Depuis l'ouverture de l'hôpital du Pharo, qui a eu lieu le 11 août, il est entré à cet hôpital 235 malades, 106 sont morts; hier il en restait 96 en traitement, et parmi eux un grand nombre était en convalescence. Avant l'ouverture de l'hôpital du Pharo, la commission administrative des hospices avait été obligée de placer un grand nombre de cholériques dans les deux autres hôpitaux; on les avait mis dans des salles isolées.

Je me permets de vous faire remarquer que le choléra, qui, l'année dernière, semblait être la maladie des misérables de la santé et de la fortune, frappe cette année indistinctement toutes les classes.

Le nombre total des décès cholériques s'élève jusqu'à hier soir à 846. »

L'état sanitaire et les cas isolés d'Avignon.

Toutes les lettres reçues d'Avignon et dont quelques-unes, parvenues trop tard, n'ont pu trouver place dans notre dernière Revue clinique, signalent la faible mortalité chez les adultes et la fréquence de l'atrepsie chez les enfants.

M. le docteur Taulier, médecin des hôpitaux, ancien président du conseil sanitaire et qui dirige encore actuellement le service de salubrité, nous écrit à ce sujet :

« Il y a eu à Avignon une mortalité plus considérable des enfants, mortalité due à l'atrepsie, dans sa forme aiguë ou chronique. . . . .

Depuis (le 10 août), aucun nouveau cas n'a été signalé tant dans la ville que dans la banlieue. L'état sanitaire est *excellent*, peu ou pas de malades. Mortalité inférieure à celles des années précédentes.

Le vent du Nord, qui, dit-on, est le vent qui amène la santé, souffle depuis plusieurs jours.

Avignon est, vous le voyez, privilégié et si quelque chose de nouveau survenait je vous en informerais et en serais le premier avisé. »

M. le docteur Carré, passant en revue les trois cas de choléra proprement dit, nous donne des détails sur celui des trois qu'il a traité et qui s'est terminé par la guérison :

« J'ai observé de mon côté, dans ma clientèle, le fait d'un jeune homme de vingt ans, venant de Cadenet, localité située sur la ligne de Carantan à Marseille. C'est le deuxième fait d'importation. Il a eu tous les signes du choléra : cyanose, vomissements incoercibles, selles riziformes, anxiété précordiale, anurie, crampes, etc. La période d'augment n'a été que de douze heures; la réaction une fois établie s'est démentie à diverses reprises, s'est accompagnée de phénomènes typhiques, syncopes, etc. Bref la convalescence s'est établie franchement le 17, et le 20, il a pu être transporté chez lui, commençant à s'alimenter, avec une éruption vésiculaire générale et quelques furoncles. »

M. le docteur Blanc signale quelques cas de cholérine :

« J'ai observé deux cas de cholérine qui, malgré des symptômes graves, vomissements continus, selles riziformes, crampes, anurie, algidité, ont parfaitement guéri.

Le premier de ces faits est du 2 juillet, le second du 4 août. Quelques-uns de mes confrères ont aussi observé des cas analogues. Il n'y a là rien d'étonnant; voilà dix ans que j'exerce la médecine à Avignon et je n'ai jamais traversé l'été sans être témoin d'un ou de plusieurs faits semblables.

J'arrive au point essentiel : deux malades sont morts le même jour, le dimanche 9 août, avec les symptômes du choléra. . . . .

J'ai été témoin du second cas, je puis donc vous fournir des renseignements plus précis.

Le monastère du Bon Pasteur, situé dans l'enceinte de la ville avait eu l'année dernière cinq ou six cas de choléra, tous terminés par la guérison. C'est dans ce même couvent que j'ai observé le fait suivant.

P... M., trente-deux ans, très bien portante, n'ayant pas quitté le couvent depuis plusieurs années, se plaint le jeudi 6 août, de céphalalgie intense avec redoublements nocturnes, pour laquelle je fais administrer, le 6 et le 7, 60 centigrammes de sulfate de quinine. Le 8 au matin, la malade se trouve beaucoup mieux, elle a reposé et n'a pas souffert pendant la nuit. Elle ne présente pas d'autres symptômes que ceux d'un embarras gastrique *avec constipation.*

Le 8 août, à onze heures du matin, P... est prise sans cause appréciable de diarrhée et de vomissements incessants, crampes, douleurs excessives dans le ventre qui est fortement rétracté. A trois heures de l'après-midi, quand je vis la malade, la voix était éteinte, la peau froide, les extrémités cyanosées, la respiration haletante, les selles et les vomissements riziformes n'avaient pas discontinué, la parole était imperceptible.

Pendant la nuit, les selles et les vomissements ont été moins fréquents, mais l'état général est resté le même, l'anurie a été absolue, et la malade a succombé le dimanche 9 août, à deux heures du soir, sans avoir présenté le moindre indice de réaction.

Tels sont les faits. S'il est impossible de nier que nous sommes, comme toute la région du Midi, sous une influence

épidémique, il est cependant rigoureusement exact d'affirmer que les faits observés, échelonnés sur une période de cinquante jours environ, sont trop peu nombreux, trop indépendants les uns des autres pour constituer une épidémie. C'est un reliquat de 1884, et ma conviction est que tout se bornera là. »

Au dernier moment, nous recevons de M. le docteur Artaud, ancien directeur de la Santé, une lettre que le défaut de temps et de place ne nous permet pas de publier. M. Artaud, de passage à Toulon, y a constaté par lui-même l'extrême gravité des cas actuels. Dans sa maison, un officier supérieur de haut grade, pris de choléra, mais très bien soigné, est mort subitement, peu après avoir paru entrer dans une période de réaction franche.

Par arrêté préfectoral, en date du 14 août, portant effet du 1er janvier 1885, le traitement des pharmaciens en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine est fixé ainsi qu'il suit :

Sainte-Anne : Troisième classe, 5000 francs; deuxième classe, 5500 francs; première classe, 6000 francs.

Villejuif, Ville-Évrard, Vaucluse : troisième classe, 4000 francs; deuxième classe, 4500 francs; première classe, 5000 francs.

Le passage à une classe supérieure ne pourra avoir lieu qu'après trois ans au moins d'exercice dans la classe immédiatement inférieure.

Bibliothèque anthropologique : la Femme; essai de sociologie physiologique, ce qu'elle a été, ce qu'elle est; les théories, ce qu'elle doit être, par le docteur H. Thulié, ancien président de la Société d'anthropologie, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Cholera curable; a demonstration of the causes, non contagiousness and successuf treatement of the disease by John Chapman, M.D. In-8° de 127 pages. — London, 1885, J. et A. Churchill; Paris, Galignani.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18258.

51

"VASELINE"

est le seul produit de son genre qui ait obtenu partout une consécration officielle.

MARQUE

GELÉE DE "VASELINE" PÉTROLE

DE FABRIQUE

NE RANCISSANT JAMAIS

Préparée expressément pour la médecine, la pharmacie, l'art vétérinaire, la parfumerie, etc.,

SEULEMENT PAR

THE CHESEBROUGH MANUFACTURING COMPANY (CONSOLIDATED)

Bureaux :

New-York, 24, State Street. — Londres, 41, Holbarn Viaduct. — Paris, 13, avenue de l'Opéra.

EXPÉDITIONS DANS LE MONDE ENTIER.

La "**VASELINE**", médaillée à l'Institut américain, 1874, à Philadelphie, 1876, à New-York, 1877, à Paris, 1878, à Londres, 1881 et 1884, etc., etc., est une substance onctueuse, semi-solide, sans goût, sans odeur, très adoucissante, éminemment émolliente, et surtout ne *rancissant jamais*. Les médecins la prescrivent à l'intérieur et à l'extérieur.

"**VASELINE**" a été approuvée par toute la presse médicale d'Angleterre, de France, d'Allemagne, d'Amérique, etc., etc. Elle a été recommandée par les médecins, les chirurgiens, les chimistes les plus distingués de tous les pays et elle est employée dans tous les hôpitaux.

"**VASELINE**" est la seule préparation de pétrole qui ait été recommandée par tout le monde médical.

(Voir : *Officine Dorvault*, 10e édition, Paris 1880, p. 1383 et 1384.
Recueil d'ophthalmologie, par le docteur Xavier Galezowski, 1877.
L'Union médicale, par M. Guichet, mars 1877.
Annuaire de thérapeutique, par MM. Gueneau de Mussy et Limousin, 1877.
Dito, par le docteur A. Bouchardat.
Journal de médecine et de chirurgie, par le docteur J. Lucas-Championnière, 1878.
Dito, Prescriptions et formules, avril 1878.
Journal de pharmacie et de chimie, septembre 1878.)

Le procédé employé pour sa fabrication est le **seul** procédé reconnu comme désinfectant le pétrole sans enlever ses propriétés pour les usages médicinaux, pharmaceutiques et de la toilette.

Le mot "**VASELINE**" ne s'applique uniquement qu'aux préparations fabriquées par nous.

Nous prions messieurs les médecins qui ordonnent la "**VASELINE**" de porter leur attention à ce qu'on n'emploie que l'article vrai, parce que c'est le seul bon. Notre produit doit être jugé d'après son mérite et non sur la mauvaise qualité des imitations sans valeur qui se trafiquent sur la popularité acquise par "**VASELINE**".

CHESEBROUGH MANUFACTURING Co

13, avenue de l'Opéra.

N.-B. — *Se méfier des contrefaçons dangereuses et déloyales.*

75

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

57

POUDRE DE VIANDE DE BŒUF

DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.

(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5 ; lactine, 1/5 ; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

Vente en gros : Paris, Trouette-Perret, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

19

POUDRE DE VIANDE DE BŒUF

DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE

De Trouette-Perret

(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

Vente en gros : Paris, Trouette-Perret, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

1

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

78

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

140

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

23

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phtisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rend aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30o.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau ; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (Bouchardat, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie Champigny, 57, r. Clichy ; 10, r. Port-Mahon.

22

KOUMYS-EDWARD

Traitement des maladies de poitrine et de l'estomac, phtisie, etc. — Seul adopté dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or Paris 1875.

Adde, phien, 7, r. du Marché-St-Honoré, Paris.

66

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 100. — MARDI 1er SEPTEMBRE 1885. 58e ANNÉE. MARDI 1er SEPTEMBRE 1885. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, 31 août 1885.

Documents sur le choléra.

Voici un extrait de la lettre, déjà mentionnée, de M. le docteur Artaud, ancien directeur du service de santé de la marine à Toulon.

« Occupé pendant la journée du 22 août à accomplir une foule de commissions, à régler quelques affaires personnelles, ayant traversé la rade pour aller voir de vieux amis, je ne rentrai chez moi, rue de l'Intendance, 2, que vers six heures et demie.

Je me heurtai dans l'escalier de la maison avec un infirmier très ému, très affairé, tenant une ordonnance de médecin à la main.

— Qu'y a-t-il donc ?

— M. J..., inspecteur en chef de la marine, est agonisant ! il vient d'être administré. Il a la *maladie*. Je ne fis qu'un bond au troisième étage, au-dessus de mon appartement, et là, en effet, je trouvai le brave et sympathique inspecteur, qu'on avait vu dans l'après-midi, en uniforme, inspectant les services sous sa direction, atteint et terrassé en trois heures par une attaque de choléra.

Autour de lui, des amis dévoués, des médecins praticiens capables ; on avait lutté sans relâche, maudissant le mal terrible que j'ai si souvent combattu depuis la grande épidémie de 1835. Je ne pus que constater ce que me racontaient mes confrères. On avait beaucoup fait ; on n'avait plus d'espoir.

Je proposai, et on s'empressa de recourir à l'emploi de lavements d'éther, concurremment avec l'application de compresses humides, arrosées de 40 gouttes de chloroforme.

Une heure après, la réaction était faite, le pouls radial revenu, ainsi que la voix. Nous reprîmes courage. Deux heures après (huit heures du soir ou neuf heures, je ne me rappelle plus au juste), M. J... était dans un état des plus satisfaisants. Je vois encore son regard reconnaissant. Je me rappelle son serrement de main.

Il était bien entouré. Les chefs de service, MM. Gistin, Barthélemy, Cuneo, mon ancien secrétaire Trabois se relevaient pour saisir les indications qui pouvaient survenir.

Vous comprenez que rien ne manquait : savoir, dévouement, soins complets.

Alors, moi, pauvre septuagénaire, je fus me coucher (devant partir suivant une dépêche envoyée à ma famille) vers six heures du matin.

Hélas ! à mon réveil j'appris la triste nouvelle. Vers deux heures après minuit, le malade, disons mieux, le ressuscité, poussa un cri, un seul, et mourut instantanément.

Voilà ce que j'ai appris par lettre.

Que s'est-il passé ?

L'autopsie, si elle avait pu être faite, aurait montré les cordes des muscles valvulaires du cœur enchevêtrées dans le terrible magma fibrineux que vous connaissez.

— Physionomie du choléra de Toulon :

Mort rapide ; pas de souffrances, pas de crampes, pas d'évacuations alvines ; algidité, asphyxie.

Au début de l'épidémie, cas rares, presque tous mortels.

C'est comme en 1835, moins les crampes si douloureuses. »

A propos également de Toulon, on nous écrit de cette ville :

« Depuis dix jours que l'épidémie cholérique sévit sérieusement à Toulon, bien des notes ont été écrites, bien des articles publiés ; la fièvre de l'actualité envahit un peu tous les chercheurs ; nous allons voir s'ils ont été bien inspirés.

Le 8 août, mourait subitement à l'hôpital maritime un musicien des équipages de la flotte, atteint sans conteste du choléra.

La chose parut surprenante à tout le monde ; nous avions eu, en effet, à Toulon, pendant juin et moitié juillet, une constitution diarrhéique manifeste et celle-ci semblait s'être éteinte. D'autre part, il y avait divergence sur l'interprétation du cas ; je me livrai à une enquête minutieuse et adressai à M. le baron Larrey l'observation détaillée complète et absolument vraie de ce cas de choléra. La précipitation qui fut apportée à cette rédaction avait un but, celui de bien marquer le point de départ et d'éviter aux envoyés la besogne ingrate de chercher la « fissure » comme l'an passé.

Le récit du fait envoyé, l'épidémie devint sérieuse et nous avons pu en suivre une fois de plus tous les développements avec toutes les alternatives. Cet article est presque un aveu ; dans la hâte de l'interprétation d'un premier fait, je me suis trompé, je le crois sincèrement et je tiens à prouver ma bonne foi en disant ce qui m'a ouvert les yeux.

Si l'épidémie était venue de Marseille et que réellement le cas de Blanc ait été le point originel, nous n'aurions pas

constatée une différence totale, absolue, incontestable, entre les épidémies de Toulon et de Marseille. Or, que s'est-il passé dans la dernière ville; le choléra y a été des plus bénins, quelques cas par-ci par-là; les enfants en ont fait la plus grande partie des frais, et si l'on compare les chiffres des deux villes proportionnellement, on est frappé de la lenteur de l'évolution de l'une, de la soudaineté, de la rapidité de développement et de généralisation de l'autre.

Avons-nous affaire à deux maladies identiques? Je ne le crois pas. Celle de Marseille a fait, sur 350 000 habitants, un maximum de 78 décès, le jour le plus élevé.

Jusqu'à ce jour, sur 50 000, nous avons eu un jour de 26 + 2, à Saint-Mandrier 28, ce qui, à mon compte fait bien 196, en prenant pour base un même chiffre d'habitants. Ici la classe aisée est à peu près absolument la seule à être atteinte et, pour cette fois, la plus scrupuleuse enquête ne fait découvrir chez aucun malade d'imprudences ou de maladies antécédentes. A Marseille, les journaux publient sans cesse les « sortants guéris » du Pharo. Nos journaux sont muets à cet égard; on a beaucoup parlé de deux malades guéries : l'une est morte ce matin, l'autre n'en vaut pas mieux. On peut donc sans crainte conclure que, comme début, l'épidémie de 1885 est de beaucoup supérieure à celle de Marseille et à celle de Toulon 1884.

Que s'est-il donc passé et comment un choléra local a-t-il pu devenir aussi meurtrier?

La raison ne se trouve pas et force est aux chercheurs de se rabattre sur d'autres hypothèses.

Les transports de Cochinchine arrivaient journellement au port, certains, entrés juste au moment de l'éclosion de la maladie, avec patente nette, avaient perdu 10, 20, 30 et plus de leurs passagers. Leurs équipages fournissent depuis 1, 2, 3 cas mortels, alors que les autres navires en ont à peine donné 1 chacun.

Est-il impossible d'admettre qu'il y a eu nouvelle importation favorisée par une absence de quarantaine?

Ne peut-on pas accepter l'idée que le terrain, préparé par les conditions défectueuses du sol toulonnais, une semence vive, neuve, si je puis dire, y a fructifié rapidement?

Cette opinion aurait pour elle, outre la mortalité des transports en cause, le nombre de cas qui ont atteint les équipages depuis qu'ils sont en rade.

Si cela est faux et que cette hypothèse soit insoutenable, tout est renversé. Où prendra-t-on qu'une épidémie bénigne comme celle de Marseille, importée à Toulon, tue en quatre ou cinq heures les gens les plus robustes, les plus sages et les mieux prémunis?

Question posée, mais que nombre de considérations feront laisser très probablement sans réponse. »

M. le professeur Livon nous donne les renseignements suivants sur l'épidémie de Marseille :

« Voici les faits que je crois pouvoir vous signaler en toute franchise, sans parti pris, et sans me laisser dominer par telle ou telle théorie plus ou moins séduisante et plus ou moins démonstrative.

Le choléra de 1885 à Marseille n'est qu'une réapparition de celui de 1884. On ne peut pas trouver d'importation, et, ce qui semblerait bien indiquer que ce n'est qu'un réveil des germes de l'année dernière, c'est qu'il s'est manifesté dans presque tous les quartiers de la ville et de la banlieue.

Un fait curieux à signaler et sur lequel l'attention doit être particulièrement appelée, c'est que plusieurs cas de choléra ont été observés dans des maisons où, l'année dernière il y avait déjà eu des décès cholériques.

La marche de l'épidémie que nous traversons a été un peu différente de celle de l'année dernière comme intensité au début. Vous avez pu en juger par les chiffres publiés jusqu'à ce jour et sur lesquels je ne crois pas devoir revenir.

C'est ainsi qu'en 1884, le premier cas ayant été signalé le 27 juin, le summum de la mortalité a été observé très rapidement du 9 au 10 juillet; tandis qu'en 1885, le premier cas ayant été signalé le 25 juin, le maximum de la mortalité n'a été observé (jusqu'à présent) que le 21 août. La maladie a donc mis deux mois pour atteindre son intensité la plus grande.

Peut-on établir une relation entre l'augmentation des décès et l'état atmosphérique? Je le crois, car les journées les plus chargées en décès ont été celles qui correspondaient à des journées pendant lesquelles les écarts de température ont été extrêmes. C'est ainsi que le 19 le thermomètre, après avoir atteint un maximum de 31 degrés, est descendu à un minimum de 11 degrés; le 20, maximum 27 degrés, minimum 11°,4; le 21, maximum 26 degrés, minimum 11°,4.

Un fait incontestable, c'est que les dérangements gastro-intestinaux ont été et sont encore très fréquents depuis l'apparition des chaleurs, qui ont été exceptionnelles cet été.

Les diarrhées et les cholérines sont on ne peut plus fréquentes et prédisposent énormément à la maladie. Soignées à temps, ces maladies guérissent; mais négligées, comme cela arrive malheureusement si souvent dans le peuple, elles finissent souvent par une attaque de choléra.

Pour ma part, les cas que j'ai vus se sont tous manifestés chez des personnes dont le tube digestif était déjà malade depuis quelques jours. Je n'ai point observé de ces cas foudroyants que l'on a signalés plus particulièrement cette année, mais qu'il faut quelquefois mettre en quarantaine, car ils se produisent chez des personnes qui sont indisposées depuis quelques jours et qui ne le disent point.

Des particularités cliniques ont été observées cette année. D'abord des réactions typhoïdes très marquées, auxquelles les malades finissent assez souvent par succomber; puis des éruptions affectant diverses formes et n'étant pas d'un pronostic fâcheux, et enfin des modifications de la respiration rappelant la respiration de stokes. Ces dernières constatations ont surtout été faites par MM. les docteurs Fallot et Arnaud, médecins des hôpitaux, chargés des premiers services installés à l'Hôtel-Dieu et à la Conception avant l'ouverture de l'hôpital du Pharo. J'ai personnellement constaté deux cas d'ictère très intense chez deux dames atteintes de cholérines graves, suivies de guérison.

Nous paraissons maintenant nous trouver dans la période de décroissance; seulement l'épidémie fait la tache d'huile et s'étend dans toute la région. Beaucoup de petites localités, frappées l'année dernière, ont déjà été touchées assez fortement et avec beaucoup plus d'intensité que Marseille qui, relativement, de toutes les villes atteintes, est celle où le fléau exerce le moins de ravage. »

Nous recevons à l'instant une nouvelle lettre de M. le docteur Margaillan :

« Depuis ma dernière communication, dit-il, la situation s'est considérablement aggravée ainsi que vous pouvez le voir par le chiffre officiel des décès que je vous adresse ci-inclus. Nous avons eu 69 décès cholériques (journée du 21 août); l'an dernier nous n'avons pas dépassé 74.

Depuis huit jours la situation est meilleure, et ce n'est pas seulement à cause de la diminution du chiffre des décès, mais aussi parce que les cas sont moins foudroyants et les guérisons bien plus fréquentes. C'est pour moi un signe certain de la disparition prochaine de l'épidémie.

Aujourd'hui, comme au début, ce sont toujours les symptômes asphyxiques et typhoïdes qui dominent. Voici du reste ce que j'ai observé. Après quelques jours de diarrhée et plus rarement sans diarrhée prémonitoire, le malade est pris subitement de diarrhée blanchâtre, écumeuse, riziforme, très abondante (plusieurs litres), les vomissements sont rares et manquent même quelquefois complètement, la prostration est extrême, la peau se couvre de sueur froide, la langue est froide; quelques légères crampes aux mollets.

Au bout de quelques heures, le malade se plaint de ne pouvoir respirer et accuse des douleurs vives de l'épigastre ou sur les côtés de la poitrine, les urines sont supprimées, la voix est éteinte. Si le malade doit succomber, l'asphyxie s'accentue, sinon la chaleur revient, intense, brûlante, et la maladie se poursuit sous la forme d'une affection typhoïde qui n'est à mon avis que la période typhoïde du choléra.

Le traitement qui m'a le mieux réussi et que j'ai vu préconisé par les médecins des hôpitaux peut se résumer en ceci : contre la diarrhée prémonitoire, tous les moyens réussissent, quelques lavements laudanisés, un peu de bismuth, suffisent généralement pour enrayer le mal. Aussitôt que les premiers symptômes d'algidité se montrent, la première indication est de réchauffer le malade, et le moyen que je préfère est celui-ci :

Je fais envelopper le malade dans une ou deux couvertures de laine, et je dispose tout autour de lui des cruchons d'eau chaude ou des briques chaudes. L'an dernier un boulanger, dont la femme était en algidité, ne trouva rien de mieux que de la couvrir de pains chauds sortant du four, et le moyen réussit. L'histoire ne dit pas si les pains furent mis en consommation.

Comme boisson, je préfère le thé très légèrement additionné de rhum, une cuillère à café par tasse; de la limonade gazeuse à petites doses; ce qui réussit encore, c'est le vin de Champagne administré de la même manière.

Les symptômes asphyxiques qui sont dus à la stase sanguine dans les vaisseaux pulmonaires sont utilement combattus par l'acétate d'ammoniaque à la dose de 10 grammes pour 150 grammes d'un véhicule approprié, pris rapidement, et, selon la gravité du mal, je fais renouveler cette dose toutes les deux heures. C'est avec ces moyens bien simples que j'ai pu voir résister des malades atteints très gravement. Je proscris à peu près complètement les frictions que je crois inutiles. Cependant, contre les douleurs vives des mollets, je fais frictionner avec un peu de baume tranquille. Il est à observer que cette année les crampes sont moins fréquentes et moins douloureuses que d'habitude.

J'ai vu préconiser le badigeonnage avec le collodion sur l'abdomen; mais la condition de réussite est d'arracher la couche de collodion pour en répéter l'application. Je me demande si ce moyen est bien pratique chez les personnes qui ont le système pileux développé. Je préférerais le badigeonnage à la teinture d'iode, qui, au moins, ne fait pas souffrir.

Il me resterait à vous parler de ce que je considère comme la partie la plus difficile à élucider : je veux parler de l'étiologie de la maladie. D'où nous vient le choléra? Quels sont les meilleurs moyens pour se mettre à l'abri du fléau?

L'an dernier, c'était le Tonkin, c'était la *Sarthe*, qui furent le bouc émissaire de la maladie. Cependant nous savons que le choléra règne endémiquement en Cochinchine, que depuis 1860 les relations avec Saïgon sont journalières, et que si l'épidémie se transmettait aussi facilement par cette voie, nous aurions dû être contaminés toutes les années.

Cette année l'épidémie est née manifestement sur notre sol. C'est le vieux port, les rues malsaines et insalubres qui l'entourent qui ont présenté les premiers cas, et, de là, l'épidémie, comme une tache phylloxérique, a rayonné sur les autres quartiers de la ville. Quelques hygiénistes prétendent que les épidémies cholériques durent toujours deux ans, témoin 1866-1867 et 1854-1855, et que nous n'avons que le reste de l'an dernier.

C'est là un point à éclaircir; mais ce qui ne paraît pas douteux, c'est le caractère contagieux de la maladie, non pas par contact direct, car le personnel hospitalier n'est pas ou presque pas frappé; mais j'ai remarqué que le fléau frappe les mêmes maisons de préférence et certaines rues. L'an dernier, certains villages des Basses-Alpes aussi sains que leurs voisins ont été cruellement éprouvés de préférence à tels autres qui paraissaient être dans les mêmes conditions. La Commission d'hygiène des Bouches-du-Rhône, composée d'hommes très compétents, dans sa conclusion a dû renoncer à donner une corrélation de cause à effet dans la plupart des faits obscurs. Cette année-ci, les maisons désignées par M. Brouardel comme les plus malsaines, quoique contenant 800 personnes n'ont pas eu de décès cholériques; d'autres mieux tenues ont été frappées. Le mieux est de déclarer que nous ne savons pas et qu'il feut chercher. Les bureaux de secours dont je fais partie accumulent les obsertations et les faits, dont on esseyera de tirer parti plus tard.

Ce qui semble ressortir de l'ensemble des faits, c'est que cette année le choléra n'a pas été importé, qu'il feappe à peu près les mêmes points que l'an dernier, et à peu près également. Pour ce qui est de la prophylaxie individuelle, j'ai remarqué que la maladie atteint :

1° Les personnes âgées affaiblies par les maladies ou les excès;

2° Les personnes dont les voies digestives sont en mauvais état et qui sout sujetes aux dérangements intestinaux.

3° Ceux qui ont une indigestion de n'importe quelle nature, soit par excès de nourriture, sott par excès de boisson.

4° Les personnes qui, en pleine digestiou, sont sous le coup d'une forte émotion d'une colère, etc.

Je n'ai pas observé d'exemple, sur plus de cent trente cas, ou une de ces causes n'ait été la cause occasionnelle de la maladie. »

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

Lésions osseuses, évidement de l'humérus, amputation du bras.

Nous avons amputé ces jours derniers un de nos malades du bras gauche pour une altération grave des os. Nous eussions voulu pouvoir nous borner à une double résection, résection des os de l'avant-bras et du bras. Mais, d'une

part, la lésion humérale remontait assez haut, presque jusqu'au niveau des insertions du muscle deltoïde, et d'autre part la tête du radius et l'extrémité supérieure du cubitus étaient envahis. De sorte que les délabrements, qu'une pareille résection eût nécessités, étaient beaucoup trop considérables pour obtenir une pseudarthrose convenable, utile. Il eût fallu réséquer le radius sur une longueur de 2 centimètres au moins, et le cubitus sur une étendue d'au moins 4 centimètres.

D'un autre côté, on sentait à l'extérieur de l'humérus et le long de son extrémité inférieure une induration fournie par un vaste abcès qui se prolongeait dans l'épaisseur du muscle brachial antérieur, s'étendant jusqu'au périoste, avec fongosités, etc. Bref, la résection était une opération inutile vu l'étendue des lésions, et l'amputation du bras pratiquée à peu près à la partie moyenne était la seule opération indiquée.

Mais ce n'est pas là tout ce que je voulais vous dire de ce malade, je voudrais vous arrêter encore quelques instants sur certaines particularités intéressantes que nous présentent les pièces anatomo-pathologiques qui résultent de cette amputation.

Un mois environ auparavant, j'avais songé à faire l'évidement de l'humérus tel que Sédillot l'a pratiqué et préconisé, le bras de notre malade présentant une fistule par laquelle on pénétrait facilement dans le tissu osseux. J'avais donc pratiqué cette première opération et j'avais pu faire pénétrer le doigt dans l'intérieur de l'os qui était complètement vide de tout tissu médullaire, et, par contre, rempli de pus.

Mais lorsque, avant-hier, nous avons examiné l'humérus amputé, nous avons pu constater que sa cavité, très large lors de l'évidement pratiqué au-dessus de l'épicondyle, s'était très notablement rétrécie, que de nombreuses ostéophytes s'étaient développées, et qu'une membrane de nouvelle formation était venue tapisser la cavité de l'humérus et fermer la plaie osseuse.

Si l'évidement avait ainsi très bien réussi, au point de vue de la lésion osseuse, depuis le jour où nous l'avions pratiquée ; par contre, le mal avait progressé, fusant le long de l'humérus : en bas, pour gagner l'articulation ; en haut, le long des muscles, pour remonter jusque un peu au-dessous des insertions deltoïdiennes.

Des pièces anatomiques de ce genre, en pareille voie de cicatrisation, se rencontrent certainement, mais elles ne sont pas très communes.

Un incident relatif à l'opération doit aussi nous arrêter. Je veux parler d'une alerte survenue au cours de l'opération.

Notre malade étant très affaibli, j'avais tenu, par prudence, à commencer moi-même la chloroformisation, et, les choses allant bien, j'en avais confié la suite à un de mes élèves, parfaitement habitué à anesthésier mes opérés. Je traçais donc mon lambeau antérieur, lorsque tout à coup je fus frappé de la coloration noire du sang qui s'écoulait ; immédiatement je recommandai à mes aides de ne plus comprimer les vaisseaux et de laisser le sang couler un peu. Mais celui-ci persistant à présenter sa couleur noire foncée, j'examine mon malade et je vois la respiration s'arrêter. Je consulte le pouls, il battait encore, j'examine le cœur, ses mouvements continuaient. Cependant plus de respiration. Aussitôt, et sans perdre un instant, nous fîmes tous nos efforts pour rétablir les mouvements respiratoires, mais ce ne fut qu'au bout de quatre à cinq minutes que nous parvînmes à obtenir une première inspiration, puis une deuxième, puis une troisième, et que le malade enfin put être ranimé.

Ce n'est pas que j'aie été extrêmement inquiet, le cœur continuant à battre ; cependant autour de moi l'anxiété était vive. On nous avait apporté bien vite une machine électrique, mais, en pareil cas, ces appareils ne servent absolument à rien.

Que s'était-il donc passé chez notre malade ? Des phénomènes asphyxiques. En effet, l'anesthésie par le chloroforme peut donner lieu à deux genres de mort : la mort par sidération du système nerveux, dans laquelle on a invoqué la coagulation de la substance nerveuse, qui n'est qu'une pure hypothèse. Dans la sidération du système nerveux, c'est le cœur qui se trouve paralysé, sans que l'on sache ni pourquoi ni comment, et rien ne peut y parer.

Le second genre de mort auquel l'anesthésie chloroformique peut donner lieu, est la mort par asphyxie, par une sorte de paralysie du tissu pulmonaire qui ne fonctionne plus. C'est de ce genre de mort dont notre opéré a été menacé pendant quelques instants, et contre laquelle l'électricité d'une machine ne peut rien ; la respiration artificielle pouvant seule être efficace.

Le surlendemain de l'opération, la respiration n'était pas encore redevenue normale, on entendait, — et l'on entend encore aujourd'hui, — quelques râles sibilants dans la poitrine, surtout à la base des deux poumons. La voix, de plus, est encore entrecoupée. Il semble qu'il persiste un certain degré de paralysie des organes de la respiration. Ces phénomènes d'ailleurs durent quelquefois pendant huit ou dix jours.

Dans certains cas aussi, on voit survenir tous les accidents d'une pneumonie double, pneumonie qu'on peut appeler chloroformique, car elle est entièrement due à la respiration des vapeurs de chloroforme. La pneumonie cependant est moins fréquente aujourd'hui à la suite de l'anesthésie par le chloroforme, qu'elle l'était lorsqu'on se servait d'éther pour endormir les malades, la quantité d'éther nécessaire au sommeil anesthésique étant plus considérable que la quantité de chloroforme.

LE CHOC EN RETOUR ET LE FOUDROIEMENT LATÉRAL (1)

Par M. le docteur F. Vincent (de Guéret),
Lauréat de l'Académie de médecine.

III

DU CHOC EN RETOUR DE LA DEUXIÈME ESPÈCE.

Le choc en retour de la deuxième espèce est censé se produire, ainsi que nous l'avons déjà dit, lorsque la foudre éclate entre le nuage orageux et la terre ou un des objets qu'elle porte à sa surface, tels que : arbres, bâtiments, etc. ; autrement dit, pour employer l'expression vulgaire, lorsque le tonnerre tombe.

Avant l'explosion, la situation se trouve exactement la même que dans le choc en retour de la première espèce, c'est-à-dire que l'électricité du nuage décompose l'électricité neutre du sol, refoule au sein de ce dernier l'électricité de même nom, et attire à sa surface l'électricité de nom contraire. Il y a seulement cette différence que cette dernière électricité devenue libre se trouve accumulée en plus grande quantité, attendu que la plus grosse part de

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 août 1885.

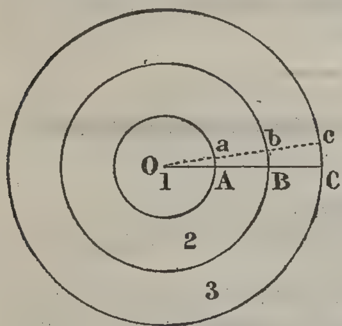
l'influence du nuage s'exerce, dans ce cas, sur la terre au lieu de s'exercer sur un nuage voisin.

Cela étant, lorsque l'explosion a lieu, les choses continuent-elles à se passer comme dans le premier cas, ou le choc en retour de la première espèce? La théorie répond non. En effet, si l'électricité du nuage et l'électricité de nom contraire libre à la surface du sol s'attirent, c'est incontestablement pour se combiner ensemble ; ce qui arrive lorsque la résistance de l'air, qui joue le rôle de corps isolant comme dans un condensateur, est vaincue. Alors, l'électricité du nuage condensée dans l'éclair, ne trouvant pas d'électricité de nom contraire en quantité suffisante pour la neutraliser dans celle que renferme l'objet qu'elle atteint immédiatement, doit s'irradier en divers sens pour se combiner avec l'électricité, libre à la surface du sol, qui continue à l'attirer. L'électricité de même nom refoulée dans le sol ne peut évidemment jouer aucun rôle ici, sinon de s'enfoncer davantage, poursuivie qu'elle est de plus près par celle du nuage qui l'a déjà chassée.

Dans ces conditions, l'homme, bon conducteur et, par suite, bon attracteur de fluide électrique, placé à 10 mètres de l'objet foudroyé, recevra d'abord, pour neutraliser la sienne, une quantité de l'électricité du nuage ou de l'éclair proportionnelle à celle de nom contraire répandue à sa surface ; et, comme cette quantité est plus considérable que dans le premier cas, le choc devra aussi être plus violent. De plus, il aura à subir l'influence du courant dû à l'électricité se dirigeant vers les objets ou la surface du sol placés entre 10 et 20 mètres, si, d'après l'hypothèse admise, l'action du nuage s'exerce toujours dans un rayon de 20 mètres autour de l'objet foudroyé. L'effet de ce courant viendra nécessairement s'ajouter à celui du choc ci-dessus, soit qu'il traverse l'individu, soit qu'il développe chez lui une certaine quantité d'électricité induite, et sa puissance sera en raison inverse de la distance du point frappé par la foudre : c'est ce qui résulte des lois de la géométrie.

En effet, en admettant : 1° que la sphère d'action du nuage s'étende toujours dans un rayon de 20 mètres autour de l'objet foudroyé, ou sur une surface de 1 200 mètres carrés ; 2° que l'électricité positive se dirige vers la négative pour la neutraliser, ce qui doit être si l'hypothèse de Francklin est vraie ; 3° que l'électricité du nuage soit positive, l'irradiation aura lieu du centre à la périphérie, et le courant, qui en résultera en un point donné, sera d'autant moins intense que l'électricité se sera répandue sur une plus large surface, c'est-à-dire que ce point sera plus éloigné du centre.

La condition inverse rendra encore cette vérité plus palpable ; supposons d'abord que le sol soit chargé d'électricité positive qui doive, en se concentrant sur l'objet foudroyé, aller neutraliser l'électricité négative ou résineuse du nuage; supposons ensuite que la surface électrisée du sol soit divisée, comme dans la figure ci-contre, en trois zones par trois cercles concentriques, dont la première, d'un rayon OA de 6 mètres, représente une surface de 108 mètres carrés ; le deuxième, d'un rayon OB de 12 mètres, une surface de 432 mètres carrés; enfin le troisième OC, de 20 mètres de rayon, et, par suite, de 1 200 mètres carrés d'étendue. La surface de la zone n° 1, qui est celle du cercle le plus central, égalera donc 108 mètres carrés ; celle de la zone n° 2 = 432 — 108 ou 324 mètres carrés ; celle de la zone n° 3 = 1 200 — 432 ou 768 mètres carrés.



Cela étant, si l'explosion a lieu, l'électricité de la zône n° 3, disséminée sur une surface de 768 mètres carrés, se concentrera dans la zone n° 2 d'une superficie de 324 mètres carrés, ou moitié étendue, et celle des zones nos 3 et 2, répandue sur une superficie totale de 1 092 mètres carrés, dans la zone n° 1 de 108 mètres carrés représentant une surface dix fois moindre où, par suite, l'électricité se trouvera accumulée en quantité dix fois plus considérable. En d'autres termes, *qu'il soit convergent ou divergent, il existera un courant d'autant plus intense qu'on le considérera à une distance plus rapprochée de l'objet foudroyé.*

Il en résulte que toute personne ou être vivant, placé dans la sphère d'action du nuage orageux, aura à subir, lors de la chute du tonnerre, indépendamment du choc produit dans ce cas comme dans le premier, l'effet d'un courant qui viendra s'y ajouter, et dont l'intensité sera en raison directe de la proximité de l'objet frappé par la foudre.

Ce qu'indique la théorie est confirmé par l'expérience ainsi qu'il résulte du passage suivant de la deuxième observation, recueillie au camp de Châlons par M. le médecin principal Sonrier, et publiée en 1872 par la *Gazette des hôpitaux :* « La décharge électrique a eu lieu chez Anger, qui a été tué ; ses voisins de droite et de gauche sont fortement atteints; puis leurs voisins n'éprouvent que des secousses légères sans brûlures très étendues. *Il semblerait que la sphère fulgurante projette ses irradiations du centre à la circonférence et produit des lésions qui sont en raison inverse des distances.* » — Les observations que j'aurai à rapporter plus loin, à propos des circonstances qui viennent compliquer le choc en retour, viendront confirmer, d'une manière plus éclatante encore, la théorie que je viens de développer.

Cette théorie, comme on le voit, diffère totalement de celle admise jusqu'à ce jour, qui n'est réellement applicable qu'au choc en retour de la première espèce. Cette différence est même telle que l'on peut se demander si le nom de *choc en retour* doit être conservé ici. C'est une question que nous examinerons plus tard ; pour le moment, ce qu'il faut constater, c'est que les risques auxquels expose le choc en retour sont moins grands lorsque la foudre éclate entre deux nuages que lorsque la décharge électrique se fait entre le nuage orageux et le sol.

Cela étant, demandons à l'observation ce qu'elle peut nous apprendre relativement aux dangers réels encourus dans ce dernier cas :

Je ne veux point ici exposer *in extenso* les observations assez nombreuses qu'il m'a été donné de recueillir pendant le cours déjà assez long de ma carrière médicale ; ce serait donner à ce mémoire des proportions peut-être trop étendues. Je me bornerai donc à en faire ici un résumé succinct, renvoyant pour plus de détails à ma *Contribution à l'histoire médicale de la foudre*, où elles se trouvent rapportées chacune avec l'étendue que comporte son importance.

Le nombre des coups de foudre accompagnés de chute du tonnerre, avec accidents produits ou possibles, dont j'ai été le témoin ou dont la relation m'a été faite par des témoins oculaires, se monte à 10, et celui des personnes atteintes ou exposées soit au choc direct, soit au choc en retour, à 45 au moins. Sur ce nombre, 26 n'ont rien éprouvé et viennent témoigner déjà en faveur du peu de danger du choc en retour.

Sur les 19 autres : 1, assise sur une gerbe, a vu son siège arraché de dessous elle et a été renversée ; 1 a éprouvé une forte commotion qui l'a renversée, mais a pu se relever de suite ; 4 ont eu une perte de connaissance momentanée sans lésions extérieures apparentes ; 8 ont eu des brûlures légères avec ou sans perte de connaissance ; 1 (Bouchonnet) a été projetée à distance avec perte de connaissance assez courte et brûlures nombreuses de la tête aux pieds ; 1 (Mme Bourigeaud) a présenté les lésions très graves que nous connaissons et n'a succombé que six mois après, épuisée par la suppuration de ses vastes plaies ; enfin 3 ont été tuées sur le coup.

Sur les 19 cas de personnes atteintes par la foudre avec plus ou moins de violence, aucun ne peut être mis sur le compte du choc en retour simple ; seulement le choc en retour complexe me paraît avoir joué le rôle prépondérant chez trois des personnes les plus légèrement frappées et sur lesquelles nous aurons à revenir plus loin.

Enfin, dans cette série d'accidents, mais ne concernant plus les

personnes, un peut être attribué au choc en retour simple : c'est celui qui s'est produit à Jouhet, près la gare de Guéret, le 15 mai 1870, dans lequel une vache ayant récemment vêlé, — condition très défavorable, au dire des vétérinaires, — fut frappée de paraplégie à la suite de la chute du tonnerre sur la maison d'habitation séparée, par une cour de 20 mètres de large, de l'écurie où elle était attachée. Nous aurons à y revenir en parlant plus loin des dangers plus grands auxquels sont exposés les animaux qui subissent l'influence de l'électricité atmosphérique. Quoi qu'il en soit, malgré cette double condition des plus défavorables, l'accident n'a eu que des conséquences légères, car tout porte à croire que cette paralysie aurait disparu avec le temps, si on n'avait pas jugé à propos d'abattre l'animal.

Depuis la publication de ces faits en 1875, quatre nouveaux cas de chute du tonnerre se sont présentés à mon observation et ne modifient en rien les conclusions que l'on peut tirer des premières :

a. — En 1878, un coup de foudre incendie une grange et deux écuries au bourg de Montaigut-le-Blanc, et les personnes, qui se trouvaient dans deux maisons distantes de 25 à 30 mètres des bâtiments incendiés, n'ont éprouvé d'autre effet que celui de la peur.

b. — L'accident de la Brionne, que nous rapporterons plus loin *in extenso*, qui n'a fait courir aucun danger aux personnes, bien que l'influence électrique se soit étendue très loin.

c. — L'an dernier (1879), le tonnerre tombe pendant la nuit sur une auberge au bourg de Sainte-Feyre, casse des carreaux de vitre, brise des châssis et autres boiseries, et endommage les crépis en plusieurs endroits sans faire éprouver la moindre commotion aux personnes couchées dans les chambres voisines.

d. — Le 28 août 1880, le tonnerre tombe sur une des maisonnettes étagées sur la croupe de la montagne de Grand-Cheix, au pied de laquelle est bâti Guéret. Il pénètre, en passant par la cheminée, dans un sous-sol où se trouvaient : 1° assis au milieu de la pièce, un homme et sa femme tenant sur ses genoux un enfant à la mamelle; 2° debout près d'une table placée entre la porte et la croisée dont elle remplit l'intervalle, et du côté le plus près de la porte, un enfant de deux ans; 3° enfin, sous cette même table, un chien couché et pelotonné. Au moment de l'explosion, ces personnes voient une vive lumière se diriger du foyer de la cheminée vers la porte restée ouverte. Notons que cette dernière ouverture, pratiquée dans la façade, est proche de la cheminée construite dans le pignon.

La femme éprouve une vive impression, et, à partir de ce moment, une diminution notable de la sécrétion du lait. Cette impression doit-elle être mise sur le compte de la peur ou d'un effet électrique? Elle n'en sait rien. Le mari a senti une vive douleur dans les deux jambes qui ont été momentanément comme paralysées, et ses pieds, qui reposaient naturellement sur le sol humide et en terre de l'appartement, ont été *soulevés* de quelques pouces. L'enfant de deux ans, debout près de la table et très près du passage de l'éclair qui l'a effleuré, a poussé un cri, n'est pas tombé et n'a pas été brûlé. Le chien couché sous la table a été roulé sous le lit, situé au fond de l'appartement, et a poussé un cri très vif. Aucune trace de brûlure sur le passage du courant; pas d'odeur sulfureuse sentie. Le lendemain chacune de ces personnes éprouve encore un peu de faiblesse, mais tout se borne là.

Deux circonstances de cette observation donnent de plus la preuve de l'expansion de l'électricité à la surface du sol lors de la chute de la foudre : le soulèvement des pieds de l'homme à quelques pouces au-dessus du sol, et la projection du chien de la table au lit.

Voilà mes observations personnelles sur ce sujet; voyons maintenant ce que nous apprennent les recueils divers et les statistiques des accidents de la foudre :

En compulsant minutieusement la collection des journaux de médecine que je possède (*Abeille médicale* de 1844 à 1856 et *Gazette des hôpitaux*, de 1856 à 1880), je n'ai trouvé qu'un seul fait où il soit fait mention du choc en retour qui aurait occasionné une perte momentanée de connaissance : c'est celui qui a été communiqué par Regnauldin à l'Académie de médecine le 13 juillet 1845. Il ne parle pas de la distance à laquelle se trouvait l'individu atteint; mais elle devait être bien faible, puisque lui-même se trouvait à 13 mètres seulement de l'arbre foudroyé et en quelque sorte broyé par la foudre, sans avoir éprouvé d'effet bien sensible. C'est au moins ce que laisse supposer son silence complet à cet égard.

Dans les deux observations du docteur Sonrier (*Gazette des hôpitaux*, 1869 et 1872), bien que la foudre soit tombée au milieu d'un camp, sur des tentes remplies de soldats, il n'est point question d'effets du choc en retour.

Dans le cas observé par M. Lamy (de Clermont), et rapporté par le docteur Frédet, la foudre tombe sur une diligence, tue cinq chevaux, blesse au front le cocher qui reste évanoui pendant trois quarts d'heures, et *les personnes qui se trouvaient dans l'intérieur de la voiture ne ressentirent rien.*

Tous ces faits démontrent évidemment que le choc en retour, même dans les conditions où se produit celui de la deuxième espèce qui doivent rendre ses effets plus dangereux, n'est point autant à redouter pour l'homme qu'on le croit généralement.

Les statistiques confirment de tout point l'opinion que j'émets : Boudin, qui a pu faire une statistique de 1 300 cas de décès par fulguration, ne peut mentionner, dans sa remarquable *Histoire médicale de la foudre* (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1854 et 1855) où se trouvent réunis les effets connus les plus extraordinaires produits par la foudre, qu'un seul cas de choc en retour, celui de Brydone, sur lequel nous ne reviendrons pas ici. Encore, d'après les détails que nous en connaissons et, surtout, d'après l'opinion des auteurs, ce cas appartiendrait plutôt au choc en retour de la première espèce.

Enfin des statistiques plus récentes de cas de mort par la foudre, mises obligeamment à ma disposition par M. Crosson, ancien inspecteur d'Académie à Guéret, en 1874, à l'époque où je rassemblais des matériaux pour élucider cette question, sont aussi négatives sur ce chapitre que celles de Boudin.

Je pourrais ajouter que j'ai lu avec la plus scrupuleuse attention les récits d'accidents de la foudre dont les journaux politiques ne manquent jamais d'émailler leurs faits divers, et qui me sont tombés sous les yeux, sans pouvoir découvrir de cas de mort authentique par l'effet du choc en retour.

Somme toute, sans nier la possibilité de la mort chez l'homme par l'effet du choc en retour, je reste convaincu que les cas de ce genre, lorsque bien entendu le phénomène se produit dans toute sa simplicité, doivent être très rares; et si Arago a pu dire que le nombre des victimes de la foudre est assez restreint pour qu'on puisse regarder comme faible « le risque de périr par le tonnerre », on peut assurément regarder comme à peu près nul celui de mourir par l'effet du choc en retour.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Élèves du service de santé militaire. — Concours de 1885. — Liste, par ordre alphabétique, des candidats admissibles à subir les épreuves orales du concours.

Candidats à quatre inscriptions. — MM. Beaujean, Benoit, Benoit dit Becker, Blanc, Bonnet, Chabrut, Chambaud, Chanut, Clair, Courtet, Cousin, Deumier, Dodieau, Duprat, Durand, Ferraud, Foureur, Franquet, Friant, Frustin, Gaget, Galibert, Glorget, Grémillon, Huguet, Lafaye, Larrieu, Leclercq, Loustalot, Lovy, Mally, Maré, Marin, Maturié, Michaud, Pacaud, Paillot, Pascaret, Patris, Planet, Rouget, Schnitzler, Thooris, Tronillet, Vigneron, Vuillaume, Zumbiehl.

Candidats à huit inscriptions. — MM. Albespy, Archambaud, Armynot du Châtelet, Arnavielhe, Barier, Benoît, Berger, Caillier, Castaing, Clande, Coste, Couturier, Delaborde, Donnadieu, Dormand, Ducurtil, Faivre, de Guénin, Guillaume, Guirlet, Laborde-

rie, Lainé, de Langenhagen, Lanusse-Troussé, Lecœur, Lesur, de Moutard, Renaud, Rossignol, Rouchaud, Sire, Sturel, Terrail, Thierry, Tournier.

Candidats à douze inscriptions. — MM. Bauby, Busson, Castelli, Danjou, Doucet, Esprit, Faucillon, Guibbaud, Laugier, Masurel, Morel, Rul, Sicard.

Candidats à seize inscriptions. — MM. Ecot, Mouhnié, Talocher.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont nommés pour deux ans :

Chefs de clinique médicale. — MM. les docteurs Siredey, chargé desdites fonctions pendant l'année scolaire 1884-1885 ; — Capitan, en remplacement de M. Mathieu, dont le temps d'exercice est expiré.

Chefs adjoints de clinique médicale. — MM. les docteurs Dupleix et Martinet.

Chefs de clinique chirurgicale. — M. le docteur Ménard, en remplacement de M. Routier, dont le temps d'exercice est expiré.

Chef adjoint de clinique chirurgicale. — M. le docteur Ozenne.

Chef de clinique des maladies du système nerveux. — M. le docteur Babinski, en remplacement de M. Marie, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Lutz, agrégé, est maintenu en exercice pendant l'année scolaire 1885-1886.

— M. le docteur Jobard est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la Bibliothèque de Vassy.

— M. le docteur Landouzy, agrégé, suppléant M. le professeur Hardy, commencera, à l'hôpital de la Charité, le mardi 1er septembre, ses leçons cliniques, qu'il continuera les mardis et samedis à dix heures. Visite tous les jours à neuf heures.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18266.

N° 101. — JEUDI 3 SEPTEMBRE 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 3 SEPTEMBRE 1885. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le rapport de la commission du choléra sur l'épidémie de 1884 vient d'être enfin communiqué par M. Marey à l'Académie de médecine.

Déjà, la veille, le savant rapporteur en avait donné une idée sommaire à l'Académie des sciences.

C'est même là que M. Marey, parlant en son nom personnel, et n'ayant point à chercher une moyenne entre ses opinions et celles de ses collègues de l'Académie de médecine, a exprimé le plus nettement le fond de sa pensée.

Il s'y est pleinement rattaché à ce que M. Jules Guérin nomme *la théorie fécale*.

Il y a déclaré que, pour sa part, il ne croyait pas à la contagion proprement dite, à la transmission de la maladie par les contacts individuels, par les rapports des hommes les uns avec les autres, en dehors de toute ingestion de liquides contaminés.

Si ceux qui fuient le choléra, quittant une ville où il sévit, le transportent avec eux dans les localités où ils se réfugient, c'est qu'ils en avaient déjà bu le germe, le cultivaient en eux, et pouvaient ainsi le répandre par leurs déjections.

La propagation plus ou moins facile de la maladie dans les villes ou dans les villages tiendrait uniquement au mélange plus ou moins facile de ces déjections avec les eaux qu'on y boirait.

Le choléra s'éteindrait de suite dans les lieux où un tel mélange serait impossible. Il ferait des ravages terribles dans ceux où ce mélange serait inévitable par suite de l'absence de sources captées, de puits artésiens, etc.

Cette notion suffirait pour rendre compte de tout : de la répartition inégale de la mortalité cholérique suivant les villes, suivant les quartiers, suivant la situation des maisons dans les rues ; de l'action nocive des orages et des grandes pluies qui, lavant le sol, porteraient dans les cours d'eau, dans les fontaines, les déjections de cholériques dont ce sol se trouvait souillé, etc.

Rien de plus simple, en vérité, que cette théorie. Il est heureux qu'elle se produise à un moment où l'épidémie règne encore et permettra de la soumettre à un contrôle indispensable en pareil cas.

En effet, M. le rapporteur a dû forcément se baser sur des relevés statistiques qui ont le grave défaut d'être restés excessivement incomplets.

Peut-être les faits de transmission du choléra par les eaux potables ne lui auront-ils paru proportionnellement si nombreux que parce que, toutes les fois qu'ils s'étaient rencontrés, ils avaient motivé, en tant que faits curieux, des communications spéciales à l'Académie de médecine.

Mais maintenant il n'en sera plus ainsi. La question est mise à l'étude. L'attention de tous les praticiens est éveillée sur ce point spécial, et les faits nouveaux vont être l'objet d'une enquête minutieuse qui conduira bientôt sans doute à savoir à quoi s'en tenir sur l'exclusivité de cette cause possible de transmission du choléra.

Déjà, à la séance de l'Académie des sciences, un des confrères de M. Marey a émis des doutes sur le bien fondé de cette théorie séduisante. Il a rappelé les expériences de M. Bochefontaine qui, sans inconvénient, a avalé 5 grammes de déjections de cholérique, et il a demandé que ces expériences fussent renouvelées devant une commission.

Elles ne seraient pas complètement probantes, car ce ne serait là qu'une preuve négative, et on sait qu'il existe pour toutes les maladies des individualités réfractaires, incapables de les contracter par les procédés les plus généralement efficaces.

Mais ce qui serait beaucoup plus probant, en qualité de preuves positives, ce seraient, s'ils étaient nombreux, prédominants, des faits dans lesquels il n'aurait pas été possible d'incriminer les boissons prises.

Quoi qu'il en soit de ce point à éclaircir, le rapport de M. Marey est une œuvre de grand travail. Il a fallu qu'il l'abrégeât à la lecture, en supprimant les observations y contenues, pour l'achever dans une séance.

Nous aurons donc à y revenir pour bien des détails. Mais il importait d'en indiquer tout d'abord l'esprit, afin de permettre à nos confrères, qui pratiquent dans des lieux où le choléra règne, de juger en dernier ressort la principale question qui s'y trouve soulevée.

M. Jules Rochard, dont, la semaine dernière, M. Aude nous annonçait la présence à Toulon, est de retour de cette ville, et il vient de fournir à l'Académie, dans une communication que nous reproduisons textuellement, des informations en tout concordantes avec celles qui nous avaient été

adressées par nos savants correspondants de Toulon, MM. Arlaud, Aude, Bouffier, etc.

Comme eux, il a insisté sur la gravité exceptionnelle de la maladie, sur sa grande dissémination, sur la proportion relativement considérable des personnes riches ou dans l'aisance qui en sont mortes. Il a décrit, comme eux, les caractères particuliers de cette épidémie. Seulement, il attribue une certaine importance à des essais de traitement par des injections intra-veineuses de sérum artificiel, injections dont les avantages ont été contestés et sont encore douteux.

M. Peter s'est fait inscrire pour parler sur le choléra mardi prochain.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Un nouveau cas d'albuminurie; régime lacté exclusif et régime mixte (1).

IV

Je vais aujourd'hui, pour terminer ce qui a trait à la question qui nous occupe, vous parler de la présence de la peptone dans les urines.

M. Wassermann, dans la thèse très intéressante qu'il a soutenue cette année à la Faculté de Paris, sur la peptonurie, dit que la peptone ne précipitait par aucun des réactifs de l'albumine. La phrase ainsi conçue n'est pas exacte; pour être vraie, elle devrait ajouter au mot « réactifs » le mot « usuels ». En effet elle ne précipite ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique à froid ou à chaud, ni par la solution acétique de ferro-cyanure de potassium ; mais elle précipite par le réactif de Tanret qui agit aussi de la même façon pour la sérine, de telle sorte qu'on est obligé de chercher les caractères différentiels de ces deux albumines. Ce réactif est trop puissant pour être bon, et ne saurait convenir comme procédé usuel, car il permet de découvrir la présence de l'albumine chez des gens bien portants; je veux dire par là qu'il décèle dans l'urine les peptones provenant de toute autre cause que de l'albuminurie.

Quand on veut trouver la peptone dans l'urine, deux opérations préliminaires sont à faire : 1° s'assurer que l'urine est ou non albumineuse, par les moyens les plus délicats. Après avoir acidulé avec l'acide acétique on fait bouillir au bain-marie, et si les réactifs de l'albumine ne donnent lieu à aucun précipité, c'est qu'il n'y a pas de peptone ; 2° dépouiller l'urine de son albumine totale ; opération généralement peu rapide parce qu'elle doit être renouvelée à plusieurs reprises. En effet, après avoir précipité l'albumine, vous filtrez, vous versez la solution acétique de ferrocyanure de potassium et vous laissez reposer pendant plusieurs heures; si au bout de ce temps le liquide ne se trouble pas, c'est qu'il ne reste pas d'albumine ; si au contraire il est trouble, il vous faut recommencer la même opération, et ainsi de suite, une ou plusieurs fois encore, jusqu'à ce que l'absence de tout trouble vous prouve que la séparation de l'albumine est complète. Ainsi déceler la peptone n'est rien en réalité, la difficulté est d'enlever toute l'albumine.

Hoffmaëster a proposé un moyen plus rapide : à chaque demi-litre d'urine on ajoute 10 centimètres cubes d'une solution concentrée d'acétate de soude, puis du perchlorure de fer jusqu'à ce qu'on obtienne une coloration rouge sang ; on maintient à l'ébullition jusqu'à précipitation du fer à l'état d'acétate basique. On filtre et le liquide ne renferme plus d'albumine. Ce procédé est le plus sûr et le plus expéditif.

Votre urine est ainsi mise en état, c'est-à-dire qu'elle ne contient plus d'albumine, et est propre à subir les réactions qui révéleront la présence de la peptone. — J'ajoute incidemment que la peptone dévie à gauche le plan de polarisation de la lumière. — Ces réactions sont très simples, il est vrai, mais elles sont insuffisantes. Ainsi, dans l'urine préparée, ajoutez le réactif de Tanret : si un précipité se produit, il accuse la présence de la peptone. Mais ce précipité se comporte de la même façon que si le malade avait pris quelque alcaloïde (sulfate de quinine ou autre), c'est-à-dire qu'il disparaît par la chaleur et reparaît par le refroidissement. D'où il faut conclure que ce réactif ne peut être employé que lorsque les malades n'ont pris aucun alcaloïde. Il en est de même de la xanthine, de la créatinine qui sont également précipitées. Le procédé ne vaut donc rien.

Dans l'urine préparée comme nous l'avons dit tout à l'heure, il vaut beaucoup mieux employer le réactif de Milon qui donne un abondant précipité, et, par la chaleur, un *rouge* intense.

On a conseillé le tannin ; on obtient un précipité floconneux ; malheureusement le procédé n'est pas jugé par les chimistes de profession comme très certain, d'autres substances que la peptone pouvant donner lieu à un précipité semblable.

De toutes ces méthodes, celle de Milon est donc la meilleure. Cependant nous avons mieux encore, nous avons un autre procédé de Hoffmaëster, beaucoup plus compliqué, que voici : l'urine est préparée comme nous l'avons dit plus haut, mais cela ne suffit pas, il faut encore l'aciduler avec un dixième de son volume d'acide chlorhydrique, et on y ajoute, jusqu'à ce que le précipité soit complet, une solution chlorhydrique de phosphotungstate de soude. On recueille le précipité, on filtre, on lave avec de l'eau acidulée et on chauffe au bain-marie avec de l'hydrate de baryte pour mettre toute la peptone en liberté ; on filtre de nouveau, et dans le liquide filtré, qui renferme la peptone, on ajoute 2 gouttes de lessive de soude, puis quelques gouttes d'une solution de sulfate de cuivre à 2 p. 100 ; le liquide prend alors une coloration violet rose absolument caractéristique de la présence de la peptone.

Ce procédé est le seul positif et sur lequel on puisse absolument compter.

Revenons maintenant au côté clinique de la question et voyons les conditions dans lesquelles on a observé la peptonurie.

Déjà nous savons que dans le cours des maladies rénales, quelle que soit la forme de la lésion, on peut trouver de la peptone dans les urines, cette substance étant en relation avec l'état du sang. Ainsi, Petit l'a rencontrée dans la moitié des affections brightiques. De plus, on peut aussi la trouver dans des conditions pathologiques qui semblent tout à fait disparates quoique ayant un caractère commun, c'est-à-dire la présence dans le sang de globules blancs en voie de destruction, dans les maladies à foyers inflammatoires ou à foyers de suppuration. Ainsi, dans la pneumonie fibrineuse, au moment de la résolution, la peptonurie est

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 août 1885.

presque constante (7 fois sur 7, ou 24 fois sur 29 selon les statistiques), la résorption chargeant momentanément le sang d'éléments leucocytiques en voie de régression. De même dans le rhumatisme articulaire aigu à la période de résolution (12 fois sur 12). Elle est à peu près constante aussi dans la pleurésie purulente (4 fois sur 5); dans la phthisie pulmonaire à la période cachectique (20 fois sur 20), dans le pyo-pneumothorax, etc. Cette constance est à peu près la même aussi dans l'empoisonnement aigu par le phosphore.

En somme, dans ces diverses conditions, la peptonurie est tellement fréquente qu'on peut dire qu'elle est la règle.

Par contre, sa fréquence est très irrégulière dans les fièvres du genre typhus de toutes formes, dans le catarrhe intestinal, le cancer de l'estomac, l'atrophie jaune aiguë du foie, la diphthérie, la scarlatine; dans ces diverses affections, elle est un fait fortuit, néanmoins utile à connaître. Il faut, pour qu'il y ait peptonurie, que les éléments leucocytiques soient en régression; c'est ainsi que dans la leucocythémie il n'y a pas peptonurie, le nombre des leucocytes seul étant vicieux et non pas leur qualité.

Dans toutes les conditions que nous venons d'énumérer, la peptonurie, malgré son importance, n'est qu'un phénomène passager, secondaire, c'est-à-dire consécutif à l'altération du sang. La reconnaître dans tous les cas n'en est pas moins nécessaire, car elle peut être aussi prématurée, ainsi que M. Quinquaud l'a parfaitement observé chez trois malades, — les seuls encore connus, — où il n'existait aucune autre maladie, ni affection brightique, ni foyer inflammatoire, ni foyer de suppuration. Il s'agissait, en apparence, d'une polyurie simple, aqueuse, sans azoturie ni phosphaturie; le malade s'affaiblissait, maigrissait, marchait à une cachexie rapide, et si l'on venait à analyser les urines, on trouvait une peptonurie primitive, reconnaissant comme point de départ une impression vraie, un refroidissement brusque : de là un trouble d'assimilation constituant un état persistant grave. Nous ne connaissons encore que les trois cas rapportés par M. Quinquaud.

Cet auteur a aussi appelé l'attention sur un autre fait important, c'est-à-dire sur l'association fréquente de la peptonurie à la glycosurie, non pas au début du diabète, mais plus tard, jouant le même rôle que l'azoturie associée à la glycosurie. Cette peptonurie peut durer jusqu'à la fin du diabète, elle peut aussi persister après que la glycosurie a disparu. Ce sont là aussi des faits très précieux, quoiqu'ils ne soient pas encore très nombreux, des faits dont il sera très important de poursuivre l'étude. En tous cas, l'existence de la peptonurie primitive ne saurait être mise en doute, les faits ont été trop bien observés pour cela par M. Quinquaud.

C'est par là que je voulais terminer l'étude que nous venons de faire ensemble, à l'occasion de notre malade du nº 22, de l'albuminurie et des diverses albumines urinaires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er septembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1º Une lettre de M. Gueneau de Mussy, fils du regretté membre de l'Académie, qui, au nom de sa famille, en souvenir de son père, offre à la savante Compagnie un portrait de Chomel. Ce portrait orna longtemps le cabinet de travail de M. Noël Gueneau de Mussy.

2º Un mémoire de M. le docteur Félix Salètes, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains, intitulé : *Un des facteurs probables du choléra, l'état orageux et fortement nuageux de l'atmosphère.*

3º Un certain nombre de pièces relatives au traitement du choléra. (Renvoyées à l'examen de la commission du choléra.)

COMMUNICATION

Le choléra de Toulon. — M. Rochard. J'ai pensé que l'Académie accueillerait avec plaisir quelques renseignements sur l'épidémie qui règne en ce moment à Toulon, d'où je suis arrivé hier au soir, après y avoir passé dix jours.

C'est le 7 août que le premier cas de choléra s'est produit à Toulon. Il a été rapidement mortel. Les jours suivants, on a constaté deux ou trois autres cas sans gravité; puis la santé publique a été excellente jusqu'au 20, époque à laquelle est survenu un nouveau décès. A partir de ce moment, la marche ascendante a été rapide; et le 27 nous enregistrions 37 décès; depuis, la mortalité a diminué; et quand je suis parti, elle était tombée à 20. Il est à craindre qu'elle ne se relève encore; et, dans tous les cas, l'épidémie n'est certainement pas à sa fin.

L'année dernière, le choléra avait presque exclusivement sévi sur les classes pauvres et en particulier sur la population des faubourgs. Cette année, c'est le contraire. Les cas sont disséminés dans toute la ville et beaucoup de personnes connues ont déjà succombé. Nous avons perdu une quinzaine d'officiers de tout grade, et dans le nombre nous comptons un médecin de deuxième classe de la marine, un aide-médecin et un étudiant de l'École de médecine navale.

Le choléra s'attaque de préférence aux militaires et aux marins qui reviennent des colonies avec une santé épuisée. Ceux qui sont atteints de dyssenterie chronique ou de diarrhée de Cochinchine sont une proie presque assurée pour le fléau.

Du reste, cette année, comme l'an dernier, depuis que l'épidémie a éclaté, les troubles gastro-intestinaux sont on ne peut plus communs dans la population. Tout le monde ressent l'épidémie cholérique et chacun la subit à sa façon.

Comme l'an dernier, la diarrhée prémonitoire est la règle; mais on a observé aussi des cas dans lesquels l'invasion est brusque et sans aucun avertissement préalable.

Cette année, la maladie affecte un caractère insidieux qu'elle ne présentait pas l'an dernier. Très souvent, des cas qui semblaient bénins à leur début se terminent par la mort en quelques heures, sans que rien ait pu le faire prévoir.

Dans des cas très graves, les évacuations ne sont ni nombreuses ni abondantes : les crampes sont à peine sensibles, la face est plutôt grise que cyanosée, le malade ne souffre pas, sa figure exprime le calme; mais il se refroidit, son pouls s'efface, et il meurt sans réaction, sans lutte. Lorsque la réaction s'établit, la guérison n'est pas atteinte pour cela. Après deux ou trois jours d'un état satisfaisant en apparence, le malade est pris d'agitation, puis il survient des convulsions, du coma, et la mort arrive par urémie, la suppression d'urine s'étant maintenue.

Parmi les moyens de traitement qui ont été mis en usage à l'hôpital de Saint-Mandrier, il en est un sur lequel je désire appeler l'attention de l'Académie, parce que j'ai été à même d'en constater les bons effets : ce sont les injections intra-veineuses de sérum artificiel.

Elles ont été mises en usage par M. le professeur Rouvier sur quatorze malades, du 17 au 27 août. Tous étaient arrivés à la période de collapsus, caractérisée par l'algidité, la cyanose et une diminution très notable de la sensibilité et de l'intelligence. J'ai été témoin de quatre de ces opérations. Dans tous les cas, l'effet a été marqué. Le pouls a reparu, est devenu régulier et facile à compter, la figure s'est animée, l'œil a repris de l'éclat, le malade, en un mot, a semblé se ranimer.

Dans la plupart des cas, ces effets n'ont pas été durables. Cependant, sur quatorze malades, deux sont guéris, trois peuvent être considérés comme en convalescence, et sur neuf qui ont succombé, trois ont subi une amélioration sensible. Une proportion de cinq guérisons sur quatorze cas n'a sans doute rien de bien encourageant; cependant si l'on réfléchit à ce fait que les quatorze malades semblaient condamnés et que chez la plupart il s'est produit une amélioration sensible, on se sentira porté à persévérer dans cette voie, si rationnelle du reste.

Les injections intra-veineuses ont été pratiquées par M. Rouvier avec le transfuseur à pompe de Collin. Le liquide dont il s'est servi est le sérum artificiel recommandé par M. Hayem (pour 1 000 grammes d'eau distillée, 5 grammes de chlorure de sodium et 10 grammes de sulfate de soude); la quantité injectée a varié entre 700 grammes et 1 000 grammes. Il a fallu le plus souvent y revenir à plusieurs reprises. Les veines choisies pour l'opération étaient la médiane basilique et la saphène interne, et, dans aucun cas, la petite plaie, immédiatement pansée par la méthode de Lister, n'a donné lieu au plus léger accident.

DISCUSSION

M. PETER. J'ai reçu un très intéressant mémoire de M. le docteur Trastour, médecin de l'hôpital du Pharo, de Marseille, qui a pratiqué six fois l'injection de sérum artificiel sans aucun succès. Un autre médecin de Marseille a eu également quatre insuccès.

M. ROCHARD. Dix insuccès ne prouvent rien.

RAPPORT SUR L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA DE 1884

M. MAREY, au nom de la commission du choléra, lit un long rapport, appuyé d'un tableau statistique sur lequel sont figurées graphiquement les indications des mémoires envoyés à l'Académie. Il conclut en ces termes :

1° Dans les régions de France d'où nous sont parvenues les réponses des médecins, le choléra n'est apparu en général que provenant d'un pays contaminé antérieurement, car dans les trois quarts des cas cette importation a été reconnue, et pour l'autre quart l'importation est plus que probable d'après les raisons exposées dans le rapport.

2° Si l'on s'en rapporte exclusivement aux conclusions contenues dans ce rapport, le choléra se développerait avec moins d'intensité dans les centres populeux que dans les petites localités. C'est donc une fâcheuse erreur qui, en temps d'épidémie, pousse les habitants des villes à s'enfuir dans les campagnes.

3° La malpropreté en général, et surtout la mauvaise habitude de projeter partout les déjections humaines, sont la cause dominante de la propagation de la maladie; car, en temps de choléra, les déjections d'un malade qui ne présente qu'une diarrhée légère peuvent renfermer les principes du choléra le plus grave.

4° Le principe du choléra est souvent transporté par les eaux souillées des déjections d'un malade, et c'est d'ordinaire en buvant ces eaux qu'on prend la maladie.

5° Les orages qu'on voit si souvent précéder ou aggraver les épidémies de choléra agissent en souillant les eaux potables, dans lesquelles sont entraînées les immondices répandues sur le sol.

6° C'est parce que les eaux potables y sont ordinairement bien captées et préservées de souillures que les villes offrent moins de prise à l'expansion du choléra. Quelques villes, toutefois, alimentées d'eau de rivière, perdent à cet égard leurs privilèges.

7° Pour toute localité, les quartiers les plus dangereux à habiter en temps de choléra sont ceux qui occupent les parties basses voisines des rivières et ceux où l'on consomme de l'eau dont la pureté n'est point certaine.

8° La désinfection des maisons habitées par des cholériques, celle de leurs déjections, des linges ou objets souillés, pratiquée conformément aux prescriptions du Comité consultatif d'hygiène, est une mesure préventive indispensable. Elle semble avoir plusieurs fois éteint l'épidémie à son début. Mais, pour être entièrement efficace, cette désinfection exige de la part des médecins une grande vigilance, car la méconnaissance des premiers cas de choléra et même celle d'affections cholériques fort légères laisse souvent se produire la contamination des eaux et la propagation de la maladie.

9° Les chances de contracter le choléra semblent accrues par la vieillesse, l'épuisement, la première enfance; mais elles le sont aussi par l'alcoolisme, la malpropreté générale, la négligence des soins corporels.

10° Une première atteinte de choléra ne semble pas conférer d'immunité, même pour un temps fort court, puisque des récidives assez nombreuses se sont produites durant la courte durée des épidémies.

La séance est levée.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XIV° SESSION (1885).

Congrès de Grenoble (1).

IV

Le nouvel hôpital du Havre; quelques modifications récentes. — M. FAUVEL (du Havre) entretient la section d'hygiène du nouvel hôpital inauguré dans cette ville le 14 juin dernier.

A l'occasion de cette inauguration, nous avons publié une description complète de tous les bâtiments dont se compose cet hôpital (2). Nous n'y reviendrons pas et nous nous bornerons seulement à indiquer les modifications qui ont été apportées, depuis cette époque, à quelques-unes des attributions primitives.

Le dernier pavillon de gauche, le pavillon F, attribué d'abord au service de chirurgie (hommes), est actuellement affecté aux ovariotomies. Un pavillon de droite, le pavillon I, qui devait être mi-partie médecine, mi-partie chirurgie, recevra dans ses deux salles des blessés seulement.

L'hôpital se trouve ainsi divisé en deux quartiers : le quartier des femmes à l'ouest et le quartier des hommes à l'est de la cour d'honneur, et en trois grands services seulement, dont deux de chirurgie.

Une salle dans le pavillon B a été réservée pour le dépôt des instruments, et une surveillante a été spécialement chargée de leur entretien et de leur distribution.

Nous ne suivrons pas davantage le docteur Fauvel dans la description d'un de ces pavillons, le pavillon H, qu'il a pris comme spécimen (deux belles salles de 24 lits chacune par pavillon, 14 chambres d'isolement, promenoirs, etc., salles de lecture, éclairage électrique, etc.), pas plus que dans la description des services généraux. Nos lecteurs connaissent ces détails.

Mais, dans la discussion qui suit cette communication, tout le monde a été d'accord sur les belles dispositions des pavillons et de leurs annexes et sur les avantages que les malades et les blessés devront y trouver.

Plusieurs membres, **M. ÉMILE TRÉLAT**, président de cette section, entre autres, font seulement des réserves quant au fonctionnement des services généraux, qu'ils considèrent comme devant être très difficile, surtout en hiver, à cause de l'éloignement vraiment exagéré des diverses constructions. La salle de dépôt des instruments est également trop éloignée des services de chirurgie.

M. FAUVEL répond que les difficultés des services généraux sont infiniment moindres qu'on le pense. Les visiteurs ont été frappés de la grande étendue de l'emplacement général et de l'éloignement des pavillons supérieurs. Mais ces pavillons supérieurs sont et devaient être le plus éloignés possible, puisqu'ils sont exclusivement destinés aux affections contagieuses. Quant à l'hôpital proprement dit, il est concentré dans le tiers inférieur du terrain; et, au milieu même de ses pavillons de malades et de bles-

---

(1) Voir le numéro du 27 août 1885.

(2) Voir la *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 545.

sés, se trouvent la cuisine, la pharmacie, les bains, etc. Ce qu'il y a d'ailleurs de démonstratif, c'est le fonctionnement régulier et facile, malgré les tâtonnements du début, de tous les services.

La salle de dépôt des instruments n'est peut-être pas effectivement assez au centre des services de chirurgie; mais c'est là un inconvénient auquel il sera facile de remédier.

Traitement de la gangrène pulmonaire par les inhalations d'acide phénique. — M. CONSTANTIN PAUL (de Paris) préconise dans une intéressante communication, les inhalations phéniquées dans le traitement de la gangrène pulmonaire, inhalations qui, dans les sept cas où il y a eu recours, non seulement n'ont jamais donné lieu à aucun phénomène d'intoxication, mais ont conduit à une guérison parfaite et assez rapide.

La solution dont il se sert contient 100 grammes d'acide phénique pour 700 grammes d'eau; elle est renfermée dans le flacon dont les malades doivent respirer les vapeurs antiseptiques. M. Constantin Paul complète le traitement par une médication interne et surtout par l'alcoolature d'eucalyptus à la dose de 2 grammes par jour indiquée par M. Bucquoy depuis une dizaine d'années.

Des stigmates sanguinolents provoqués par suggestion. — MM. H. BOURRU et P. BUROT (de Rochefort) ont déjà signalé les phénomènes d'hémorrhagies cutanées provoqués chez un hystéro-épileptique, par suggestion en somnambulisme. Ils croient devoir rappeler les faits en les complétant par une observation très importante d'hémorrhagie par auto-suggestion, obtenue chez le même sujet par M. le docteur Mabille (de La Rochelle).

Leur sujet, atteint d'hystéro-épilepsie des mieux confirmées, se trouvait hémiplégique et hémianesthésique à droite. Or, ils savaient par de nombreuses expériences, que, dans l'état de somnambulisme, la suggestion de toute sorte d'actes volontaires réussissait sans hésitation.

Le 6 avril dernier, l'ayant mis en somnambulisme, on lui fit la suggestion suivante : « Ce soir, à quatre heures, après t'être endormi, tu te rendras dans mon cabinet, tu t'assiéras dans le fauteuil, tu te croiseras les bras sur la poitrine et tu saigneras du nez. » Le programme fut fidèlement exécuté et quelques gouttes de sang sortirent de la narine gauche.

Un autre jour, l'ayant mis en somnambulisme, condition nécessaire chez lui, on lui traça son nom sur les deux bras avec l'extrémité mousse d'un stylet de trousse, puis on lui fit le commandement suivant : « Ce soir, à quatre heures, tu t'endormiras et tu saigneras au bras, sur les lignes que je viens de tracer. »

A l'heure dite, il s'endort. Au bras gauche, les caractères se dessinent en relief et en rouge vif, sur le fond pâle de la peau, et des gouttelettes de sang perlent en plusieurs points. Après trois mois, les caractères sont encore visibles, bien qu'ils aient pâli peu à peu. A droite, côté paralysé, il ne paraît absolument rien.

Depuis cette époque, le malade a été transféré à l'asile de Lafond (La Rochelle).

M. le docteur Mabille, le directeur de cet asile, a renouvelé l'expérience.

Le 2 juillet, il trace une lettre sur chaque avant-bras; et, prenant la main gauche : « A quatre heures, tu saigneras de ce bras. » Prenant alors la main droite : « Et de celui-ci. » — « Je ne peux pas saigner du côté droit », répond le malade; c'est le côté paralysé. Avec une ponctualité sans réplique, à l'heure dite, le sang coula à l'endroit marqué à gauche; rien à droite.

Enfin, le même confrère ayant convié une quarantaine de personnes, dont vingt-cinq médecins environ, a répété devant eux cette expérience, au milieu d'un grand nombre d'autres qu'il désirait soumettre à leur contrôle.

C'était le 4 juillet; le sujet était en somnambulisme; avec l'extrémité d'un crayon, il trace une lettre sur le poignet gauche. « Tu vas saigner tout de suite du bras gauche », commande-t-il. — « Cela me fait grand mal. » — « Il faut saigner quand même. » Les muscles de l'avant-bras se contractent, le membre devient turgescent, la lettre se dessine rouge et saillante; enfin des gouttes de sang apparaissent et sont constatées par tous les spectateurs. Toutefois, il faut signaler que dans cette dernière expérience il y a eu une erreur de lieu. Ce fut la lettre tracée au voisinage l'avant-veille qui laissa suinter du sang. Peut-être la suggestion n'avait-elle pas été assez précise, peut-être l'exécution était-elle trop rapprochée du commandement; car c'était la première fois que la suggestion n'était pas faite pour un temps éloigné de quelques heures.

Tout récemment, un phénomène des plus curieux a été observé. M. le docteur Mabille dit un jour à ce malade de s'endormir à huit heures du soir et de ne se réveiller que le lendemain matin à cinq heures; pendant ce temps, il serait insensible, n'entendrait pas et ne verrait pas. — Il s'endort à l'heure indiquée, et toute la nuit s'est passée en une crise de somnambulisme des plus curieuses. Il a reproduit spontanément toutes les suggestions qui lui avaient été faites à Rochefort et à La Rochelle; la suggestion des stigmates entre autres a été reproduite et, spontanément, l'hémorrhagie a eu lieu au point des anciennes cicatrices. C'est un cas de stigmates par auto-suggestion. Cette dernière observation appartient à M. le docteur Mabille.

Albuminurie intermittente cyclique. — M. J. TEISSIER (de Lyon). La description de cette forme d'albuminurie transitoire appartient au savant médecin anglais Pavy, qui l'a fait connaître tout récemment sous ce nom, au dernier Congrès de la *British Association*. Or, au moment où paraissait son travail, l'auteur possédait déjà six observations analogues, lesquelles lui permettent d'apporter aujourd'hui de précieux documents pour l'étude de cette nouvelle forme morbide.

Dans ces six cas, qui tous appartiennent à des sujets jeunes, adolescents ou adultes, M. Teissier a constaté :

1° L'intermittence la plus régulière de l'albuminurie, c'est-à-dire l'absence de l'albumine dans l'urine des individus à jeun; son apparition, au contraire, une heure ou deux heures après le repas de midi, avec période d'augment jusque vers cinq ou six heures du soir, où commence la période de décroissance jusqu'à disparition complète dans la soirée. L'albumine rendue ainsi n'est pas rétractile; sa quantité est faible; elle varie entre 10 et 40 centigrammes par litre;

2° Un cycle pathologique présentant, dans son évolution, un certain nombre de phases parfaitement régulières dans leur succession, qui sont : *a.* élimination exagérée des matières colorantes; *b.* albuminurie; *c.* uraturie; *d.* azoturie;

3° La santé générale de quatre albuminuriques, sur les six étudiés par M. Teissier, laissait à désirer, quoiqu'elle ne fût pas gravement compromise. Les antécédents héréditaires des six malades dénotaient dans leur famille la goutte ou le rhumatisme.

Quant à l'interprétation physiologique de l'albuminurie intermittente cyclique, elle est assez difficile à donner, car si la digestion paraît avoir quelque part dans les phénomènes morbides, son action est loin d'être constante, puisque le repas de midi seul entraîne à sa suite la présence de l'albumine dans les urines, et que de plus il n'y a eu, dans aucun cas, d'augmentation de la pression circulatoire, mais bien plutôt une diminution de cette pression. Aussi M. Teissier inclinerait-il à attribuer cette nouvelle forme particulière de l'albuminurie à une prédisposition constitutionnelle diathésique.

Remarques sur les crânes du Muséum de Grenoble. — M. MANOUVRIER (de Paris) constate que, parmi les crânes préhistoriques trouvés dans les grottes de La Buisse et des Balmes, trois appartiennent au type de Cro-Magnon, et deux au type savoyard actuel. Ce fait tend à démontrer que, dès l'époque robenhausienne, les races savoyarde et de Cro-Magnon vivaient côte à côte aux environs de Grenoble.

Parmi les crânes modernes conservés au Muséum, un crâne d'enfant présente plusieurs particularités fort intéressantes :

1° La suture sagittale est complètement synostosée; de là résulte ordinairement la *scaphocéphalie*, mais cette déformation, qui est la conséquence de l'accroissement ultérieur du crâne dans le

seul sens de la longueur, n'a pas eu le temps de se produire.

2° La moitié supérieure de la suture coronale gauche est également synostosée. Il en est résulté un arrêt de développement de la région correspondante avec voussure compensatrice du côté opposé et proéminence de la bosse frontale droite. Cette variété de déformation appartient au type décrit par M. Manouvrier sous le nom de *déformation réniforme*. La différence consiste simplement en ce que la synostose a eu lieu, dans ce cas, à la partie supérieure de la suture coronale, alors qu'elle a lieu ordinairement à la partie inférieure. La déformation qui en résulte est donc un peu modifiée, ce qui la rend plus instructive encore.

Recherches expérimentales sur le venin des hyménoptères, sa sécrétion et son expulsion. — M. CARLET (de Grenoble) démontre que, chez les hyménoptères à aiguillon dentelé (abeilles, bourdons, guêpes, frelons, etc.), le venin est sécrété par deux glandes, l'une à sécrétion acide, l'autre à sécrétion alcaline, et qu'il ne produit ses effets habituels qu'à la condition que ces deux liquides soient tous deux représentés dans le mélange, lequel est toujours acide.

Quant à l'expulsion du venin, elle se fait de deux manières différentes. Chez les diploptères (guêpes, frelons, etc.), le venin est poussé dans la plaie par une vésicule à parois contractiles. Chez les mellifères (abeilles, bourdons, etc.), M. Carlet, après avoir observé que la vésicule du venin n'est pas contractile, a découvert sur les stylets un piston en forme d'épaulette, qu'on peut voir fonctionner sur l'abeille vivante. L'aiguillon de l'abeille est non seulement un trocart qui perce, mais encore une seringue qui se charge et se décharge à chaque coup de piston.

De l'hypertrophie de la glande mammaire chez les hommes atteints de tuberculose pulmonaire. — M. LEUDET (de Rouen). Il existe, en dehors des tubercules du sein, étudiés et décrits successivement par Dubar, Ledentu, Duret, Poirier, Ohnacker, Orthman, etc., une autre forme d'altération de la glande mammaire qu'on observe quelquefois chez les individus atteints de tuberculose pulmonaire.

L'auteur de cette communication a eu l'occasion d'en observer des exemples chez trois hommes phthisiques.

Le sein se tuméfie d'emblée dans sa totalité et représente un disque dont le diamètre atteint 3, 4 et même 5 centimètres. La peau qui recouvre le sein ne présente aucun changement de couleur. Le tissu cellulaire sous-jacent conserve ses caractères normaux. Le gonflement du sein d'un côté peut être suivi de la tuméfaction de celui du côté opposé. Le sein tuméfié est le siège d'une vive douleur, qui s'étend à toute la paroi thoracique.

Cette tuméfaction de la glande mammaire s'observe surtout du côté où la lésion pulmonaire est le plus avancée, du côté où se sont produites des poussées pleurétiques, quelquefois très intenses.

Cette hypertrophie du sein est une congestion consécutive à l'irradiation de la phlegmasie centrale.

La tumeur du sein n'est jamais accompagnée d'engorgement ganglionnaire ; elle dure de un à plusieurs mois, se termine par une résolution lente et ne suppure jamais.

Contribution à l'étude de la généralisation des néoplasmes par les veines et les lymphatiques. — M. NEPVEU (de Paris). Jusqu'ici la généralisation des tumeurs par embolie semblait n'avoir qu'un procédé : propagation du tissu néoplasique à la paroi veineuse et lymphatique située dans son voisinage immédiat, saillie du néoplasme dans la lumière du vaisseau et colonisation à distance.

Ce procédé, bien connu pour les gros vaisseaux depuis les travaux de Virchow, la thèse de Sick, les observations de Paget, Weber, Paulicki, Hering, Lücke, et de nombreuses observations du *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, est également vrai pour les plus petites veinules situées au niveau du néoplasme primitif.

L'auteur cite quelques observations de ce genre, analogues à celles de Hering, Acker, Laveran, etc.

A côté de ce procédé de la perforation de la paroi vasculaire par les néoplasmes, il faut citer la théorie de Cohnheim et Maas qui admettent la migration des cellules de cancer à travers les parois des capillaires.

Tout en appuyant ces théories de ses propres observations, M. Nepveu cite quelques faits remarquables relatifs à un autre mode de propagation du néoplasme.

Dans un cas de cancer colloïde du rectum, dans plusieurs cas de cancer du sein, M. Nepveu a vu les épithéliums vasculaires en prolifération très manifeste, sur une longue étendue et à une assez longue distance du néoplasme primitif.

Legros, en 1868, avait déjà remarqué que les épithéliums vasculaires étaient plus volumineux au niveau du néoplasme.

M. Nepveu a non seulement observé ce fait, mais il a montré par des exemples que les parois des capillaires étaient dans quelques cas infiltrées, que les épithéliums de ces capillaires étaient en prolifération tellement vive, que le cours du sang était presque obstrué, obstrué même dans certains cas.

Ce fait important, dont il ne veut pas dire qu'il soit très général, peut, avec les théories précédentes, expliquer la généralisation des néoplasmes.

Les petits vaisseaux, cancérés à distance, versent dans le courant circulatoire les éléments anomaux. Il faut bien distinguer cette phlébite, cette lymphangite cancéreuse sur place, près et à petite distance du néoplasme, de celle qui se produit dans les viscères autour des embolies néoplasiques.

En même temps, M. Nepveu, après avoir parlé de la présence des réseaux lymphatiques dans un certain nombre de tumeurs, myomes utérins, sarcomes mammaires, myxomes, démontre par les procédés argentiques ces réseaux lymphatiques au milieu d'énormes lipomes de 5 à 6 livres, et en fait circuler de belles planches, par Karmanski.

Traitement de la gangrène des extrémités par le thermo-cautère. — M. BESSETTE (d'Angoulême) communiquait l'an dernier, au Congrès de l'Association française, à Blois, une observation fort intéressante de traitement et guérison d'un cas de gangrène des extrémités, de nature alcoolo-diabétique, par le thermo-cautère. Mais six à huit mois plus tard de nouveaux accidents se sont développés chez son malade : les orteils du *pied gauche*, cette fois, se sont successivement gangrenés.

Le thermo-cautère *aurait été refusé* par le patient, et des traînées de feu appliquées au moyen du cautère actuel avaient été opposées à la marche de la gangrène. Le mal n'a point été enrayé ; mais il a continué sa marche, lentement il est vrai, mais progressivement. Le thermo-cautère, enfin employé deux ou trois mois plus tard, a arrêté la gangrène alors qu'elle avait détruit la peau du pied et des malléoles, et qu'il ne restait que le calcanéum et l'astragale recouverts de bourgeons charnus.

A cette époque, M. Bessette est allé par hasard voir le malade. Il lui a conseillé l'amputation. L'opération a été acceptée ; et quand il l'a pratiquée, il a trouvé les artères ossifiées et ressemblant à de vrais *tuyaux de pipe*. Pour les ligatures, l'auteur a dû employer des fils plats, et par prudence exercer une compression directe sur le centre du moignon. La cicatrisation s'est faite régulièrement et le malade est aujourd'hui guéri.

Il ressort de cette dernière partie de l'observation de l'an dernier, que le feu a besoin, pour agir sur la gangrène des tissus, d'être appliqué profondément, et pour ce, avec le thermo-cautère. Si l'on eût agi ainsi, le malade, au lieu d'un pied bot et d'une jambe de bois, aurait deux pieds plus ou moins bots.

Des phénomènes d'inhibition et de dynamogénie chez deux hystéro-épileptiques. — MM. H. BOURRU et P. BUROT (de Rochefort) ont observé chez deux hystéro-épileptiques, un homme et une femme, certains phénomènes qui se rapprochent de ceux sur lesquels M. Brown-Séquard a établi sa théorie de l'inhibition et de la dynamogénie, mais d'ordre différent.

D'abord ils ont constaté qu'il existe sur certaines parties du

corps des points dont la pression la plus légère détermine l'arrêt des fonctions de relation : le sujet ne parle plus, il est immobile et insensible, ne voit pas et n'entend pas. Chez leur malade, ces points sont situés : 1° à la région frontale du côté gauche; 2° au tiers supérieur et externe du bras gauche; 3° à la commissure labiale droite. Chez la femme, hémianesthésie à droite avec hyperesthésie à gauche, les trois points d'inhibition sont sensiblement les mêmes, avec cette différence que le point labial est à gauche au lieu d'être à droite, et que les points du bras et du front ne produisent qu'un embarras de la parole.

Chez l'homme, la pression des membres du côté gauche détermine un affaiblissement de la parole, à l'exception des médius de la main et du pied, dont la pression produit le renforcement de la parole; c'est l'inverse à droite. De sorte qu'en comprimant alternativement le médius de la main gauche et le médius de la main droite, on peut à volonté faire baisser la voix ou la renforcer.

Ces points d'inhibition et de dynamogénie varient chez ce sujet avec des états physiques que l'on peut déterminer.

Si on le rend hémiplégique à gauche, ces points sont symétriquement intervertis. En le rendant paraplégique, plus rien dans la moitié supérieure du corps; l'inhibition se produit alors par la pression à la partie externe du genou gauche, à la partie interne du genou droit et sur le cou-de-pied droit. Quant on lui enlève toute paralysie, le point d'inhibition se trouve à la partie postérieure de la tête du côté gauche. En somnambulisme, il se trouve à la région frontale du côté droit.

Dans certaines conditions déterminées par la pression de certains points de la tête, on peut le faire parler. La main droite du sujet placée sur sa main gauche amène l'inhibition. Si on forme un cercle de trois à quatre personnes y compris le sujet, celui-ci est influencé et il tombe en crise si le contact se prolonge.

En présentant la main en regard de la tête du malade, du côté gauche, on observe un véritable phénomène d'attraction.

Enfin, on peut mettre à l'actif de la dynamogénie certains faits relatifs à la transposition des sens. En lui touchant les oreilles et en lui parlant à voix basse, en regard d'une partie quelconque de son corps, des doigts ou des orteils, par exemple, il entend très distinctement. Il peut lire, les yeux fermés, certaines grosses lettres en les touchant avec l'extrémité des doigts. MM. Bourru et Burot ne font que signaler ces faits sans en tirer aucune conclusion générale; ils font seulement remarquer que les points d'inhibition leur paraissent différer sensiblement des points hypnogènes, puisque tout cesse avec la pression.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 28 août 1885, ont été confirmées les nominations ci-après, faites à titre provisoire, dans l'ordre de la Légion d'honneur, par le général commandant en chef le corps du Tonkin :

Au grade de chevalier. — MM. Mercier, médecin-major de deuxième classe au troisième régiment de zouaves; Mangin, médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décret en date du 29 août 1885, les docteurs en médecine dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecins aide-majors de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve :

MM. Fauchon, Costilhes, Rogier, Valude, Carilian, Oursel, Milsonneau, Ballacey, Maréchal, Laffon.

— Par décret en date du 31 août 1885, M. Chaluré a été promu, après concours, au grade de pharmacien-professeur de la marine.

— Par arrêté préfectoral en date du 21 août 1885, M. le docteur Duroziez est nommé médecin-inspecteur des écoles pour la 3e circonscription du Ier arrondissement, en remplacement de M. le docteur Le Noir, décédé.

Le mandat de M. le docteur Duroziez expirera le 16 mars 1887.

— Le 29 octobre 1885, il sera ouvert devant la Faculté de médecine de Lyon des concours pour la nomination à quatre places de chef de clinique (médecine, 1; chirurgie, 1; obstétrique, 1; ophthalmologie, 1).

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le docteur Guinier (Auguste-François-Marie) est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Gerbaut, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le docteur Saussol (Adrien-Jean) est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Guibal, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. le docteur David est parti pour Constantinople, chargé d'une mission touchant la police sanitaire internationale.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18274.

N° 102. — SAMEDI 5 SEPTEMBRE 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 5 SEPTEMBRE 1885. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le choléra de 1884.

Nous avons pensé qu'il était bon de procéder pour le rapport de M. Marey comme il avait procédé lui-même; d'en indiquer d'abord l'esprit : c'est-à-dire la pensée intime, les idées propres, les doctrines personnelles du rapporteur, indépendamment des réserves et des formules transactionnelles, moins exclusives et partant moins nettes, qui, par suite de la présence d'autres membres dans la commission, étaient entrées dans la rédaction définitive.

C'était ce qu'avait fait M. Marey, le lundi, devant l'Académie des sciences.

Aujourd'hui il s'agit de donner une notion du rapport lui-même, ayant revêtu la forme sous laquelle l'Académie de médecine l'a entendu le lendemain.

Nous n'en reproduirons pas *in extenso* l'ensemble, d'abord à cause de sa longueur énorme, puis parce que, comme les auditeurs, les lecteurs se perdraient un peu dans les détails de topographie, de météorologie, de technique spéciale relative à l'établissement, au déchiffrement d'un tableau graphique, etc., qui y tenaient une très large place.

Ce rapport se divise en deux parties distinctes : dans la première sont résumés les renseignements communiqués à l'Académie de médecine; dans la seconde, ils sont discutés. Nous allons couper des morceaux de l'une et de l'autre.

PREMIÈRE PARTIE

M. Marey commence par indiquer quelles sont les bases de ses statistiques :

« En réponse au questionnaire qu'elle a formulé dans la séance du 2 septembre 1884, l'Académie a reçu 183 dossiers contenant les renseignements fournis par les médecins de pays atteints par l'épidémie. Sur ce nombre votre commission en a éliminé 78 ; les uns, parce qu'ils étaient trop insuffisants, plusieurs ne renfermant littéralement pas une seule réponse aux questions posées; les autres, parce qu'ils se trouvaient en double ou triple exemplaire pour une même localité dont les différents médecins avaient envoyé, chacun de son côté, ses observations.

Cette circonstance a permis de constater de regrettables discordances sur des questions de faits, des différences dans les chiffres de certaines statistiques, des contradictions sur l'existence ou l'absence de certains symptômes et parfois des omissions regrettables.

Parmi les 105 dossiers conservés, plusieurs sont tout à fait remarquables par la précision des réponses, l'abondance des renseignements et la clarté de l'exposition. Vingt-trois d'entre eux sont accompagnés de cartes ou de plans cadastraux sur lesquels, conformément au désir de l'Académie, on a marqué les maisons atteintes par le fléau, l'ordre de succession des cas, leur terminaison par la guérison ou par la mort.

Il eût été peut-être préférable de ne faire porter le rapport que sur ces observations consciencieuses et précises, mais on eût alors sacrifié, avec tous les documents incomplets, certaines observations importantes sur le mode de propagation du choléra. On prit donc les 105 dossiers qui ont paru utilisables et, tout en regrettant l'insuffisance de beaucoup d'entre eux, on essaya de mettre en lumière tous les renseignements qui y sont contenus.

Dans ce relevé, c'est l'opinion des différents médecins qui est exprimée ; on en discutera la valeur à propos de la comparaison des caractères que l'épidémie a présentés suivant que certaine circonstance commune s'est produite dans des localités différentes. »

Après cela, M. le rapporteur montre comment sont condensées dans ses tableaux les réponses faites aux douze questions que l'Académie avait posées.

De ces relevés statistiques, voici ce qui nous a paru le plus saillant :

« *Origine de l'épidémie.* — Dans les 105 dossiers examinés, on trouve que l'épidémie a débuté de plusieurs manières différentes.

Elle a été importée : par des personnes venant de localités contaminées. . . . . 75 fois.

Par des vêtements souillés de déjections cholériques envoyés dans une localité jusqu'alors indemne. . . . . 2 —

Par de l'eau d'une rivière venant d'une région contaminée, et bue dans un pays jusqu'alors in-

A reporter. . . . . 77 fois.

Report.	77 fois.
demne par des personnes qui ont été les premières atteintes du choléra	3 —
Enfin, plusieurs des médecins qui ont envoyé des documents n'ont pas trouvé la cause de l'apparition du choléra dans leur localité ; cela est arrivé	25 —
TOTAL ÉGAL	105 fois.

Propagation de l'épidémie. — Une fois apparu dans une localité, le choléra a été suivi, autant que possible, dans sa propagation. En général, la filiation du cas n'a pu être établie que pour quelques malades. Elle a revêtu plusieurs types ; tantôt le choléra a paru se transmettre par des vêtements contaminés, tantôt par relations de gens sains avec des malades ; d'autres fois les atteintes ont été disséminées sans cause commune dans certaines localités ; ailleurs, enfin, elles se sont concentrées en certains foyers de quartiers ou de maisons. Voici l'énumération de ces différents modes de propagation de la maladie.

Des vêtements souillés de déjections cholériques ont transmis le choléra à des personnes qui les ont reçus, 5 fois.

A *Toulouse*, une femme ayant reçu du linge envoyé de Toulon ; à *Nantes*, femme ayant lavé du linge contaminé et ayant bu de l'eau du courant où elle lavait ce linge ; à *Toulon*, la mère du premier malade atteint dans ce pays, ayant lavé le linge de son fils ; à *Roquevaise*, femme ayant porté des vêtements d'une autre femme morte du choléra (premier cas) et ayant couché sur son matelas ; à *Mortagne*, homme ayant lavé le linge de sa femme morte du choléra. (On remarque que, sur ces cinq cas, il y en a trois où les personnes atteintes avaient lavé elles-mêmes le linge souillé de déjections cholériques.)

La transmission de malades à gens sains qui les ont approchés et ont généralement vécu dans la même maison a été notée 93 fois. Si l'on tient compte de ce fait, que dans plusieurs localités on a signalé des transmissions multiples, le nombre des pays où ces transmissions se seraient produites est de 45, ainsi réparties :

Transmission d'un malade	à une autre personne.			12 fois.
—	—	à deux	—	9 —
—	—	à trois	—	10 —
—	—	à quatre	—	1 —
—	—	à cinq	—	1 —
—	à N estimés arbitrairement à deux.			12 —
				45 fois.

Les cas de choléra se sont montrés disséminés dans la localité 29 fois sans relations connues entre les personnes successivement frappées.

Enfin, cerains pays ont présenté des foyers épidémiques, soit autour d'une première maison atteinte, soit le long d'un cours d'eau ou autour d'un puits, 16 fois.

Il n'y a pas lieu d'additionner entre eux ces différents modes de propagation de la maladie pour y retrouver un nombre égal à celui des observations, car certaines localités ont présenté à la fois deux ou trois types de propagation, de sorte que la dissémination des cas sans relation connue entre eux n'exclut pas la formation de foyers dans certains points d'un pays.

Constitution médicale. — Les localités dans lesquelles des épidémies antérieures de choléra s'étaient déjà produites sont au nombre de 75. La fréquence des invasions du choléra dans les divers pays a, du reste, beaucoup varié : certains d'entre eux n'avaient encore été atteints par aucune épidémie, quand d'autres en avaient déjà subi jusqu'à 7.

Voici à cet égard les renseignements qui ont été donnés :

Localités ayant subi	une seule épidémie . . .	31
—	deux épidémies.	22
—	trois épidémies.	9
—	quatre épidémies	8
—	cinq épidémies.	1
—	sept épidémies	4
Pays qui n'avaient pas été atteints par les épidémies antérieures.		16
	TOTAL.	91

Pour les autres, il n'a été fait aucune mention d'épidémie antérieure.

Dans le cours de l'année 1884, et avant qu'on ait signalé le choléra asiatique, certains pays ont présenté des affections intestinales diarrhéiques, quelques-unes affectant le type nommé cholérine ; ils sont au nombre de 40 ainsi répartis :

Diarrhées et entérites.	26
Diarrhées et cholérines.	14
TOTAL.	40

Dans les autres pays, au nombre de 65, aucune affection intestinale ne semble avoir précédé l'invasion du choléra.

Chez les individus atteints, les accidents cholériques : algidité, crampes, vomissements, ont été le plus souvent précédés d'une diarrhée, à laquelle le médecin donne le nom de *prémonitoire*, suivant l'expression créée par M. Guérin. Cette diarrhée est notée par beaucoup de localités, 53. Mais la proportion des sujets qui en ont été atteints est difficile à établir. En effet, plusieurs médecins ne donnent aucune idée de cette proportion ; ils disent seulement avoir observé la diarrhée *prémonitoire*.... ; d'autres disent l'avoir observée toujours..... ou presque toujours.....

Puis viennent des relations mieux définies..............

Si l'on ramène à leur valeur absolue tous ces cas où la diarrhée prémonitoire a été observée, en rapportant au propre lieu indiqué le nombre des atteintes exprimées dans la statistique, on trouve que, dans les observations qui sont explicites à cet égard, la diarrhée prémonitoire avait été observée 2347 fois ; elle aurait manqué 1308 fois.

Mais cette estimation n'a qu'une précision fort douteuse, elle représente le maximum possible de fréquence pour cet état intestinal. En effet, nous avons admis qu'il existait toujours quand la proportion des cas n'a pas été indiquée par le médecin.

Un fait qui autorise à douter de certaines affirmations est le suivant : dans des localités où plusieurs médecins ont fait chacun un rapport, le chiffre des diarrhées prémonitoires n'est pas concordant : et dans un cas particulier, l'un des médecins nie l'existence de la diarrhée prémonitoire, l'autre admet qu'elle a été constante.

En ce qui concerne la durée de cette diarrhée avant l'apparition des autres symptômes, la statistique donne des résultats assez variables. Certains médecins se sont bornés à dire que la diarrhée avait existé *très peu de temps*, d'autres disent *fort longtemps*, avant les autres symptômes.........

Les médecins ont donc réuni sous un diagnostic commun

des conditions fort différentes, quelques-uns ayant appelé *diarrhée prémonitoire* le choléra lui-même, dont la diarrhée était le premier symptôme, quand d'autres disent, en pareil cas, qu'il n'y a pas eu de diarrhée prémonitoire.

Marche de l'épidémie. — Les *phases d'augmentation* d'état et de déclin de l'épidémie sont représentées dans plusieurs observations par des courbes qui présentent ce caractère général que le maximum d'intensité de l'épidémie est presque toujours atteint dans la première moitié de la durée de celle-ci. M. Bouveret, qui a étudié si consciencieusement l'épidémie de l'Ardèche, a relevé ce caractère commun aux deux maladies, le choléra et la fièvre typhoïde. Il y voit la preuve que ces deux maladies se propagent de la même façon, c'est-à-dire qu'elles sont infectieuses et dépendent d'une modification générale du milieu infecté, tandis que les maladies contagieuses, dont la variole, par exemple, serait un type, procèdent par accroissement graduel et offrent leur intensité maximum à une période plus avancée du cours de l'épidémie.

Enfin la *gravité*, c'est-à-dire le rapport des décès à celui des cas observés, s'est montrée plus grande au début de l'épidémie dans la majorité des observations; le signe > s'observe 18 fois pour 19 localités où les variations de la gravité ont été indiquées; dans presque toutes ces observations, il est dit que les premiers cas ont été mortels, parfois foudroyants et non précédés de diarrhée.

Enfin, dans le cours de l'épidémie, on a noté, sur neuf sujets, la récidive du choléra.

Le nombre des atteintes cholériques exprimées dans le tableau est de 3 710. Notons que ce chiffre ne correspond qu'aux pays pour lesquels il nous est parvenu des renseignements; la population totale en est de 510 546 habitants. Le nombre des décès par choléra est de 1 580. Celui des guérisons est donc de 2 130. En sorte que le rapport des décès à celui des atteintes est environ de 5 décès sur 12 cholériques.

Du reste, le diagnostic porté sur la maladie semble extrêmement variable suivant les médecins qui l'ont observée; et, tandis que plusieurs d'entre eux ont rangé parmi les cholérines simples des maladies qui ont entraîné la mort, il est possible que d'autres aient compté comme cas de choléra des états fort peu graves, ce qui aurait beaucoup augmenté pour eux la proportion des guérisons. »

DEUXIÈME PARTIE

Ici, le rapport se dégage des entraves de la statistique pour prendre une allure plus indépendante.

« On a vu plus haut, dit M. Marey, que les statistiques sur lesquelles votre commission a opéré paraissent contenir certaines erreurs; celles-ci ont été naturellement reproduites dans notre tableau. De sorte que, si l'on adoptait sans contrôle les opinions formulées par les médecins, on arriverait à des conclusions erronées. Nous discuterons donc quelques-uns des chiffres du tableau en n'usant que très sobrement du droit de les contester. »

Suit une critique des observations dans lesquelles il était dit que l'origine du choléra restait inconnue. M. Marey, invoquant la présence de localités infectées dans un voisinage assez proche ou le passage de cours d'eau provenant de lieux où régnait le choléra, etc., trouve que partout, à deux exceptions près, cette origine doit être rapportée à la contagion :

« En résumé, la statistique nous montre que, sauf deux exceptions, sur les cent cinq cas observés, il a toujours été possible d'assigner au choléra sa voie d'importation. Ces deux cas ne constituent pour la loi générale qu'une exception insignifiante.

Une fois admis que dans les pays de France où le choléra s'est montré, il a toujours pénétré par importation, une autre question se présente, qui a soulevé bien des discussions passionnées : le choléra est-il contagieux?

Bien qu'il n'y ait qu'une question de mot, puisque, en définitive, c'est d'un premier malade que le choléra s'est transmis aux autres, ce mot a une importance réelle, car il impressionne vivement les populations au milieu desquelles éclate une épidémie de choléra. Recherchons donc si les documents statistiques donnent quelque clarté à cet égard.

En formulant son questionnaire, votre commission a fréquemment attiré l'attention des médecins sur les cas où un malade aurait paru transmettre le choléra aux personnes de son entourage.

Or, les réponses faites à cet égard nous apprennent que quatre-vingt-treize personnes seulement semblent avoir pris le choléra pour avoir été en rapport avec des cholériques. Il est possible qu'on ait omis de mentionner quelques cas de ce genre. Mais cette proportion de quatre-vingt-treize transmissions directes sur trois mille sept cent dix cas de choléra observés montre que cette maladie a bien peu de tendance à se transmettre d'homme à homme : ce ne serait qu'*une seule fois sur quarante* que cette transmission aurait eu lieu.

Mais quand on soigne un cholérique, outre qu'on est en contact plus ou moins permanent avec lui, on habite sa maison, on partage son genre de vie, on est placé, en un mot, dans le milieu, dans les conditions mêmes où le malade a été frappé.

N'est-ce pas plutôt à ces influences de milieu que sont dues ces atteintes produites au voisinage d'un malade? Beaucoup de médecins le pensent.

Pour éclaircir cette question, la statistique fournit des renseignements curieux.

Ces quatre-vingt-treize cas de transmission apparente se répartissent dans quarante-cinq groupes. De sorte que, chaque fois qu'un cholérique aurait transmis son mal, il aurait infecté au moins deux personnes. Voilà donc une maladie qui, d'après la statistique générale, paraît, si elle est directement transmissible, ne l'être qu'à un bien faible degré, une fois sur quarante; mais qui, chaque fois qu'elle semble s'être transmise, se comporterait comme la plus contagieuse de toutes les maladies, puisque chaque sujet atteint aurait transmis son mal à deux personnes au moins.

Pour expliquer de telles anomalies, il faudrait se jeter dans des hypothèses singulièrement compliquées : admettre, par exemple, deux sortes de choléra, l'un non transmissible, l'autre extrêmement contagieux. Ou bien il faudrait admettre que certaines familles possèdent pour le choléra une réceptivité toute spéciale. Cette supposition a été faite, et le questionnaire a formellement visé l'influence de la consanguinité sur la réceptivité au choléra. Les réponses des médecins ne permettent pas de maintenir cette supposition; les étrangers, les parents consanguins ou alliés, se montrent, en général, atteints dans des proportions égales.

Reste donc à chercher quelles sont les conditions qui font de certaines localités un milieu favorable au développement du choléra, tandis que la maladie ne se développe

pas dans certains autres milieux, qu'elle s'y éteint même quand elle y a été importée. Ce qu'on est tenté de rechercher tout d'abord, c'est la relation qui existe entre l'intensité de l'épidémie et la population des localités atteintes. Or, on l'a maintes fois signalé et notre tableau en donne une preuve nouvelle : c'est dans la région la moins peuplée que le choléra trouve les conditions favorables à sa diffusion.

Ce qui favorise le développement du choléra, ce n'est donc pas l'agglomération, l'encombrement, qui, pour une maladie contagieuse, multiplieraient à coup sûr les chances défavorables, mais c'est quelque autre condition qui se rencontre au plus haut degré dans les campagnes, les hameaux, les fermes isolées.

Cette condition, pour la définir par une expression générale, c'est la malpropreté. Depuis que Girard de Cundembery, à propos de la première épidémie en France, celle de 1832, a montré que les déjections des cholériques semblent contenir le germe qui transmettra la maladie, tous les hygiénistes se sont attachés à recommander, surtout en temps d'épidémie, des mesures destinées à empêcher ces déjections de transmettre les principes infectieux qu'elles contiennent.

Or, notre tableau montre d'une façon très nette que, dans la plupart des pays gravement atteints par le choléra dans l'épidémie de 1884, la malpropreté était extrême, que les matières fécales, projetées à la rue ou au ruisseau, pouvaient de mainte façon être mises en contact avec les habitants indemnes et leur transmettre la maladie. Les rares localités où des mesures de propreté aient été prises sont celles où la maladie a sévi le moins fortement.

En effet, prenons sur le tableau les douze pays où les coutumes des habitants sont bonnes en ce qui concerne la captation des matières fécales, nous voyons qu'ils ont présenté de très faibles atteintes : sur 1000 habitants le nombre des cas a été, suivant les pays, de 9; 3; 4; 8; 6; 7; 0,7; 0,05; 0,3; 3; 0,4; 2,2.

D'autre part, dans les pays, malheureusement trop rares, où des mesures énergiques ont pu être prises pour désinfecter les selles des malades, les linges souillés, les maisons où s'étaient produits des cas de choléra, le nombre des atteintes semble avoir été assez limité; parfois même l'épidémie paraît avoir été éteinte sur place. Cela a été observé dans dix-sept endroits.

Mais par quelle voie le germe infectieux contenu dans les matières fécales est-il allé atteindre des individus sains? Est-ce sous forme de poussière emportée par le vent? Est-ce en souillant les eaux que la population emploie comme boisson? Des mains malpropres ont-elles touché les aliments et transmis ainsi la maladie ? Toutes ces voies de transport sont possibles et paraissent, en certains cas, avoir été suivies par l'élément infectieux; mais l'importance de leur rôle a été très différente.

Les vents, par exemple, qui paraissent, dans l'Inde, avoir quelquefois propagé le choléra quand ils soufflaient d'un lieu contaminé (1), semblent, dans nos observations, être restés sans effet. Car si quelques médecins ont attribué à leur influence le transport du choléra, beaucoup d'autres ont noté le contraire, c'est-à-dire que le vent soufflant de localités infectées n'a pas transporté le choléra.

La malpropreté des mains, à laquelle les médecins anglais font jouer un rôle important, n'a été signalée d'une manière spéciale que dans une seule des observations que nous avons compulsées. On sait toutefois à quoi s'en tenir à cet égard, car, dans les campagnes surtout, la négligence des soins corporels est poussée fort loin.

Les eaux, au contraire, ont une influence incontestable sur la propagation du choléra. Il n'y a pas lieu de revenir sur l'historique de la question ou de rappeler qu'en Angleterre ce mode de propagation est presque généralement admis, tandis que dans les autres pays, et chez nous en particulier, cette étiologie est loin d'être acceptée sans conteste.

Lorsqu'on pointe sur une carte les localités envahies par le choléra, on les trouve massées en grand nombre dans les vallées et le long des cours d'eau, tandis que loin des rivières se montrent en grand nombre les localités indemnes. Ce fait prouve à lui seul que, sans définir autrement leur rôle, les eaux contribuent à former les foyers cholériques.

Si l'on inscrit la date d'invasion à côté de chaque point qui représente sur la carte une localité envahie, on constate que, la plupart du temps, la maladie est apparue successivement en suivant le cours de l'eau ; celle-ci lui a donc servi de véhicule. Assurément, ce fait n'est pas constant, puisque l'importation du choléra se peut faire par des voies multiples, et que le plus souvent c'est l'homme qui transporte avec lui la maladie.

Mais l'ordre de succession des apparitions du choléra, suivant le courant des rivières, s'observe trop fréquemment pour qu'on puisse l'attribuer au hasard.

Les façons dont peut se produire la souillure des eaux sont extrêmement nombreuses ; il suffira d'indiquer celles qu'on rencontre le plus souvent dans les documents que nous avons dépouillés.

Pour les rivières, on a noté que dans certains pays les riverains n'ont d'autres latrines que le cours d'eau lui-même où les matières fécales tombent directement. D'autres fois les vases qui ont reçu ces matières sont vidés le soir à la rivière. Ici, on rince dans le cours d'eau la tinette enlevée chaque jour de la maison. Ailleurs, on y lave le linge, même quand il est souillé de déjections cholériques ; presque partout, la pente naturelle des ruisseaux, où tout se jette, conduit les liquides à la rivière ; les pluies lavent le sol et y entraînent le reste. Dans les localités où il existe des égouts, c'est encore à la rivière que ceux-ci se déversent, de sorte que tout cours d'eau qui traverse une localité où règne le choléra est à peu près certainement infecté.

En parcourant le tableau, on trouve trente-sept pays pour lesquels il est dit formellement que toutes les matières fécales sont jetées à la rivière; seize où elles sont jetées à l'égout, qui lui-même coule à la rivière; trois où elles vont dans des canaux dont l'eau sert aux usages domestiques.

Soit : cinquante-six pays où la souillure directe des eaux est expressément constatée.

Dans quatorze localités, les puits reçoivent des infiltrations des fosses d'aisances ou des égouts. Même les conduits par lesquels on amène l'eau de sources captées sont parfois insuffisamment étanches : un médecin les aurait vus envahis par des infiltrations qui les ont souillés.

Que dire des pays si nombreux où l'eau soigneusement amenée par une canalisation spéciale est prise à la rivière en aval des égouts ?

A Nantes, lisons-nous, la prise des eaux potables se fait entre quatre égouts, de sorte que, suivant que la marée montante ou descendante change le courant de la Loire, il y a toujours deux égouts qui souillent les eaux potables.

(1) Dans l'Inde, la mousson.

Le résultat de cet état de choses ressort des observations consignées dans nos documents ; nous n'en donnerons que quelques-uns à titre d'exemple.

A Montfort, on voit deux paysans frappés en même temps d'un choléra mortel, après avoir bu l'eau d'une rivière où les déjections d'un cholérique avaient été projetées. Cette coïncidence de deux morts presque simultanées a mis en évidence l'influence de l'eau, qui eût peut-être passé inaperçue s'il n'y eût eu qu'une atteinte isolée.

A Arpavon, le même mode d'invasion s'observe pour six personnes qui travaillaient aux champs, le long d'un ruisseau souillé par les déjections d'un cholérique, et avaient bu de cette eau.

Mézel nous montre le choléra transmis par un ruisseau à de longues distances (20 kilomètres).

L'épidémie de Prades revêt un autre caractère. La ville s'approvisionne d'eau à différentes fontaines dont deux ont été souillées par des cholériques ; il en résulte, dans les divers quartiers, la formation de foyers cholériques et d'enclaves indemnes, suivant que les eaux y sont contaminées ou pures. Sur 80 cas de choléra observés dans cette ville, 76 se sont produits au voisinage immédiat des fontaines contaminées.

A Vernet-les-Bains, c'est encore un autre type d'infection par les eaux. La partie basse du pays reçoit toutes les eaux du village étagé en pente rapide. Une route en remblai forme en bas une sorte de digue ; c'est dans ce cloaque infect que s'est formé un foyer de choléra.

Les canaux, plus encore que les rivières, sont des voies d'importation du choléra lorsque leurs eaux contaminées sont employées à l'alimentation publique. Ainsi, dans les Pyrénées-Orientales, le ruisseau de Corbière ou canal d'arrosage a infecté un grand nombre de pays.

A La Charce, arrondissement de Nyons (Drôme), on voit un autre cours infecter ses riverains.

A Nantes, où un foyer très intense de choléra s'est observé dans le quartier Sainte-Anne, l'observation signale l'infection locale des puits par les fosses d'aisances qui leur sont contiguës et que traverse un ruisseau.

A Sénès (Var), le choléra s'est montré dès que l'unique puits de ce pays a été souillé par le lavage des linges d'un cholérique.

Votre rapporteur pourrait même, aux documents qu'il vient de passer en revue, en ajouter d'autres qui sont directement venus à sa connaissance. Ainsi la curieuse épidémie de Gênes, où 96 p. 100 des cas de choléra se sont produits sur des gens qui buvaient de l'eau d'une canalisation souillée par le lavage de linges contaminés. Le choléra disparut dès que le syndic eut ordonné la fermeture de cet aqueduc ; l'épidémie de Naples, si meurtrière et qui s'est accentuée (les 9/10es des cas) dans ses quartiers pourvus de puits, que la nature poreuse des matériaux du pays mettait en communication avec les égouts, à tel point que lorsqu'on cherche à désinfecter ces égouts en y versant de l'acide phénique, cette substance passe dans les puits et l'eau révèle par son odeur caractéristique l'origine de sa contamination.

Le rôle des eaux contaminées ressort donc clairement des documents transmis à l'Académie sur l'épidémie de 1884 ; et pourtant il est très vraisemblable que, le plus souvent, cette influence, assez difficile à saisir, est restée inaperçue.

Si l'ingestion des eaux contaminées se montre comme la cause la plus fréquente des atteintes de choléra, il existe incontestablement, pour cette maladie, d'autres modes de transmission. L'usage de vêtements ayant servi à des cholériques, le fait d'avoir couché dans leur lit, d'avoir lavé leur linge (1), d'avoir enseveli leur cadavre, paraissent, dans plusieurs cas, avoir été la cause d'atteintes de choléra.

Il est difficile de savoir si, dans certains cas, le principe infectieux n'a point pénétré sous forme de poussière dans les voies respiratoires des sujets qui ont contracté la maladie. Mais on peut aussi bien admettre dans ces circonstances que les mains, salies, aient pu transmettre leur souillure aux aliments consommés ensuite. Le docteur Snow admet cette hypothèse, d'après certaines observations frappantes. On trouve dans nos documents certains exemples de ce genre, entre autres, le cas d'un jeune garçon qui, après avoir lavé une voiture avec de l'eau souillée par les déjections de son grand'père, mort du choléra, a ressenti, au bout de quatre heures, la première atteinte du mal.

Certains auteurs ont même admis que l'eau souillée par les déjections de cholériques n'a pas toujours besoin d'être bue pour transmettre la maladie ; et si cette opinion ne paraît pas admissible pour la grande majorité des cas dont votre commission a été saisie, on n'est pas en droit, d'après ce qui s'est passé dans des villes ou des villages, d'affirmer que les modes de transmission qu'on y a observés représentent toutes les sortes de transmissions possibles du choléra. C'est aux médecins qui ont observé cette maladie dans d'autres conditions topographiques et sous d'autres climats à prouver qu'elle y revêt d'autres allures. »

Ces quelques extraits rapprochés sont suffisants, à ce qu'il nous semble, pour montrer ce qu'il peut y avoir de moins exclusif dans le rapport lui-même que dans la doctrine exposée par M. Marey devant l'Académie des sciences.

Documents sur le choléra de 1885.

M. le docteur Roques nous écrit de Salon :

« Notre épidémie cholérique continue ses ravages avec la même intensité. La population ayant déserté en masse, les cas sont moins nombreux, mais ils sont aussi graves et aussi rapidement mortels que dans les premiers jours. La plupart des malades qui étaient en traitement lors de ma lettre du 20 août sont, depuis, morts presque tous dans un état typhoïde avec des phénomènes congestifs cérébraux.

Une autre particularité de notre maladie à signaler, c'est que le choléra est resté près de dix jours sans être contagieux et qu'il l'est aujourd'hui d'une manière évidente. Je pourrais citer plusieurs faits incontestables à l'appui. Celui-ci entre autres :

Un homme âgé de trente ans environ, effrayé par le choléra, quitte le pays avec sa famille et se retire chez ses parents qui habitent une ferme située à près de 4 kilomètres de Salon, dans les environs de laquelle aucun cas de choléra n'a encore été constaté. Il y est pris du choléra le jour de

(1) Toutefois si le linge a été désinfecté avec soin, on peut le laver impunément, ainsi que le prouve le relevé ci-joint, emprunté au docteur Bonamy (de Nantes), et relatif à ce qui s'est passé dans les baraquements affectés aux cholériques :

« Sur un chiffre de trente-huit femmes entrées, du 27 octobre au 23 novembre, aux pavillons d'isolement, nous trouvons *huit* blanchisseuses, dont six décédées.

Les blanchisseuses employées dans l'enclos réservé aux cholériques n'ont pas en revanche contracté la maladie. Avant de lessiver le linge, on l'imbibait d'une solution de sulfate de cuivre. »

son arrivée; le surlendemain, son père, son frère et sa mère sont pris de la même maladie presque à la même heure. La mère meurt rapidement, les trois autres malades sont encore dans un état des plus graves.

Dans presque tous ces cas de contagion, l'incubation a varié entre deux et trois jours. Les familles dans lesquelles nous constatons plusieurs cas ne sont pas rares. »

M. le docteur Margaillan nous adresse le tableau complet de la mortalité cholérique et de la mortalité totale à Marseille, dressé jour par jour, à partir du 4 août jusqu'au 1er septembre.

« Si vous trouvez, fait-il remarquer, une légère différence entre les chiffres que je vous envoie et ceux de la presse quotidienne, c'est que mon relevé est fait de cinq à cinq heures du soir, au lieu de l'être de huit à huit heures du soir. Mais les totaux sont concordants. »

	Mortalité cholérique.	Mortalité totale.
4 au 5 août . . .	31	83
5 au 6 — . . .	30	67
6 au 7 — . . .	25	63
7 au 8 — . . .	30	94
8 au 9 — . . .	19	59
9 au 10 — . . .	36	85
10 au 11 — . . .	42	88
11 au 12 — . . .	16	54
12 au 13 — . . .	31	80
13 au 14 — . . .	27	56
14 au 15 — . . .	32	58
15 au 16 — . . .	30	78
16 au 17 — . . .	23	59
17 au 18 — . . .	31	60
18 au 19 — . . .	29	80
19 au 20 — . . .	67	113
20 au 21 — . . .	69	122
21 au 22 — . . .	46	81
22 au 23 — . . .	45	76
23 au 24 — . . .	38	83
24 au 25 — . . .	37	68
25 au 26 — . . .	30	68
26 au 27 — . . .	34	89
27 au 28 — . . .	26	60
28 au 29 — . . .	24	68
29 au 30 — . . .	23	72
30 au 31 — . . .	27	55
31 août au 1er sept.	26	56

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XIVe SESSION (1885).

Congrès de Grenoble (1).

V

Du traitement des kystes hydatiques du foie par l'électrolyse capillaire. — M. H. HENROT (de Reims). Le traitement des kystes hydatiques du foie a, depuis quelques années, subi d'importantes modifications : ponction capillaire simple, ponction et drainage avec le gros trocart à ovariotomie, ouverture directe par le thermo-cautère, enfin tout dernièrement ablation de la poche kystique.

(1) Voir le numéro du 3 septembre 1885.

M. Henrot, rappelant les résultats très avantageux obtenus par l'électrolyse capillaire dans un goitre vasculo-kystique, a employé également ce moyen avec succès chez un malade atteint d'un vaste kyste hydatique du foie.

Un homme de soixante ans, portant cette tumeur, éprouvait des douleurs continuelles telles, qu'il avait complètement perdu l'appétit et qu'il était tombé dans une cachexie profonde. Une seule séance d'électrolyse capillaire de deux minutes de durée avec trente éléments de la machine de Jeuffe (le pôle positif communiquant avec la canule, le pole négatif appliqué sur la cuisse) suffit pour amener la guérison.

Aussitôt après l'opération, les douleurs insupportables qui minaient le malade depuis plusieurs mois cessèrent comme par enchantement; l'opération date maintenant de près de deux ans; le malade a retrouvé sa bonne santé d'autrefois.

L'électrolyse capillaire, c'est-à-dire celle où l'aiguille est remplacée par une canule qui reste libre, présente les avantages suivants :

1° Elle supprime immédiatement les douleurs ;

2° En évacuant une partie du liquide de la poche, elle permet à l'action chimique de s'exercer d'une façon plus active sur un liquide à faible tension;

3° Elle permet, pendant le passage du courant, la sortie de la mousse gazeuse qui résulte de la décomposition chimique de l'eau entrant dans la composition du liquide kystique;

4° Elle tue l'hydatide et transforme une substance vivante à marche constamment envahissante en une poche indifférente qui se durcit et se rétracte sans amener la moindre gêne fonctionnelle;

5° Elle amène la guérison définitive du kyste sans faire courir au malade les dangers d'une opération grave ou les conséquences toujours dangereuses d'une longue suppuration.

De la sclérose des tractus moteurs cérébro-spinaux sans atrophie musculaire. — M. PIERRET (de Lyon) fait une communication ayant pour but de montrer que, en dépit des apparences, l'anatomie pathologique du tabes dorsal spasmodique est assez bien connue.

Tous les auteurs s'accordent à déclarer que le substratum anatomique de cette maladie si simple au point de vue clinique, si régulièrement distribué, ne peut être autre qu'une sclérose *simple* des cordons latéraux de la moelle épinière.

Cette vue est exacte mais incomplète.

Entrevue par Furck, cette lésion a été reconnue pour la première fois par MM. Charcot et Bouchard chez une femme hystérique restée définitivement paralysée.

Or, vu l'état actuel de nos connaissances, cette observation ne peut plus légitimement passer pour un cas exceptionnel de *sclérose hystérique*. C'est le premier cas authentique de tabes spasmodique suivi d'autopsie.

Plus tard, M. Westphall publia quelques cas de sclérose symétrique des cordons latéraux, observés par lui chez des malades atteints de paralysie générale ou plutôt généralisée avec spasmes moteurs et troubles mentaux particuliers. Ces cas semblent faire partie du cadre réel des tabes spasmodiques moteurs, qui cessent, il est vrai, d'être purement spinaux (dorsaux), pour devenir, ce qui est bien plus logique, cérébro-spinaux.

L'existence même de troubles psychiques ne suffit pas pour séparer radicalement ces observations de celles beaucoup trop strictes et souvent incomplètes à l'aide desquelles a été tracé le schéma de Erb.

La sclérose caractéristique de cette dernière affection peut être cérébro-spinale au même titre que le sera celle de la sclérose latérale amyatrophique décrite par M. Charcot.

Rien d'étonnant alors à ce que l'on observe des spasmes et des tremblements dans les lèvres, la langue ou la face, aussi bien que dans les membres, et aussi à ce que l'on reconnaisse, si on les cherche, certains troubles psychiques confinant à la forme la plus simple de la démence véritablement paralytique.

Aux observations publiées par MM. Charcot et Bouchard, West-

phall, Dreschfeld, Staffela, M. Pierret peut en ajouter trois autres.

L'une déjà ancienne, caractérisée cliniquement par une parésie spasmodique, généralisée, sans atrophie musculaire, mais avec affaiblissement de l'intelligence.

La seconde, communiquée par M. le docteur Bouveret, très analogue aux cas de Westphall.

La troisième, très importante, concerne une femme morte dans le service de M. Pierret, à l'asile de Bron, et chez laquelle il avait depuis trois ans affirmé l'existence d'une sclérose synétique des tractus moteurs sans altération des cellules des cornes antérieures médullaires ou bulbaires.

Le syndrome clinique était, avec un grand caractère de généralisation, celui décrit par Erb, Charcot, c'est-à-dire une parésie spasmodique de tous les muscles avec exagération des réflexes, trépidations épileptiformes, enfin une véritable démence idéo-motrice.

L'autopsie a confirmé le diagnostic.

En résumé, le tabes dorsal spasmodique existe au double point de vue clinique et anatomique; mais ses caractères symptomatiques et anatomiques en font souvent une maladie cérébro-spinale. Proche parent de la sclérose latérale amyatrophique, il n'en est peut-être qu'une forme lente ou incomplète.

De la ponction vésicale aspiratrice. — M. DROUINEAU (de La Rochelle) donne la relation de deux cas graves, observés par lui, de rétention d'urine compliquée de fausse route uréthrale, et dans lesquels la ponction vésicale aspiratrice a pu permettre de rétablir assez aisément le cours normal de l'urine en plaçant une sonde à demeure après la ponction pratiquée.

S'appuyant sur ses observations personnelles et sur celles qui ont été publiées déjà en faveur de la ponction vésicale capillaire, il chercha à démontrer que cette opération simple, sans dangers, devrait être, entre les mains des praticiens, non une opération de nécessité dernière, mais au contraire une opération pour ainsi dire préalable au cathétérisme dans les cas difficiles, bien entendu, et qui sont ceux qui exposent le plus aux fausses routes.

Qu'il s'agisse d'un prostatique ou d'un rétréci, il est, en effet, certain que la rétention d'urine ajoute, par le déplacement de la prostate et l'effacement du col, de sérieux obstacles à ceux qui existent déjà antérieurement à la rétention. En vidant la vessie préalablement, on place le malade dans des conditions plus favorables au cathétérisme, et on évite les chances probables de fausses routes. M. Drouineau estime que c'est là une pratique sage, rationnelle et utile à vulgariser.

Procédé opératoire de la sangsue. — M. CARLET (de Grenoble) montre, par l'examen des traces que laisse, sur un papier enfumé, une sangsue qui s'y fixe (mécanisme qui se produit aussi facilement que sur la peau) que, dans la *fixation*, contrairement à ce que l'on croyait, la ventouse se fixe par la périphérie, avant d'adhérer par le fond.

Il fait voir ensuite, par une série de vivisections, que la *morsure* est produite par les trois mâchoires qui s'enfoncent dans la peau, en s'écartant l'une de l'autre, ce qui, en même temps, dilate l'œsophage en une sorte d'entonnoir dont le vide est aussitôt rempli par le sang, et c'est ainsi que s'effectue la *succion*. La déglutition se fait, non par des mouvements péristaltiques de l'œsophage, mais par le jeu des mâchoires qui reviennent sur elles-mêmes jusqu'au contact et constituent ainsi un véritable piston qui pousse le sang en arrière. Le procédé opératoire de la sangsue réunit donc trois instruments bien connus : la ventouse, le scarificateur et la seringue.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Congrès de médecine tenu ces jours derniers à Anvers a adopté à l'unanimité l'ordre du jour suivant avant de se séparer :

« L'assainissement des villes et des communes rurales par la propreté s'impose avant tout aux nations, comme moyen de s'opposer à l'invasion des maladies infectieuses. Pour obtenir ces résultats, le Congrès émet le vœu que les autorités centrales aient la direction des mesures sanitaires. »

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Migon, professeur libre d'accouchements, décédé à Paris, le 2 septembre, à l'âge de cinquante-neuf ans.

— M. le docteur Verrier, ancien préparateur à la Faculté commencera un cours d'accouchements, le lundi 14 septembre, à cinq heures, 129, rue Saint-Honoré. Il le continuera tous les jours à la même heure, le jeudi excepté.

Les élèves seront exercés au toucher et aux manœuvres avec les anciens et les nouveaux instruments.

Le cours sera terminé fin octobre. On s'inscrit chez M. Verrier, 129, rue Saint-Honoré, de onze heures à une heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18285.

25

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'anémie, la chlorose, la **leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

49

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Phie Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande *directement à MM. Lebeault, Mayet et Cie*, recevront une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon.

11

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorragies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses : *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

30

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phtisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

88

LES BAS-VARICES LE PERDRIEL

sont souples, solides, perméables à la transpiration. Ce sont de véritables agents de guérison qui donnent promptement les plus heureux résultats. Leur force peut être graduée suivant les besoins.

Avec les mêmes tissus, la maison confectionne *des ceintures de toutes formes; corsets, caleçons, brassards* et autres appareils de compression qui joignent aux avantages du tissu à jour ceux d'une fabrication irréprochable garantie par le cachet et par la signature.

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (Bouchardat, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie Champigny, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

75

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

71

PRODUITS DE L'EUCALYPTUS

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

49

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex* n° 603).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie Leroy, 2, r. Daunou, et toutes phies.

22

KOUMYS-EDWARD

Traitement des maladies de poitrine et de l'estomac, phtisie, etc. — Seul adopté dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or Paris 1875.

Adde, phien, 7, r. du Marché-St-Honoré, Paris.

2

CHATEL-GUYON GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concerts Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

92

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse*.

EN BOISSON : 2 fr. 50 — une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.

EN BAINS : 1 fr. — un flacon pour un bain *incolore et sans odeur*.

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

39

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

Inhalateur, location, 5 francs par semaine. Gaz, 0f,10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boite, 130 francs.

Phie Limousin ✻, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

140

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boite : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

80

SCHINZNACH-LES-BAINS

(*Suisse, entre Bâle et Zurich*).

Eaux **SULFUREUSES** et chlorurées, les plus riches, les plus efficaces contre l'*anémie*, les *maladies de la peau, des muqueuses, articulations*, etc. Etablissement de premier ordre, gare de chemin de fer, centre d'excursions en Suisse.

EAU EN BOUTEILLES ET RENSEIGNEMENTS

37, rue de Rome, à la Société *hydro-minérale*.

78

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, Phie Grez, 34, rue de la Bruyère.

1

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 103. — MARDI 8 SEPTEMBRE 1885. 58e ANNÉE. MARDI 8 SEPTEMBRE 1885. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

Les traumatismes cérébraux.

TROUBLES INTELLECTUELS GRAVES QU'ILS PEUVENT DÉTERMINER.

I

Bien que le cerveau soit heureusement protégé contre les influences extérieures par ses enveloppes osseuses et membraneuses, il n'est cependant pas complètement à l'abri, tant s'en faut, des fâcheux effets qu'exercent sur les autres viscères les traumatismes de différentes natures. Les coups, les chutes, les violences variées qui agissent sur le crâne, sont aptes en effet, dans bien des cas, soit à déterminer des lésions matérielles immédiates et plus ou moins étendues de l'organe, soit à amener une perturbation, légère ou profonde, passagère ou durable, de ses fonctions.

Les chirurgiens, depuis les travaux de J.-L. Petit, depuis surtout ceux de Boyer et de Dupuytren, se sont attachés à décrire les effets de la commotion de l'encéphale, de sa contusion, des plaies et des fractures du crâne qui souvent, vous le savez, s'accompagnent d'altérations de la substance cérébrale. Ces études, qui sont restées longtemps un peu confuses, ont été fort éclairées, dans ces derniers temps, grâce à la physiologie expérimentale, grâce surtout aux beaux travaux qui, depuis dix ans, ont jeté un jour remarquable sur la question nouvelle, on peut le dire, des localisations cérébrales.

Mais, à côté des troubles qui ont surtout attiré l'attention des chirurgiens, à côté des éblouissements, des phénomènes d'obnubilation passagère de l'intelligence qui traduisent la commotion légère, à côté des accidents comateux, de l'aphasie, des paralysies variées qui sont la conséquence de la commotion grave, de la contusion, des plaies du crâne avec fracture, ou de la méningo-encéphalite consécutive à ces lésions, il en est d'autres qu'on a moins bien étudiés et qui sont plus spécialement de notre domaine. Je fais allusion à des désordres intellectuels fort divers qui surviennent, à échéance courte ou longue, à la suite du traumatisme du crâne, et qui dépendent plus ou moins directement de ces derniers. C'est à l'étude de ces désordres que je me propose de consacrer la leçon d'aujourd'hui.

Qu'une lésion traumatique du crâne puisse déterminer des altérations de la substance cérébrale, abcès, ramollissements, hémorrhagies, méningite aiguë, encéphalite, et que ces altérations puissent se traduire par des troubles intellectuels ou autres, c'est là un fait qui n'a rien de bien surprenant ni de bien nouveau. Il suffit d'une revue rapide de la littérature médicale pour se convaincre que, de longue date, les auteurs ont mis le traumatisme au premier rang des causes susceptibles de produire ou de préparer les diverses lésions du cerveau et de déterminer par conséquent la symptomatologie qui exprime ces lésions. Lebert constatait qu'un sixième des cas d'abcès du cerveau ont pour point de départ une lésion du crâne; Hasse attribuait la même origine à bon nombre de tumeurs ; Rostan avait vu le ramollissement cérébral (probablement le ramollissement, suite d'encéphalite ou de contusion) se développer chez des individus après une chute ou une percussion violente sur la tête; Schlager, à l'asile de Vienne, comptait 49 cas d'aliénation sur 500, qui paraissaient consécutifs au trauma; et, dans tous ces cas, on trouva à l'autopsie des cicatrices osseuses, des adhérences de la dure-mère, des opacités des méninges, de l'atrophie cérébrale; bref, le reliquat d'anciennes lésions plus ou moins profondes de l'encéphale.

Mais ce sont là, si je puis dire, des faits d'un intérêt tout relatif. Ceux dont je vais vous entretenir sont tout autres.

Dans l'espèce, le problème que je voudrais chercher à résoudre est le suivant : les traumatismes du crâne sont-ils susceptibles d'amener, en dehors et indépendamment des lésions macroscopiques et grossières précédemment indiquées, des troubles cérébraux analogues à ceux que nous observons journellement dans nos services spéciaux, ne se rattachant, comme la plupart de ces derniers, à aucun substratum anatomique déterminé jusqu'à ce jour, ou dépendant de cette encéphalite interstitielle à marche ordinairement lente et progressive qui constitue la lésion de la paralysie générale? En d'autres termes, y a-t-il une folie produite par le traumatisme? quels en sont les caractères, spéciaux ou vulgaires? quelle est la nature exacte du rôle joué par les violences extérieures dans la détermination de cette folie. Telles sont les diverses questions que nous avons à agiter.

Ces questions, il faut bien le dire, ont peu préoccupé les auteurs jusqu'à ces dernières années. La plupart d'entre eux se les sont à peine posées, ou n'y ont fait que des réponses sommaires. Il est juste de reconnaître cependant que l'influence des chocs du crâne sur la genèse des psychopathies

est déjà entrevue et signalée par les auteurs de la première partie de ce siècle. Pinel y croit; Esquirol l'affirme et la démontre à l'aide de quelques faits. « Les chutes sur la tête, dit l'éminent aliéniste, même dès la première enfance, prédisposent à la folie et en sont quelquefois la cause excitante. » Griesinger, Morel, Marcé, Baillarger, la plupart des médecins contemporains, en un mot, acceptent cette manière de voir. Si des discussions s'élèvent aujourd'hui, si les avis diffèrent, ce n'est plus sur la réalité du rôle joué dans certains cas par le traumatisme, c'est plutôt sur la nature de ce rôle et sur celle des troubles intellectuels que le traumatisme détermine.

Les coups, les chutes, les chocs sont-ils capables d'engendrer des troubles intellectuels à forme et à évolution spéciales? Ou ne constituent-ils, au contraire, qu'une simple cause prédisposante ou déterminante, agissant autrement sans doute, mais au même titre que les causes habituelles de la folie, inapte par conséquent à déterminer des manifestations cérébrales spécifiques? La question s'est posée. Je me hâte de dire que la seconde opinion, plus conforme aux données de la pathologie générale, et aussi, comme vous allez le voir, à l'étude des faits, rallie aujourd'hui la presque unanimité des cliniciens. L'opinion contraire a cependant été soutenue. Un aliéniste anglais, M. Francis Skae (1), s'en est fait le défenseur.

D'après M. Skae, la *folie traumatique* est une entité morbide à part; elle a des caractères à elles, et si nets que l'auteur ne pense pas qu'on la puisse confondre avec aucune autre forme d'aliénation. Pendant la période aiguë, elle se traduit par une grande excitation maniaque; pendant la période chronique, qui s'établit rapidement, les malades sont particulièrement irritables, soupçonneux et portés à attenter à leur existence; d'autres ont des sentiments d'orgueil ou de contentement d'eux-mêmes; tous passent en peu de temps à la démence.

Je me demande si l'aliéniste anglais n'a pas été trop enclin à généraliser d'une façon hâtive les faits tombés sous son observation? Vous allez voir, en effet, que les troubles cérébraux engendrés par le traumatisme ne ressemblent pas tous, il s'en faut, à ceux qu'a vus M. Skae. D'autre part, il se pourrait que cet auteur n'eût pas eu simplement affaire à des cas de paralysie générale consécutifs au traumatisme, comme on en connaît aujourd'hui bon nombre. D'après la description symptomatique qu'il trace, on est du moins en droit de le penser, comme le fait très justement, à mon sens, remarquer M. Azam, à propos de la courte analyse qu'il a donnée du travail de M. Skae (2).

L'opinion de cet auteur ne saurait donc être admise; elle est contredite par la clinique qui nous enseigne, vous vous en convaincrez bientôt, que les faits de folie dite traumatique sont essentiellement disparates, qu'ils ont avec le traumatisme des rapports différents suivant les cas, et revêtent des physionomies variées.

Aussi est-il nécessaire, pour s'orienter au milieu de ces faits, de les grouper en catégories. C'est à cette condition seulement qu'on en peut tracer une description intéressante et méthodique.

Kraft Ebing propose de répartir ces faits en trois classes. Dans la première se placent les cas où les troubles intellectuels succèdent immédiatement à l'accident, qu'il y ait ou non des signes d'encéphalite ou de méningite; dans une seconde, ceux où l'aliénation mentale ne se déclare qu'après un stade prodromique durant lequel on observe simplement des troubles de la sensibilité et des modifications du caractère; enfin, dans une troisième classe, prennent place les faits dans lesquels le traumatisme se borne à créer une prédisposition à la folie, qu'une cause occasionnelle mettra ultérieurement à profit. Cette dernière subdivision vise les malades que Lasègue avait fort heureusement baptisés de *cérébraux*, c'est-à-dire ceux qui, après avoir, à une période de l'existence, subi un choc ou un ictus cérébral, reprennent la vie courante sans présenter de trouble intellectuel apparent, mais sont désormais prédisposés à des désordres psychiques qu'on verra éclater, à un moment donné, sous l'influence d'une circonstance fâcheuse quelconque de la vie physique ou morale.

Cette classification me paraît à la fois commode et vraie. Je l'adopterai dans la description que je vais tracer, en lui faisant subir, comme vous le verrez, quelques modifications de détail.

I. Le premier groupe d'accidents sur lequel je dois appeler votre attention, comprend les troubles cérébraux qui sont immédiatement consécutifs à un traumatisme du crâne, quelle que soit d'ailleurs la nature de ce traumatisme.

Parmi ces troubles, fort différents les uns des autres, il en est un certain nombre dont la description figure dans tous les traités classiques de pathologie chirurgicale. Ce sont ceux qui constituent la symptomatologie habituelle de la commotion, de la contusion cérébrale et de la méningo-encéphalite traumatique. Il serait oiseux de vous en entretenir ici longuement; pour les détails qui s'y rapportent, je ne puis mieux faire que de vous renvoyer aux ouvrages de chirurgie, notamment à l'intéressante étude qu'a faite récemment M. S. Duplay, dans son cours à la Faculté (1). Je vous rappellerai, en quelques mots seulement, en quoi consiste cette symptomatologie qui est aujourd'hui de notion vulgaire.

A la suite d'une chute sur le crâne, d'un coup sur la tête, on observe des phénomènes d'intensité variable, suivant que le choc lui-même a été plus ou moins violent.

La commotion est légère, grave ou foudroyante. Foudroyante, elle tue d'emblée. Le blessé tombe dans le coma et la résolution complète; la respiration se ralentit puis s'arrête; les battements du cœur cessent et la mort survient en quelques instants. L'exceptionnelle gravité de cette forme fait qu'elle a peu d'intérêt pour nous. La suppression de toutes les fonctions cérébrales est instantanée et définitive et l'on n'a pas dès lors l'occasion d'observer les perturbations de ces fonctions qui doivent nous arrêter.

Il en est autrement des formes légère et grave qui constituent souvent le prélude des désordres intellectuels que je vais m'attacher à vous décrire.

La commotion légère se traduit par des éblouissements, de l'obnubilation passagère de l'intelligence, des tintements d'oreille; la face pâlit, les jambes fléchissent, il y a une sorte de défaillance générale. Mais tout s'arrête là, et, au bout d'un temps d'ordinaire assez court, le malade est remis, ne conservant qu'un peu de fatigue et de lourdeur de la tête.

(1) Skae, *Mental science*, février 1866.

(2) Azam, Les troubles intellectuels provoqués par des traumatismes cérébraux. (*Archives générales de médecine*, février 1881.)

(1) *Leçons sur les traumatismes cérébraux*, par S. Duplay. (*Progrès médical*, 1883.)

La commotion grave aboutit au contraire à la suspension complète, mais momentanée, des fonctions cérébrales. Il y a perte de connaissance, abolition des sensibilités spéciale et générale, résolution musculaire avec relâchement des sphincters, état comateux en un mot. Mais, après un temps variable, dont la durée oscille entre quelques heures et quelques jours, les fonctions se rétablissent, toutefois avec une certaine lenteur. D'ordinaire, la sensibilité reparaît la première, puis la motilité, enfin l'intelligence. La mémoire, qui présente souvent, comme nous allons le voir, des troubles intéressants à la suite de la commotion, revient à son tour, dans les cas simples, mais presque toujours en dernier lieu et après toutes les autres fonctions.

Telle est, en raccourci, la symptomatologie de la commotion cérébrale. Si le traumatisme qui l'a engendrée a agi avec plus de violence, s'il a localisé son action sur certains points du crâne ou de l'encéphale, il peut se produire des lésions de contusion, des fractures, et, au bout de quelques jours, de l'encéphalo-méningite. Le tableau clinique se modifie alors en se compliquant : aux symptômes de la commotion se surajoutent des contractures plus ou moins généralisées, qui paraissent tenir à l'irritation des nerfs de la dure-mère (Marshall-Hall, Duret), des paralysies localisées dues aux lésions de la zone motrice ; puis, à mesure que s'établit et progresse le travail inflammatoire constitutif de l'encéphalite, se montrent la fièvre, la céphalalgie, le délire, délire banal, si je puis dire, identique quant à son procédé pathologique et à ses caractères cliniques, au délire qui accompagne la méningite aiguë de l'adulte, bien différent au contraire du délire vésanique que nous allons voir apparaître, dans quelques cas, à la suite du traumatisme du crâne.

C'est qu'en effet, ces traumatismes, dans certaines conditions, déterminent des troubles intellectuels qui, pour n'être qu'un élément inconstant et, à ce titre, accessoire du tableau clinique, n'en présentent pas moins un très haut intérêt. Ces troubles, je vous l'ai dit, ont été jusqu'à présent peu ou mal étudiés, peut-être parce qu'ils sont d'observation plus délicate que ceux dont je viens de vous entretenir. Et les quelques observations qui les mentionnent et qu'on trouve éparses dans la littérature médicale sont pour la plupart défectueuses à plus d'un titre. Nous choisirons parmi elles les plus explicites et les mieux circonstanciées.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XIVe SESSION (1885).

Congrès de Grenoble (1).

VI

Action des médicaments à distance chez les hystériques. — MM. H. BOURRU ET P. BUROT (de Rochefort), ayant essayé la métalloscopie chez un hystéro-épileptique atteint d'hémiplégie et d'hémianesthésie, ont été frappés de l'action de l'or qui produisait une brulûre, non seulement au contact, mais encore à une distance de 10 centimètres de la peau. Le mercure dans la boule d'un thermomètre agissait à peu près de même. L'hydrogène dans une éprouvette produisait une excitation génésique.

Ayant alors expérimenté, de la même manière, des composés métalliques, ils constatèrent que l'iodure de potassium produisait des bâillements et des éternuements réitérés. Cette action physiologique mettait les deux expérimentateurs bien loin des phénomènes de transfert qui avaient été leur point de départ.

Telle est l'origine des recherches qu'ils ont pu poursuivre comparativement chez deux sujets hystéro-épileptiques et dont voici les résultats.

En approchant de leurs sujets une substance toxique ou médicamenteuse dans un flacon bouché, après une à deux minutes, ceux-ci demeurent insensibles, immobiles, inconscients. Bientôt, à cette action banale, compliquée parfois de convulsions hystériques, succèdent des actions spécifiques en rapport avec les substances.

Tous les narcotiques font dormir : l'opium donne un sommeil lourd avec réveil fatigué ; le chloral, un sommeil léger avec réveil agréable ; les alcaloïdes de l'opium, un sommeil avec les variantes propres à chacun d'eux.

Les vomitifs font vomir : l'apomorphine, avec somnolence consécutive ; l'émétique, avec prostration.

L'alcool éthylique donne une magnifique ivresse : titubation, gaîté, vomissements, sommeil, que l'ammoniaque arrête instantanément ; l'alcool amylique, une ivresse furieuse ; l'aldéhyde, de l'hébétude, de la prostration.

L'eau de fleurs d'oranger, le camphre, amènent un sommeil paisible et reposant.

L'essence d'amandes amères provoque, chez un de leurs sujets, une hallucination religieuse superbe et prolongée ; l'acide cyanhydrique, des convulsions et des contractures des muscles respiratoires. L'eau de laurier-cerise, composée de ces deux médicaments, donne l'extase religieuse suivie de convulsions respiratoires.

La cantharide produit une excitation génésique considérable que le camphre fait cesser.

La pilocarpine, le jaborandi, font suer, saliver avec pouvoir saccharifiant de la salive.

Dans ces phénomènes, il convient de distinguer les actions psychiques des actions somatiques, bien plus démonstratives : salivation, vomissements, éternuements, sommeil, titubation, etc.

Chez une dizaine d'autres hystériques ou hystéro-épileptiques que MM. Bourru et Burot ont pu expérimenter ; ils ont obtenu des actions moins brillantes, mais cependant encore significatives.

Quant aux doses, à la durée, au mode, au lieu d'application de la substance, quant aux conséquences pratiques, ils ne peuvent les indiquer ; leurs recherches sont trop récentes et trop incomplètes encore.

Sur les proportions pondérales du squelette des membres chez l'homme et chez les anthropoïdes. — M. MANOUVRIER (de Paris), d'après les recherches qu'il a pu faire jusqu'à présent, expose les faits suivants :

1° Comparé au poids du membre inférieur, le poids du membre supérieur est beaucoup plus considérable chez les anthropoïdes que chez l'homme. Ce fait est en rapport avec la fonction du membre supérieur chez les anthropoïdes, véritable fonction de locomotion, car ces animaux vivent dans des forêts épaisses où ils cheminent à l'aide de leurs mains, au milieu des branches, plus encore qu'à l'aide de leurs pieds. Ces prétendus quadrumanes cheminent en réalité à quatre pattes.

2° Comparé au poids du reste des membres, supérieur ou inférieur, le poids de la main ou du pied est plus grand chez les anthropoïdes que chez l'homme, fait en rapport avec la grande part prise par les extrémités dans le grimpement et la locomotion en forêt.

3° Les rapports pondéraux des différents autres segments des membres entre eux sont à peu près les mêmes chez l'homme et chez les anthropoïdes, contrairement aux rapports dont il a été question plus haut. La différenciation morphologique a donc porté sur les deux paires de membres et sur les extrémités, sans altérer beaucoup les rapports des différents autres segments de chaque membre entre eux.

Falsifications alimentaires et hygiène publique. — M. DROUINEAU (de La Rochelle). Les inspecteurs chargés de la

(1) Voir le numéro du 5 septembre 1885.

visite des pharmacies et des épiceries sont certainement les mieux placés pour indiquer les inconvénients et les avantages de ces inspections. C'est pourquoi M. Drouineau a abordé ce sujet, l'a traité avec toute sa compétence, montrant surtout les vices de la législation actuelle et en particulier de l'ordonnance de 1820.

Il demande qu'on se hâte de reviser cette loi vieillie et qui jure avec les exigences et les besoins de notre époque.

Les épiceries ne sont plus comme autrefois des drogueries inquiétantes; ce n'est pas par ce côté qu'elles menacent la santé publique; mais bien, au contraire, comme entrepôts alimentaires favorisant la fraude au détriment de la bourse et de la santé du consommateur.

Cette question semble à M. Drouineau d'une discussion opportune puisqu'un projet de loi a été préparé par le comité consultatif d'hygiène publique, réorganisant les conseils d'hygiène. Or ce projet maintient simplement et sans autre explication l'inspection des pharmacies et épiceries dans les attributions du conseil d'hygiène, et, dans le rapport qui accompagne le projet de loi, il semble établi que l'inspection est satisfaisante telle qu'elle se pratique actuellement. Il y a là, d'après M. Drouineau, une erreur considérable contre laquelle il faut réagir vivement. L'inspection, pour lui, doit être maintenue, mais grandement modifiée, si on veut qu'elle soit utile. Il faut surtout que la législation sanitaire actuelle disparaisse devant un acte législatif nouveau et complet, et enfin il faut que la médecine publique s'organise en France pour que, dans chaque département, une unité de direction et de recherches préside à ces inspections et à ces visites sanitaires.

De la taille hypogastrique. — M. DUPLOUY (de Rochefort) rapporte deux observations de taille hypogastrique qui démontrent une fois de plus, dit-il, la supériorité de cette méthode sur les tailles périnéales.

La première a trait à un vieillard de soixante-dix-neuf ans, atteint de volumineux calculs et d'une hypertrophie considérable de la prostate. Cette complication, jointe à l'embonpoint excessif du sujet, eût rendu toute taille périnéale, pour ainsi dire, impraticable. L'opération par l'hypogastre fut entourée de quelques difficultés parce que la vessie, n'ayant pu admettre d'injection, dut être ouverte sur le doigt à une grande profondeur. Elle fut toutefois amenée à bonne fin et amena l'extraction de six grosses pierres à facettes. La cicatrisation se fit longtemps attendre, mais elle était complète deux mois après l'opération.

La seconde observation recueillie sur un malade atteint de la pierre et de sarcome embryoplastique, a peut-être une certaine importance au point de vue de l'extirpation des tumeurs de la vessie; il fut très facile de débarrasser par cette voie la vessie et la portion prostatique de l'urèthre des fongosités sarcomateuses qui l'obstruaient, en tordant, arrachant, excisant avec prudence toutes les excroissances de mauvaise nature. Malheureusement, le mal récidiva rapidement sur place et le malade mourut un mois après l'opération, épuisé par une pyélo-néphrite suppurée.

La voie périnéale recommandée par quelques chirurgiens anglais et américains, n'eût pas permis de manœuvrer aussi facilement que M. Duplouy a pu le faire dans le bas-fond de l'organe soulevé par le ballon de Petersen.

L'auteur conclut de ces deux observations :

1° Que la taille hypogastrique, rajeunie par les procédés modernes, est forcément indiquée chez les vieillards atteints d'hypertrophie très notable de la prostate;

2° Qu'elle doit être le procédé de choix pour l'extirpation des tumeurs intra-vésicales.

Méthode des inhalations gazeuses instituée à Allevard. — M. NIEPCE rappelle comment, à Allevard, il eut le premier la conception du principe de l'inhalation gazeuse, laquelle, d'une observation empirique, devint une observation clinique tellement importante, dit-il, que depuis elle se répandit dans la science hydrologique et devint une méthode adoptée d'une manière absolue, et dont les applications se généralisèrent, surtout après l'Exposition universelle de 1855 où il avait envoyé le modèle de la salle d'inhalation dont il avait conçu l'idée.

L'expérience lui a démontré que l'air expiré par les malades atteints d'affections chroniques de la poitrine contenait d'autant moins d'acide carbonique que l'affection était plus grave; que toutes les fois que l'état des malades s'améliorait, la quantité d'acide carbonique augmentait en raison de la diminution des produits de l'expectoration et de la toux.

De plus l'analyse de l'atmosphère des salles d'inhalation d'Allevard montre qu'un individu qui séjourne dans ces salles pendant une heure et qui fait pénétrer dans ses poumons 320 litres d'air, quantité moyenne que la respiration fait passer dans les organes respiratoires pendant ce temps, respire :

Gaz acide sulfhydrique.	52,940 cent. cubes.
— carbonique.	30,288 —
Oxygène.	63 litres 52
Azote.	240 litres.

Or le gaz sulfhydrique qui pénètre dans les poumons est entièrement absorbé pendant la première heure que passent les malades dans les salles. Si le traitement dure plusieurs jours, à la fin de la première heure, l'air expiré en contient toujours quelques traces, et cela, d'autant plus que les malades ont prolongé leur séjour dans les salles d'inhalation. Après un certain nombre de jours, variable suivant les malades, alors que la peau exhale une forte odeur sulfureuse par la transpiration insensible, que les urines décèlent la présence du soufre, l'air expiré soit pendant le jour, soit pendant la nuit, contient du soufre. Il en est de même des crachats. C'est là un indice de saturation sulfureuse, et si le traitement est continué, on voit survenir des douleurs d'estomac, la perte de l'appétit, le sommeil agité, etc., il faut alors suspendre le traitement, car il y a désormais défaut de tolérance pour le soufre, il y a une sorte d'intoxication telle qu'une nouvelle dose troublerait gravement les fonctions de l'organisme.

D'ailleurs, ce degré de saturation varie selon l'âge, le traitement, le régime et la maladie même du sujet.

M. Niepce, dans son intéressante communication, insiste sur les effets physiologiques des inhalations, qu'il a instituées à Allevard, tant sur la respiration que sur les mouvements du cœur, et entre dans de longs détails sur les effets immédiats produits par le séjour d'un individu dans une salle d'inhalation. Ces effets peuvent se diviser en trois périodes : 1° une période de sédation; 2° une période de retour; 3° une période d'excitation. Mais ils ne sont pas exclusivement dus au gaz acide sulfhydrique; et M. Niepce pense que la présence d'une certaine quantité d'azote associée à la composition de l'air des salles d'inhalation (oxygène, acide carbonique et acide sulfhydrique) peut et doit contribuer à l'action sédative que produit la respiration de ce mélange.

La théorie du bruit de galop. — M. POTAIN propose une nouvelle théorie du bruit de galop dans laquelle le choc de ce bruit résulterait de l'entrée en tension brusque de la paroi ventriculaire par suite de la pénétration du sang dans la cavité des ventricules. Elle s'appuie sur les quatre points suivants :

1° Le choc du galop est toujours diastolique;

2° Il résulte de la pénétration de l'ondée sanguine avec laquelle il coïncide toujours, et qui est d'ailleurs le seul mouvement actif qui se produise toujours à ce moment;

3° Il ne se rattache pas nécessairement à la systole de l'oreillette et peut se produire sans que celle-ci intervienne;

4° Il paraît survenir au moment où la paroi ventriculaire entre en tension diastolique, et il est d'autant plus accentué que cette paroi est plus rigide ou plus inextensible, condition qui augmente nécessairement l'intensité du choc produit par toute membrane ou paroi qui se tend.

Le caractère dans les maladies. — M. AZAM (de Bordeaux). On observe des variations de caractère non seulement dans les états morbides proprement dits, mais encore dans certains états physiologiques accidentels qui s'en rapprochent. Ces derniers sont,

par exemple : 1° les périodes menstruelles où la femme la plus douce devient irritable, inquiète, souvent violente ; 2° la grossesse, où les modifications du caractère en arrivent parfois au point qu'on a voulu la rendre irresponsable de certains actes ; 3° l'exercice des fonctions génitales que M. Azam appelle le *rut humain* : à cette époque de sa vie, l'homme devient querelleur, violent, souvent même féroce, qu'il soit sauvage ou civilisé, et les annales des cours d'assises sont remplies de drames d'amour et de jalousie où le revolver remplace le casse-tête ; 4° la digestion, dont l'exercice normal conduit à une aménité relative.

Quant aux maladies, on peut dire, d'une façon générale, que tous les états morbides prolongés ou chroniques qui amènent de la douleur ou un repos forcé provoquent des modifications de caractère. Celles-ci s'observent particulièrement chez les fracturés des membres inférieurs, chez les cancéreux, les phthisiques et les infirmes ou les disgraciés de la nature. Tout le monde connaît la malice des bossus et la stupidité méchante des sourds-muets.

Les éléments psychiques du caractère étant l'intelligence, la volonté et la sensibilité, il est naturel que les troubles de l'esprit aient sur lui une action considérable. — Il ne s'agit pas ici, bien entendu, du caractère des aliénés ; mais des troubles de caractère qui peuvent précéder ou suivre certains troubles intellectuels.

L'homme qui doit devenir fou, ainsi que l'a fait remarquer M. le docteur Desmaisons (de Bordeaux), a des écarts de conduite, des emportements, etc., et un caractère insupportable, alors qu'il raisonne encore très bien et que, pour tout le monde, il est sain d'esprit, tandis que ce changement de caractère est pour le médecin un avertissement.

Dans les folies intermittentes, le caractère s'améliore après les accès ; cependant, quand ceux-ci se sont succédé pendant une longue période de la vie, la démence vient et les modifications de caractère n'ont plus d'importance. Elles en ont, au contraire, une très grande chez le futur paralysé général ; chez lui, elles ont la valeur d'un prodrome certain. C'est ainsi qne, parfois, deux ans avant la manifestation des premiers troubles de la sensibilité, ou la première idée délirante qui décèle la paralysie générale, elles sont l'indice, pour le médecin sagace, de la maladie à venir.

D'autre part, les hystériques sont fantasques, bavardes, rusées, etc. ; les épileptiques deviennent sombres, vindicatifs et souvent féroces.

Les névralgiques et les névropathes, de gais et confiants qu'ils ont pu être, deviennent méfiants, tristes et sournois ; ils ont souvent des emportements qui touchent à l'extrême violence.

Certains virus et certaines intoxications agissent sur le caractère ; la rage provoque la fureur ; l'ivresse alcoolique, la gaieté ; d'autres ivresses, l'abrutissement ou la férocité.

Mal digérer et mal uriner sont aussi des causes de changement de caractère connues de tous. On voit presque toujours devenir insupportables les personnes qui souffrent dans l'exercice de ces fonctions.

En résumé : 1° le caractère varie dans certains états physiologiques dont les principaux sont : les périodes menstruelles, la grossesse, le *rut humain* et la digestion.

2° Il varie particulièrement dans les maladies chroniques, les fractures, le cancer, la phthisie et les infirmités.

3° On observe aussi des variations du caractère dans tous les troubles de l'esprit, avant, pendant et après les accès ; en général, le caractère s'améliore après les accès.

4° Les variations du caractère sont un prodrome constant et certain de la paralysie générale des aliénés.

5° On les observe aussi dans l'hystérie, la double conscience, l'épilepsie chez les névralgiques et chez les névropathes ; dans la rage, l'ivresse et diverses intoxications, etc., etc.

6° Le caractère peut être localisé dans les régions de la base du cerveau qui reçoivent les irradiations du cervelet.

Spectroscopie du sang ; exposé d'une nouvelle méthode ; présentation d'instruments spéciaux. — M. HÉNOCQUE (de Paris) fait connaître la nouvelle méthode à laquelle il a recours pour l'examen spectroscopique du sang, et les divers instruments qu'il a imaginés pour cette étude, notamment un hématoscope.

Cet appareil sert, non seulement à l'analyse spectroscopique du sang, mais encore à sa photographie et à doser la quantité de matière colorante active de ce liquide, c'est-à-dire l'oxyhémoglobine.

Il se compose essentiellement de deux petites lames de verre superposées, de façon qu'elles soient en contact d'un côté et écartées de l'autre, sous un angle dièdre très aigu. Maintenues par des agrafes de laiton, elles circonscrivent un espace prismatique capillaire dans lequel on peut examiner le sang sous une épaisseur régulièrement progressive de 0 à 150 millièmes de millimètres. Lorsque l'on dépose quelques gouttes de sang entre les deux lames de verre, ce liquide s'étend en couche presque incolore au sommet, et devient graduellement plus rouge vers la base. Plus le sang est riche en oxyhémoglobine, plus foncée sera la teinte.

L'on applique l'hématoscope garni de sang sur une autre petite plaque émaillée, blanche, et portant des lettres en noir et des chiffres. On lit les uns et les autres à travers la partie claire de la couche sanguine, mais on ne les distingue plus dans la partie épaisse et colorée. Plus il y a de matière colorante, et moins on lit de lettres. Or l'échelle de chiffres placée sous les lettres est disposée de telle façon que le chiffre correspondant aux dernières lettres qu'on lit distinctement indique la proportion centésimale de l'oxyhémoglobine contenue dans le sang observé.

Cet instrument mesure 9 centimètres de long sur 3 de large ; il peut être mis dans la trousse du médecin, et il présente toutes les conditions nécessaires pour être appliqué aux recherches cliniques.

Nature et traitement curatif de l'angine de poitrine vraie. — M. HENRI HUCHARD (de Paris), après avoir rappelé que les nombreuses et diverses théories (au nombre de trente-cinq environ), qui ont eu cours dans la science depuis un siècle sur l'angine de poitrine, ont toujours nui à l'institution d'une thérapeutique rationnelle de cette affection si grave, fait connaître les résultats de son traitement, expérimenté avec le plus grand succès depuis plusieurs années. Pour bien comprendre cette médication, il faut d'abord revenir sur la distinction capitale établie par lui entre l'*angine vraie* et les *angines fausses*, et cette distinction clinique qui a fait en partie l'objet d'un travail inséré dans la *Revue de médecine*, en 1883 (DES ANGINES DE POITRINE, travail couronné par l'Académie de médecine, prix Godard 1885), est aussi importante que celle qui a séparé jadis l'asthme des affections pseudo-asthmatiques, l'épilepsie vraie des épilepsies fausses.

Les caractères cliniques qui distinguent ces diverses angines sont des plus nets, et il est important de bien les connaître puisque l'angine vraie se termine presque toujours par la mort subite, et qu'au contraire les angines fausses se terminent par la guérison. Celles-ci résultent de causes diverses (névralgie cardiaque, troubles vaso-moteurs chez les hystériques, distension des cavités du cœur chez les gastriques, etc.) ; celle-là, l'angine vraie, est due à une lésion des artères coronaires, à leur sclérose, à leur rétrécissement ; elle est le plus souvent le résultat d'une aortite, à la condition qu'elle intéresse et rétrécisse l'ouverture des artères coronaires, et les accès d'angor sont provoqués par une ischémie cardiaque temporaire.

Cette *théorie artérielle*, indiquée au siècle dernier par Zenner et Parry, est admise en France par MM. Huchard, Liégeois (de Banville-aux-Saulles), Potain et G. Sée ; elle s'appuie sur plus de quarante autopsies des plus convaincantes. La *théorie nerveuse* ou de la névrite cardiaque, imaginée dès 1835 par Gintrac, démontrée scientifiquement par M. Lancereaux en 1864, reproduite et développée par M. Peter en 1871, s'appuie sur cinq ou six autopsies dans lesquelles avec les lésions de la névrite sont constatées celles des artères coronaires ; de plus on peut citer d'assez nombreux cas de névrite cardiaque sans angor, et d'oblitération des artères coronaires sans névrite et avec angor.

Si l'angine vraie est le résultat, non pas d'une affection ner-

veuse mais d'une affection artérielle, il faut s'adresser à des médicaments dont l'action se porte principalement sur le système artériel; en un mot, à maladie artérielle, il faut opposer une médication artérielle. Or, les accès d'angor ne sont autres que des accès d'ischémie cardiaque, et les angineux présentent presque tous une augmentation réelle de la pression vasculaire, comme les observations de Walter Moxon, de Galabin et de M. Huchard l'ont démontré; donc, il faut bannir de la thérapeutique toute substance capable de déterminer la vaso-constriction, comme l'ergot de seigle, ou d'élever encore la pression artérielle comme la digitale. Il faut au contraire recourir aux médicaments capables de produire la vaso-dilatation, la diminution de la pression artérielle, l'augmentation d'énergie et de fréquence des contractions cardiaques. C'est pour ces raisons que le nitrite d'amyle et parfois la trinitrine produisent des effets si merveilleux contre les accès d'angor.

Mais si les inhalations amyliques guérissent les accès d'angine, ils ne font pas disparaître la maladie qui leur donne naissance (aortite péri-coronaire, sclérose coronaire, artério-sclérose, etc.); il faut donc s'adresser à des médicaments qui portent à la longue leur action sur le système artériel. Ces médicaments sont les iodures qui ont déjà guéri des anévrysmes aortiques *non syphilitiques;* qui modifient avantageusement ce que M. Huchard appelle les *cardiopathies artérielles;* qui s'opposent avec succès aux progrès de l'artério-sclérose; qui préviennent, d'après l'auteur, les hémorrhagies cérébrales en s'attaquant à la lésion vasculaire, et qui doivent aussi, selon lui, être considérés comme les médicaments de l'arthritisme caractérisé par sa tendance aux congestions et à l'artério-sclérose, et non pas, comme on l'a dit à tort, par une sorte de ralentissement de la nutrition. L'iodure est un médicament artériel par excellence; la preuve, c'est que, sous son influence, le pouls gagne de l'ampleur, les vaisseaux artériels se dilatent et se développent, la tension vasculaire diminue; tous phénomènes rappelant d'assez près ceux produits par le nitrite d'amyle.

Mais une des conditions principales du succès, c'est la persévérance dans le traitement. Il faut soumettre le malade pendant quinze à dix-huit mois au minimum, et même pendant trois ans, à la médication iodurée à la dose quotidienne de 1 à 3 grammes. M. Huchard préfère à l'iodure de potassium, dont l'action nocive sur le cœur est bien connue, *l'iodure de sodium*, et même parfois l'*iodure de lithium* qu'il expérimente depuis plusieurs mois et auquel il a recours surtout chez les arthritiques-scléreux.

Vingt-cinq observations personnelles d'*angine de poitrine vraie* qu'il a pu réunir témoignent presque toutes des bienfaits de cette médication. Quelques-unes démontrent de la façon la plus formelle que la science est actuellement en possession d'une médication rationnelle, capable de guérir définitivement les angines de poitrine les plus graves, *à la condition expresse que cette médication iodurée soit continuée sans relâche pendant plusieurs années.*

Revision de la législation sur les logements insalubres. — MM. F. BREMOND et A. HUDELO font une importante communication sur cette question.

L'hygiène des habitations a été, en France, à différentes époques, l'objet de lois et règlements assez nombreux dont l'ensemble est loin d'être satisfaisant.

Cet assemblage, formé de parties séparées et indépendantes, dans lesquelles un sujet seul est généralement visé, est forcément incomplet et manque d'unité; on sent qu'il ne résulte pas de conceptions générales mais bien de faits isolés, ou de considérations momentanées.

La loi du 13 avril 1850 sur les logements insalubres n'échappe pas à cette critique : si elle n'est pas absolument une loi de circonstance, elle est née, du moins, de circonstances particulières.

Elle fut appliquée dans un petit nombre de localités, et, en 1878, huit ou dix commissions au plus fonctionnaient. Il n'est pas douteux que le peu d'extension qu'a prise le développement de ces commissions, et même la diminution de leur nombre, qui était d'environ cinq cents en 1858, ne soient dus à deux causes : la première est ce sentiment qui s'est fait jour au moment de la confection de la loi qu'on considéra comme contraire au droit de propriété; la seconde, dut être la constatation des services trop limités que la loi permettait à ces commissions de rendre.

Cependant, quelques-unes ont persévéré; celle de Paris n'a pas cessé de poursuivre ses travaux; une loi du 25 mai 1864 vint même augmenter le nombre de ses membres, qui fut porté à trente.

Depuis son installation, la commission n'a pas cessé de réclamer des modifications à la loi de 1850; ces modifications, elle les a inscrites définitivement dans un projet de loi, qu'elle a formulé le 20 mars 1882, et qu'elle a soumis sous forme de vœu à l'examen des pouvoirs publics. D'après elle, la loi devrait être rendue obligatoire pour toutes les communes, la recherche des locaux insalubres devrait pouvoir être faite d'office par les commissions sans signalement préalable des particuliers.

Le projet présenté rétablit et complète la classification des dépendances des habitations dans lesquelles doit s'exercer l'action de la commission; il assure les responsabilités; il détermine et limite la durée des délais de procédure; il définit l'action du conseil de préfecture, qui ne peut plus juger les recours au fond, à moins qu'il n'ait pris l'avis du conseil d'hygiène et de salubrité; il prévoit l'exécution d'office des travaux prescrits; il modifie les pénalités et introduit la peine de la prison dans le cas où des locaux interdits seraient mis en location par le propriétaire et habités; il indique la nécessité d'un règlement relatif à la salubrité des constructions à édifier; enfin, il assure des abris provisoires aux locataires expulsés en masse, à la suite d'interdictions d'immeuble ou de groupes d'immeubles.

Les raisons qui servent de base à ces réclamations sont évidentes, et il n'est nul besoin d'y insister.

MM. A. Hudelo et Félix Bremond terminent leur importante communication par la motion suivante, votée à l'unanimité par la section d'hygiène :

« Au nom de la commission des logements insalubres de la ville de Paris, qui nous a délégués près de vous, nous vous prions d'accorder votre approbation aux bases de la révision de la loi du 13 avril 1850 que nous vous avons indiquées, et nous espérons que vous voudrez bien exprimer le *vœu qu'une prompte solution soit donnée par les pouvoirs publics à cette question qui intéresse au plus haut point l'hygiène publique.* »

Sur certains troubles trophiques d'origine osseuse concomitants aux angiomes superficiels des membres inférieurs. — M. RENÉ DUZÉA (de Lyon), après avoir rappelé une première observation publiée dans la *Gazette des hôpitaux* (1885, p. 714), et ayant trait à un immense nævus du membre inférieur droit, accompagné de réactions hypertrophiques du côté du squelette (allongement de 2 centimètres du fémur et du tibia correspondants) et de troubles circulatoires hémilatéraux (hyperhydrose axillaire, développement exagéré du système pileux, dilatation de la pupille), en présente une seconde se rapportant à un homme de soixante ans, porteur d'un nævus congénital et tout à fait superficiel du genou et de la jambe droite. Ce nævus était représenté par une série de plaques séparées par très peu de tissu sain et devenant confluentes à la partie inférieure de la jambe.

Dans cette seconde observation, on ne trouve aucun trouble de vaso-dilatation, d'hypercirculation constante comme dans le premier, à part un léger degré de dilatation pupillaire du côté correspondant.

La jambe elle-même n'est pas hypertrophiée; elle présente à peine 1 centimètre de plus comme circonférence que celle du côté opposé.

Néanmoins, après de rigoureuses mensurations, on trouve un allongement de 2 centimètres pour le fémur, 2 pour le tibia et 3 pour le péroné.

La face externe du tibia, mesurée avec un compas d'épaisseur à la partie moyenne, donne 3 millimètres en faveur du tibia droit.

Le bord interne du pied droit présente 1 centimètre de plus que celui du gauche, sans que sa circonférence en soit augmentée.

L'auteur insiste sur ces allongements et hypertrophies du squelette, non seulement sous-jacent, mais même situé à quelque distance, comme pour le fémur par exemple, allongements osseux qui se rencontrent seuls au milieu des autres tissus et qui semblent démontrer l'existence d'une véritable action élective pour le squelette.

Ces allongements hypertrophiques concomitants aux angiomes tout à fait superficiels n'avaient pas jusqu'à ce jour attiré l'attention.

On n'a pu retrouver dans la science aucun cas s'y rapportant, à part une observation de Krause où, dans un cas d'angiome du membre supérieur, on a constaté un allongement manifeste.

Enfin il serait intéressant de rechercher si des faits semblables ne se passent pas pour les angiomes beaucoup plus fréquents de la face et du cuir chevelu. Il doit très vraisemblablement se produire le même travail d'hypertrophie du côté des os sous-jacents et, par suite, une asymétrie faciale et céphalique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel des travaux pratiques pendant l'année scolaire 1885-1886 est composé comme suit :

Physique. — M. Guebhard, chef des travaux ; MM. Sandoz et Mergier, préparateurs.

Chimie. — M. Hanriot, chef des travaux ; M. Monange, préparateur ; MM. Combes, Groslous et De Thierry, préparateurs adjoints.

Histoire naturelle. — M. Faguet, chef des travaux ; MM. Arthault, préparateur adjoint *(zoologie)* ; Berger, préparateur adjoint *(botanique)* ; Blondel, préparateur adjoint *(botanique)*.

Physiologie. — M. Laborde, chef des travaux ; MM. Rondeau et Gley, préparateurs ; MM. Pignol et Martin, préparateurs adjoints.

Histologie. — M. Cadiat, chef des travaux ; M. Grancher, préparateur ; MM. Sapelier, Launois, Valude, Chatellier, préparateurs adjoints.

Anatomie pathologique. — M. Gombault, chef des travaux ; MM. Brault et Chantemesse, préparateurs ; MM. Durand-Fardel, Jarodet et Dubar, moniteurs.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Chalot, agrégé, est chargé, pendant l'année socolaire 1885-1886, du cours de pathologie externe, en remplacement de M. Boyer, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Alexis Vautrin est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Guillemin, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le docteur Joseph Scheel est institué, pour trois ans, chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Rémy, dont le temps d'exercice est expiré.

Le choléra d'après le docteur don Jaime Ferran ; la vaccination cholérique, les délégations scientifiques en Espagne, par le docteur Duhoureau. In-8° de 180 pages avec une planche. — Prix : 2 fr. 50. — Paris 1885, G. Carré.

Le choléra de 1884 à l'asile des aliénés de Limoux (Aude) ; statistique, étiologie, prophylaxie, par le docteur Calixte Rougé, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Limoux, membre correspondant de la Société médico-psychologique. In-8° de 32 pages. — Marseille 1885, typographie Barlatier-Feissat.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18294.

N° 104. — JEUDI 10 SEPTEMBRE 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 10 SEPTEMBRE 1885. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Guyon a communiqué à l'Académie une observation d'un néoplasme volumineux de la vessie opéré et guéri par la taille hypogastrique. L'étude des symptômes et l'exposé des moyens d'exploration qui ont conduit M. Guyon à diagnostiquer l'existence de ce néoplasme avec assez de précision pour l'autoriser à en entreprendre l'ablation, le choix de la méthode à laquelle il a eu recours et la technique opératoire qu'il a mise en œuvre, enfin le résultat heureux qui s'en est suivi, tout tend à donner à ce nouveau fait de chirurgie viscérale, non seulement un intérêt particulier considérable, mais encore, comme l'a très justement fait observer M. Gosselin, la valeur d'une véritable innovation en médecine opératoire.

D'une communication de M. Lancereaux sur les cas de transmission de la variole au début de la période d'éruption qu'il a eu l'occasion d'observer dans son service à la Pitié, il ressort ce double enseignement, savoir : qu'une variole bénigne peut transmettre tout à la fois une variole grave et une variole discrète, ce qui ne fait que confirmer, d'ailleurs, ce que l'on savait déjà, et que cette transmission peut s'opérer dès le premier ou le deuxième jour de l'éruption.

A la suite de ces deux lectures qui ont également captivé l'attention de l'Académie, M. Peter a pris la parole sur la question du choléra. Se fondant sur son expérience personnelle, chargé qu'il a été pendant l'épidémie de l'année dernière du service spécial des cholériques à l'hôpital de la Charité, sur les récentes communications de MM. Brouardel et Rochard relatives aux épidémies actuelles de Marseille et de Toulon, enfin sur le rapport de M. Marey, il a exposé sur l'étiologie, sur l'origine, sur la nature de ces dernières épidémies et sur l'étroite connexité qui lie entre eux, comme autant de chaînons d'un même fait, la diarrhée, la cholérine, le choléra morbus bilieux indigène et le choléra asiatique, des vues qui sont entièrement conformes à la doctrine de M. Jules Guérin. Nous reviendrons sur cette argumentation, que M. Peter n'a pas eu d'ailleurs le temps de terminer et qu'il doit continuer dans la séance prochaine.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TERRILLON.

Rétrécissement de l'urètre ; infiltration urineuse.

Lorsque par suite de rétrécissement de l'urètre il se produit des infiltrations urineuses, les accidents auxquels celles-ci peuvent donner lieu varient selon que l'infiltration est en grande ou petite quantité. Dans le premier cas, elle donne rapidement lieu à des phénomènes promptement graves ; dans le second cas, les faits se passent différemment.

Aujourd'hui nous étudierons les petites infiltrations urineuses et les accidents qui en sont la conséquence.

Rappelons tout d'abord que le siège de ces rétrécissements de l'urètre est le plus souvent situé au collet du bulbe. Lorsque l'urine s'échappe du canal en petite quantité, elle commence d'abord par déterminer une légère inflammation locale, dans le voisinage même des points par où l'urine s'est écoulée. Cette inflammation augmente peu à peu par suite même du séjour de cette urine dans les tissus où elle s'est infiltrée et où elle s'est pour ainsi dire creusée une sorte de petite cavité, si bien qu'à un moment donné on se trouve en présence d'une grande difficulté de traitement : je veux parler de l'induration qui s'est produite.

En effet, à peine l'urine s'est-elle ainsi écoulée hors du canal de l'urètre, en petite quantité, et a-t-elle donné lieu à un processus inflammatoire peu actif, que les tissus voisins non seulement s'œdématient, mais encore qu'ils s'indurent par suite de la production d'un tissu fibreux de nouvelle formation. Cette induration, d'abord très limitée, tend à augmenter sous l'influence du séjour d'une urine altérée, ammoniacale, au milieu des tissus. Alors, avec le temps, on constate la formation d'une tumeur inflammatoire chronique, qui vient proéminer au périnée. Cette tuméfaction présente au centre une cavité renfermant à la fois de l'urine et du pus. Pendant ce temps, si le rétrécissement n'est pas très étroit, le foyer continue à évoluer et un phénomène de voisinage se produit, c'est-à-dire un œdème périphérique qui augmente le volume de la verge et des bourses sans s'accompagner cependant ni de chaleur ni de rougeur.

Enfin, au bout d'un temps variable, trois autres phénomènes distincts peuvent survenir. Ce sont : 1° l'ouverture large du foyer dans l'urètre ; 2° son ouverture à l'extérieur ; 3° une infiltration d'urine secondaire. Nous allons les passer successivement en revue.

1° Il arrive quelquefois que le foyer urinaire et purulent détruit peu à peu par inflammation la paroi de l'urètre, de telle sorte que l'abcès se vide dans le canal d'une façon défectueuse, et une urine, nauséabonde par les détritus qu'elle contient, vient faire issue au dehors après la miction. C'est ainsi qu'un malade urine mal, par exemple, et fait sortir, par la pression de la main sur le foyer, l'urine de la cavité qui la renferme. Mais cet état ne peut être que transitoire, et bientôt ou il survient des accidents graves ou l'inflammation augmente d'intensité et la tumeur s'ouvre à l'extérieur.

2° Les foyers, formés, comme nous l'avons dit en commençant, par l'infiltration urineuse et l'inflammation chronique, tendent toujours à gagner la peau qui peu à peu s'ulcère et se perfore. Cette perforation se fait le plus souvent sur la ligne médiane, mais elle peut aussi se produire latéralement ; quelquefois aussi elle se fait par plusieurs points à la fois. Quoi qu'il en soit, la conséquence immédiate est la formation d'une fistule si la perforation est unique, de deux ou plusieurs fistules si elle est multiple. En somme, il s'établit une ou plusieurs communications du canal de l'urètre avec l'extérieur, communications qui permettent à l'urine de s'écouler goutte à goutte ou en quantité plus considérable.

3° Un malade porte sa tuméfaction à l'état chronique depuis deux ou trois mois, lorsque tout à coup, sous l'influence d'un effort pour uriner, par exemple, la cavité se rompt, l'urine se répand dans le tissu cellulaire voisin, et bientôt apparaissent toute la série des accidents aigus d'une infiltration considérable.

Le malade, à propos duquel je traite la question des infiltrations urineuses, des accidents auxquels elles peuvent donner lieu, est un homme de cinquante-sept ans — il est couché au lit n° 25 de la salle Sainte-Vierge. — Il s'est aperçu pour la première fois, il y a sept ou huit ans, qu'il éprouvait de la difficulté à uriner. Il a eu, il y a deux ou trois ans, par suite d'un rétrécissement assez prononcé, des phénomènes de rétention d'urine. Enfin, depuis deux ou trois mois, soit en marchant, soit en s'asseyant, il éprouve une certaine douleur dans les parties profondes du périnée ; en même temps il a constaté qu'à ce niveau il existait un petit gonflement. Depuis lors, peu à peu cette tuméfaction a augmenté, les bourses et la verge se sont prises ; enfin la douleur périnéale est devenue assez vive. C'est dans ces conditions qu'il est entré dans nos salles.

M. Routier, en mon absence, a fait une longue incision dans la tumeur, de façon à pénétrer largement dans le foyer. Il a donné ainsi issue à une urine mêlée de pus et de matières putrides. Consécutivement l'œdème a diminué, quoique assez lentement.

Je parlais tout à l'heure d'induration des tissus ; j'y reviens. A la suite de ces inflammations chroniques, plus ou moins lentes, les fistules se trouvent entourées d'un tissu si épais, si dur, qu'il s'oppose à leur guérison, et que ces fistules peuvent ainsi se perpétuer pendant des années, malgré le rétablissement du cours de l'urine par le canal de l'urètre. Ces tissus indurés n'ont aucune tendance à bourgeonner rapidement, et sont tellement durs qu'ils crient sous le scalpel.

C'est ainsi qu'un malade atteint d'une infiltration rapide, quoique donnant lieu à des accidents très graves, peut parfois guérir plus promptement qu'un autre malade chez lequel les phénomènes évoluent lentement, peu à peu ; chez lequel, par suite, la réparation est lente, très difficile, quelque énergiques que soient les injections iodées ou irritantes auxquelles on ait recours comme traitement. De plus, un autre inconvénient de cette marche chronique, c'est la facilité avec laquelle il peut se produire des phlegmons, des abcès secondaires. C'est ainsi que notre malade a eu, bien qu'on ait donné une issue facile au cours de l'urine, un abcès secondaire ces jours derniers.

Cette induration des tissus gêne donc tellement parfois la guérison qu'on est obligé souvent d'en arriver à l'ablation totale de ces tissus. Je l'ai vue, entre autres cas, deux fois si dure et si volumineuse, que j'ai dû l'enlever comme s'il s'agissait d'une véritable tumeur ; et j'ai été véritablement stupéfait de voir se produire aux lieu et place de ces tissus un bourgeonnement rapide, la brèche énorme que j'avais dû faire se combler rapidement, enfin survenir une guérison vraiment merveilleuse. Ce sont-là, il est vrai, des cas extrêmes. Ce qui est le plus ordinaire, c'est qu'on est souvent forcé de pratiquer des incisions très étendues, de faire une large ouverture avec le thermo-cautère, qui offre cet avantage de modifier très vite et très facilement les tissus indurés.

En terminant, j'insisterai donc sur deux choses : 1° l'ouverture hâtive du foyer ; 2° le traitement le plus rapide possible du rétrécissement.

Ainsi, quand un malade se présente à vous avec un rétrécissement et une masse indurée, n'hésitez pas à ouvrir le foyer, car vous éviterez ou vous arrêterez le développement de l'induration, vous empêcherez la formation lente d'une fistule. Ce n'est donc pas, en pareil cas, pour s'opposer à l'apparition des accidents graves de gangrène et de tout ce qui peut s'ensuivre que vous devrez agir promptement, mais bien pour empêcher l'induration et la fistule de se produire, pour éviter toute évolution chronique. Il faut inciser profondément le foyer, ouvrir sur la ligne médiane, ne point vous laisser arrêter par la profondeur de l'incision, car en présence des tissus œdématiés, le doigt dans la plaie ne sentira souvent que très loin la masse indurée. En un mot, votre incision ne doit s'arrêter que lorsqu'elle a pénétré sûrement dans la cavité. Toute timidité en cas semblable serait des plus nuisibles.

DU TARASSIS (1)

Par M. le docteur Lanoaille de Lachèse.

D..., engagé volontaire ; vingt et un ans ; sous-officier.

Pas d'antécédents de famille, si ce n'est que le père appartient à la catégorie banale des alcooliques inconscients, dont l'abondance proportionnelle croît à mesure que l'on gravit l'échelle sociale : bien des maux humains revendiquent cet état antérieur parmi leurs causes héréditaires.

Pour antécédents personnels, de fréquentes épistaxis survinrent entre sept et dix-huit ans. Leur disparition coïncida avec l'évolution d'une fièvre typhoïde.

Caractère impressionnable. Esprit intelligent.

Ni défaillances, ni crises convulsives à aucune époque.

Ses débuts militaires furent satisfaisants. Déjà depuis six mois il fonctionnait comme fourrier, lorsque, le 25 mai 1884, à la suite d'une émotion pénible, il éprouva des douleurs vives dans la région abdominale droite, avec facies péritonéal alarmant, qui déterminèrent son envoi à l'hôpital, où il reçut ultérieurement un congé de convalescence de deux mois, accordé pour péritonite aiguë et anémie consécutive.

---

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, pp. 1036, 1059, 1068 ; 1885, p. 523.

Seconde entrée à l'hôpital le 30 octobre, dans des conditions identiques à celles de la première fois. Puis, après trois semaines de soins pour pérityphlite, nouveau congé de deux mois.

Ces incidents morbides répétés ne laissaient pas de me préoccuper. S'agissait-il du tarassis? Je projetai de m'en assurer à l'occasion prochaine, persuadé qu'elle ne se ferait pas attendre longtemps, quand le sujet serait de retour.

En effet, une crise douloureuse, reproduction exacte des précédentes, éclata le 2 avril dernier; elle apparut tant émouvante que le médecin appelé, non instruit de la situation, jugea indispensable l'envoi d'urgence à l'hôpital. Le malade m'échappait dès lors. Mais, après quarante-cinq jours de traitement pour typhlite, il consentit à rentrer au corps sans prendre de convalescence, et voici ce que j'ai noté depuis :

De constitution un peu délicate (tour de poitrine $0^m,78$, pour une taille de $1^m,65$), D..., encore affaibli par les circonstances récentes, présente à la surface abdominale, surtout dans sa moitié droite, des traces nombreuses de sangsues, consécutives à des applications multiples. Il a une hémianesthésie droite, et ne dissimule point la surprise que lui en cause la constatation, car, malgré sa vivacité intellectuelle, suivant la règle il vivait inconscient de cette particularité. Maintenant il s'explique pourquoi, dans des moments de distraction, son arme a plusieurs fois glissé de sa main.

La plupart des symptômes présentent beaucoup de mobilité. Ainsi, l'on obtient aisément le transfert, qui s'opère même parfois sans cause appréciable. Le champ anesthésié s'étend ou se resserre. Ou bien la vue est nette; ou survient de l'amblyopie monoculaire, avec diplopie et micropsie correspondantes. Ordinairement localisées dans le flanc droit, les douleurs cèdent avec une facilité merveilleuse (le mot n'est pas trop fort) à une simple friction manuelle, dont le premier contact néanmoins, pour léger qu'il soit, affecte toujours péniblement l'hyperesthésie locale. D'après D..., pareil résultat fut obtenu à diverses reprises par des applications de collodion, pendant qu'il se trouvait en convalescence. Ici et là, est-ce autre chose que de la thérapeutique suggestive? Des moyens analogues ont également calmé une céphalalgie frontale violente, accompagnée de nausées, d'insomnie et de bouleversement des traits du visage. Une faible lassitude succède seule aux souffrances aiguës.

Les exercices physiques provoquent une transpiration abondante sur la moitié gauche de la tête et du cou, tandis qu'à droite les régions symétriques s'humectent à peine. Le col de la chemise, comme l'intérieur de la coiffure, témoignent alors du phénomène avec netteté.

Également à gauche, l'odorat fait défaut.

Poussée à un certain degré, la faradisation devient plus douloureuse sur le membre parésié que sur le membre sain.

Voilà donc un nouvel exemple de l'intérêt qui s'attache à la reconnaissance opportune du tarassis, car il ne saurait être indifférent d'apaiser un névropathe sous l'imposition des mains, ou de l'énerver davantage par une médication débilitante. Et comme « la forme non convulsive du mal, forme éminemment insidieuse, existe dans l'armée avec plus de fréquence peut-être que la modalité convulsive », le médecin militaire, particulièrement, est tenu de savoir la découvrir. Cela présente quelque difficulté, sans doute. Rien de surprenant à ce que les troubles du cas actuel aient su dérober successivement leur essence à la pénétration scientifique de trois praticiens d'élite. Mais tout embarras tombera bientôt pour quiconque voudra « se persuader que l'affection est commune chez l'homme, où l'on doit la rechercher avec assurance aussi bien que chez la femme ». Ma conviction intime touchant ce point particulier de la pathologie m'a permis de trouver sa confirmation quatre fois en moins d'une année parmi neuf cents jeunes hommes presque tous vigoureux. Encore nombre d'états larvés ont-ils été laissés de côté. Nul de mes sujets n'a frappé l'attention par le bruit ou par le tumulte de ses attaques. Toujours le mal s'est révélé sous des dehors relativement silencieux.

Des faits comparables aux miens doivent couver un peu partout dans l'armée. Est-il même téméraire de conjecturer que certains corps d'Afrique jouissent sous ce rapport d'une faveur particulière?

Au surplus, les observations intéressantes se multiplient en dehors du monde militaire. Qui donc, naguère, avant les conférences lumineuses de M. Charcot, soupçonnait en France la nature primordiale de maintes paralysies énigmatiques, écloses sans crise convulsive après des traumatismes variés? Tout n'est point dit. L'avenir nous ménagera des révélations inattendues jusqu'au jour où la grande névrose aura conquis pour jamais sa place immense dans le cadre nosologique.

I. PARALYSIES DIABÉTIQUES. — II. ALCOOLISME DIABÉTIQUE

Par M. le docteur Blanchet (de Vichy).

I. Un matin à sept heures, après une bonne nuit, un de mes clients diabétiques (65 grammes de sucre par litre d'urine) allait au water-closet; soudain, en se relevant, il remarqua que sa jambe gauche, et surtout le pied, étaient complètement paralysés; la cloison du mur l'empêcha de tomber.

Le bras gauche avait été atteint, mais légèrement, vers l'épaule. L'activité du pied ne revint qu'après deux mois, et les orteils restèrent privés de leurs mouvements pendant six mois; ils sont encore sans grande énergie; les orteils du pied droit suivirent peu à peu l'inaction de ceux du pied gauche; de ce côté, il n'y avait pas eu d'hémiplégie. Peu de temps après, les doigts des deux mains devinrent raides, peu actifs. Aucun accident du côté du cerveau ne se montra pendant ces phénomènes de mauvais augure. Aujourd'hui les extrémités des quatre membres agissent assez bien. Mon malade continue à ne rien ressentir du côté de la tête. Ses yeux, ses lèvres, sa langue, ne furent point déviés, ce n'est peut-être qu'un premier avertissement. Il ne peut élever la tête vers le sommet des arbres, des maisons, la tourner fortement à droite ou à gauche sans ressentir un peu de vertige; il lui semble qu'il est dans le vide; sa démarche est titubante, parfois le passant le croirait ivre, malgré sa sobriété ordinaire; il y a des fourmillements aux extrémités, dans les orteils, dans les doigts de la main, surtout du côté gauche primitivement atteint et paralysé; la sensation du sol n'est pas complète, je crains pour lui à chaque instant une seconde manifestation d'hémiplégie, peut-être une paraplégie dont on remarque déjà les symptômes; enfin peut-être le coma diabétique.

Il est certain que, chez mon client, les accidents cérébraux jouent le grand rôle; il ne peut réchauffer ses extrémités, l'application de ses doigts sur sa figure, sur son épiderme, lui donne une sensation de froid intense; les pieds, jusqu'aux genoux, sont dans le même état; il lui faut de l'eau chaude, un édredon le soir, au bas du lit, autrement la circulation du sang ne se fait pas et il reste glacé et sans sommeil.

En général, la motilité est presque toujours troublée chez les individus atteints de diabète, si l'on comprend, parmi les troubles moteurs, ces pertes de forces, cet affaiblissement musculaire qui constituent la maladie, rendent la marche incertaine et provoquent rapidement la fatigue extrême.

Dans le cas précité, il y a plus que de la monoplégie n'intéressant qu'un membre ou partie de membre, comme Ogle, Leber, Charcot, Fritz, en rapportent bien des cas.

Les paralysies diabétiques sont rarement complètes, mais passagères, et sujettes à récidive; elles sont parfois, comme dans le

cas cité plus haut, progressives, n'attaquant les membres que les uns après les autres.

Certains diabétiques ont des troubles moteurs sous forme paralytique ; il s'agit alors de convulsions générales ou partielles, la démarche est troublée de manière à faire songer à celle des malades atteints d'ataxie locomotrice progressive.

Chez le diabétique, la sensibilité peut être exaltée, c'est l'hyperesthésie ; ou diminuée, abolie, c'est l'anesthésie. La névralgie diabétique se fait surtout sentir aux mollets, à la partie postérieure des cuisses, au bas de la colonne vertébrale (région lombaire) ; la sciatique double est une des formes les plus fréquentes des névralgies diabétiques.

II. Il serait peut-être utile ici de faire suivre les accidents cérébraux des diabétiques, de l'alcoolisme diabétique qui vient souvent les augmenter d'une manière non douteuse. Il y a paralysie causée par le diabète comme il y a paralysie causée par l'abus des boissons alcooliques ; si le diabétique joint à sa maladie l'abus du vin, des alcools, des liqueurs fortes auxquelles son estomac, toujours fatigué, le convie, il sera surtout exposé à la paralysie, à la perte de l'intelligence, de la mémoire, aux douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, dans les muscles extenseurs. Les effets mauvais du diabète seront alors triples.

Diabétiques alcooliques, veillez sur vous.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 septembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

Elle comprend plusieurs communications relatives au choléra.

M. de Villiers dépose sur le bureau de l'Académie une série d'observations manuscrites recueillies par M. le docteur Galtier, médecin à Nîmes, sur une épidémie de choléra à Saint-Césaire près Nîmes et à Nîmes même.

M. le Président fait part à l'Académie de la perte regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de M. Lunier l'un de ses membres titulaires dans la section d'hygiène publique et de médecine légale, et il rappelle en quelques mots, qui sont accueillis par des marques unanimes d'approbation, les titres qu'il s'était acquis par ses importantes études sur un grand nombre de points d'hygiène publique, sur l'alcoolisme et sur l'aliénation mentale, etc.

LECTURES

Tumeur volumineuse de la vessie, opérée et guérie par la taille hypogastrique. — M. Guyon communique à l'Académie une observation de tumeur de la vessie opérée et guérie par la taille hypogastrique. (Nous publierons ultérieurement les principaux détails de cette observation.) La question du diagnostic et du traitement des néoplasmes de la vessie étant à l'ordre du jour, c'est un des points sur lesquels M. Guyon s'est étendu plus particulièrement dans cette communication.

Des détails minutieux dans lesquels il est entré sur cette question de diagnostic, il ressort que l'étude méthodique des symptômes rationnels et en particulier de l'hématurie, que l'examen attentif de la vessie par le toucher rectal combiné avec la palpation hypogastrique, que l'usage de la sonde souple fournissent une somme de renseignements parfaitement capables de permettre au chirurgien d'entreprendre, en toute connaissance de cause, l'opération, et de choisir la méthode qui peut le mieux assurer l'extraction du néoplasme, — et M. Guyon n'hésite pas à ajouter qui peut aussi le mieux lui permettre de l'examiner au cours de l'opération.

Ces considérations sont déjà de nature à faire comprendre la préférence qu'il faut accorder à la taille hypogastrique sur l'incision périnéale dans le traitement des néoplasmes de la vessie.

L'opération et ses résultats ont ajouté un argument nouveau en faveur de ce mode d'intervention. Les suites en ont été des plus simples.

L'examen histologique de la tumeur extraite, dont le poids était de 160 grammes, a montré qu'elle était de nature papillomateuse.

Il nous semble légitime d'espérer, dit M. Guyon en terminant, que des tumeurs opérées à ciel ouvert, que l'on peut complètement détruire, pourront, comme dans le cas actuel, donner de véritables guérisons. Il pense aussi que le perfectionnement de la technique opératoire et que l'innocuité de mieux en mieux démontrée de la taille hypogastrique conduiront les chirurgiens à opérer de bonne heure.

Depuis le moment où il a pratiqué cette opération, M. Guyon a eu l'occasion de faire 7 fois la taille hypogastrique, 4 fois pour des néoplasmes ou pour des cystites chroniques douloureuses.

Dans ces quatre cas qui ont guéri sans accidents, M. Guyon a cherché à perfectionner ce point de technique opératoire. Il signale entre autres perfectionnements, celui qui consiste à combiner la suspension de la vessie avec des fils passés dans sa paroi et à se servir des écarteurs et notamment de ceux de M. Bazy ; on arrive ainsi très complètement, à l'aide d'un éclairage artificiel, à inspecter minutieusement toute la surface interne de la vessie.

M. Gosselin est heureux de constater une innovation en médecine opératoire, aussi avantageuse que celle que vient d'exposer M. Guyon. La communication que l'Académie vient d'entendre peut être considérée comme le point de départ d'une étude désormais plus complète des tumeurs de la vessie.

De la transmission de la variole au début de la période d'éruption. — M. Lancereaux fait une communication sur ce sujet. Depuis un an, dit-il, deux malades atteints de variole ont été admis, par erreur, à la Pitié, en deux fois différentes, et, chaque fois, plusieurs malades ont contracté cette fièvre éruptive. Nous avons pu ainsi étudier les circonstances qui ont présidé à la transmission, l'époque de la maladie où celle-ci s'est opérée et la durée d'incubation.

Le 17 janvier 1884, entre un malade pour une affection fébrile ; on ajourne le diagnostic ; le lendemain, on reconnaît qu'il est atteint de variole discrète. Il est aussitôt transféré dans un autre hôpital. Au n° 20 de la même salle se trouvait un malade atteint d'eczéma. Le 28 janvier, c'est-à-dire onze jours après l'entrée du précédent malade, il éprouve des douleurs dans la région des lombes, a de la céphalalgie et est pris de vomissements. L'état va s'aggravant les deux jours suivants ; le 1er février apparaissent quelques taches purpurines au niveau des aines et, çà et là, sur le tronc et les membres. La température s'élève ; il survient du délire et le malade succombe le lendemain matin. A l'autopsie, on constate tous les signes de la variole hémorrhagique. Ainsi, voilà un malade atteint de variole qui, le second jour de son éruption, quitte l'hôpital. Onze jours plus tard, un des malades de la salle est pris d'une variole hémorrhagique qui l'emporte en cinq jours.

Le 12 février 1885, entre à l'hôpital une malade âgée de trente-cinq ans. Le 17, elle présente une éruption varioleuse et est aussitôt transférée à Saint-Louis.

Le 28, une malade atteinte d'hémiplégie faciale présente les prodromes d'une variole. L'éruption apparaît le 3 mars. Elle est transférée dans un hôpital spécial où elle succombe. Elle avait été vaccinée dans sa jeunesse et revaccinée la veille du jour où débutèrent les accidents.

Une autre femme de la même salle est prise le 28 février des mêmes prodromes. Éruption le 3 mars. Cette éruption est discrète et la malade guérit.

L'enseignement à tirer de ces faits est complexe. La variole, en somme, peut se transmettre le premier jour, ou du moins le second jour de l'éruption. La variole, comme la rougeole, la scarlatine, sont des maladies transmissibles dès leur première période. La durée d'incubation de la variole est variable de huit à dix jours pour la variole inoculée, de dix à douze jours pour la variole spontanée. Ces faits montrent, en outre, qu'une variole bénigne

peut transmettre tout à la fois une variole grave et une variole discrète, ce qui confirme l'opinion généralement acceptée.

Étiologie, nature et traitement du choléra. — M. PETER a eu à traiter en 1884, à la Charité, quarante-trois cholériques, sur lesquels il a obtenu vingt-six guérisons, soit 39 p. 100 de mortalité. C'est là une faible mortalité, si l'on s'en rapporte aux statistiques fournies par M. Jaccoud dans son *Traité de pathologie* ou à la mortalité de 50 à 55 p. 100 constatée pendant l'épidémie de Marseille de cette même année 1884. Cet heureux résultat est peut-être dû au traitement employé par M. Peter, traitement basé sur des idées doctrinales qui lui sont personnelles et sur lesquelles il désire appeler l'attention de l'Académie.

Le choléra, dit-il, n'est pas une maladie isolée dans la pathologie. Il a des affinités avec d'autres affections. C'est le dernier terme d'une série morbide qui commence à la diarrhée pour arriver à la diarrhée cholériforme et aboutir au choléra cyanique. C'est la même chose pour la dyssenterie, pour la diphthérie. Dans certaines conditions de milieu, on voit apparaître la diarrhée, puis la diarrhée cholériforme, et dès lors l'agent infectieux est constitué, engendré. Qu'est donc le choléra indien par rapport à la diarrhée? C'est le dernier terme d'une série morbide qui peut s'observer sur le même individu. Sur ce point, M. Peter est complètement d'accord avec M. Jules Guérin. Cette série peut s'arrêter en chemin, c'est la diarrhée cholériforme, le choléra nostras; si on va plus loin, c'est le choléra indien. La différence qui sépare ce dernier du choléra nostras réside dans des conditions particulières à l'individu ou dans des conditions de milieu. On observe un seul cas mortel : c'est le choléra nostras; on en observe dix, vingt : c'est le choléra indien. Dès lors l'infection est constatée, le choléra est alors transmissible, contagieux, importable. Mais cette contagiosité est relative. Il y a des degrés dans la contagiosité. Par exemple, la contagiosité de la variole, de la scarlatine, est absolue. Tous les individus sont égaux devant la variole, voire même devant la syphilis. La contagiosité relative fait acception de personne. Tous ne sont pas égaux devant la diphthérie, la fièvre typhoïde, le choléra. Il faut ici la réceptivité, condition intrinsèque; il faut aussi d'autres conditions extrinsèques, telles que la résidence prolongée au milieu de malades atteints de choléra, des rapports intimes et multipliés avec eux, une débilité résultant de l'âge, des fatigues, des chagrins. M. Peter cite plusieurs exemples à l'appui de cette manière de voir. Il y a donc une contagiosité relative pour le choléra, comme pour la diphthérie, comme pour la fièvre typhoïde. C'est ainsi que M. Marey a pu relever quatre-vingt-treize faits de contagion bien établis sur trois mille cent dix cas. L'opinion générale, même en 1832, était que le choléra n'est pas contagieux.

La croyance aux microbes a matérialisé la croyance à la contagion. C'est même là ce qui explique la terreur qu'a suscitée l'épidémie de 1884, terreur qui sera la honte de la fin du XIXe siècle.

Le choléra est également transmissible et importable, mais il peut être aussi engendré spontanément. Est-ce à dire qu'il faut croire à la génération spontanée? Celle-ci est reconnue impossible. Mais il s'agit ici d'une spontanéité morbide. La maladie n'est pas un être vivant; c'est une manière d'être, c'est une déviation de l'état physiologique. Le choléra n'est pas un être vivant; il faut un individu, le choléra n'existe pas en dehors de lui. C'est ainsi, spontanément, qu'est né le choléra indien à Marseille en 1885. M. Brouardel, accompagné de M. Proust et accompagnant M. le ministre de l'agriculture et du commerce a constaté lui-même, le 25 juin dernier, que depuis deux ou trois mois les affections intestinales étaient fréquentes à Marseille. C'est bien là la diarrhée prémonitoire sur laquelle M. Guérin a si souvent et si justement insisté. La chaleur extrême, les mauvaises conditions hygiéniques, créaient une constitution médicale qui a abouti à une épidémie de choléra asiatique. Le choléra de Marseille est donc un choléra épidémique, mais né spontanément sur place. On n'a en effet constaté aucune importation nouvelle. Il faut se rappeler qu'il y avait eu sur Marseille une évacuation de 1 000 à 1 200 typhoïdiques venant du camp du Pas-des-Lanciers. Si l'on ajoute cette circonstance aux conditions de saleté habituelle de Marseille, on ne peut méconnaître que ces conditions sont pour beaucoup dans l'explosion à nouveau du choléra dans cette ville. Les typhoïdiques ont vicié l'air de Marseille déjà vicié par ses mauvaises conditions hygiéniques. Puis le choléra de Marseille a été transporté à Toulon.

C'est l'inverse de ce qui a eu lieu en 1884. Si l'on suit pas à pas la marche de cette épidémie, on retrouve la série morbide dont il a été question plus haut, commençant par la diarrhée, aboutissant au choléra indien et finissant, comme elle a commencé, par la diarrhée.

Le choléra peut donc se développer sur place; il peut aussi être importé.

Le choléra indien, ajoute M. Peter, a des analogies dans la pathologie; c'est un empoisonnement par un infectieux. Par quel infectieux? Par une ptomaïne. Il a été démontré, en effet, que les alcaloïdes infectieux pouvaient se développer spontanément dans des cadavres putréfiés. On se rappelle la découverte faite par MM. Brouardel et Boutmy, d'un empoisonnement par une oie farcie. Nous nous nourrissons de cadavres d'animaux frais. Mais si ces cadavres sont putréfiés, nous absorbons des alcaloïdes toxiques, et dès lors est constitué le développement spontané d'un agent infectieux. Bien plus, ce qui se passe dans le cadavre peut se passer aussi dans l'être vivant.

On a voulu trouver des microbes infectieux; on a trouvé le bacille-virgule, mais on l'a aussi trouvé dans l'intestin des dyssentériques, dans le vagin de femmes atteintes de leucorrhée ou d'épithélioma du col. D'autre part, on a constaté qu'il pouvait ne pas exister dans des cas de choléras foudroyants. C'est alors que Koch, repoussé dans ses derniers retranchements, a invoqué la ptomaïne, en disant que le bacille sécrétait la ptomaïne. Mais pourquoi alors ce même bacille n'engendre-t-il plus la ptomaïne dans la leucorrhée ou dans la dyssenterie? En résumé, on peut admettre que le bacille-virgule peut être le vecteur du choléra, mais il n'est certainement pas cholérigène.

Étant admis que le choléra est un empoisonnement par une ptomaïne, le traitement idéal de cette affection serait celui qui permettrait d'éliminer ou de neutraliser le poison. Jusqu'ici malheureusement ce traitement n'a pas été trouvé. Il faut donc se contenter de combattre le symptôme, puisqu'on ne peut s'attaquer à la cause. Or il résulte d'autopsies qu'a faites M. Peter, que chez les individus morts du choléra, l'estomac, comme l'intestin, est aussi congestionné que possible. Il a également constaté qu'il existait une congestion très considérable de l'ensemble du plexus solaire. Or on comprend aisément le retentissement que peut exercer cette hyperémie du plexus solaire sur le grand sympathique, les pneumo-gastriques. Il y a là une série d'actions réflexes s'exerçant les unes sur le grand sympathique, les autres sur la moelle.

Quelle est donc la thérapeutique rationnellement indiquée dans ces conditions? Il faut tout d'abord s'attaquer aux phénomènes primitifs et ne pas négliger de traiter les troubles gastro-intestinaux prémonitoires, ainsi que le recommande M. Jules Guérin. Il faut, en outre, modifier le système nerveux au niveau du plexus solaire. M. Peter, partisan convaincu de la révulsion, applique donc des vésicatoires au creux épigastrique, avant, bien entendu, que la maladie soit arrivée à la période cyanique. Il a maintes fois constaté que l'application d'un vésicatoire amende les phénomènes morbides. Il a eu recours aussi, chez un certain nombre de malades, à l'électrisation continue. Il a vu, sous l'influence de cette médication, disparaître le hoquet, diminuer la diarrhée et les vomissements. Mais l'électrisation n'étant pas un moyen pratique, il a eu recours au sac de glace appliqué sur la colonne vertébrale, méthode préconisée par M. le docteur Chapmann (de Londres). Il a obtenu, par l'emploi du sac de glace, des résultats très avantageux. Il y a toujours eu un amendement considérable des phénomènes à la suite de cette application. Sur douze cholériques ainsi traités, il n'y a eu que deux décès. Le hoquet disparaît, les vomissements cessent, la diarrhée diminue. C'est là un

mode de traitement très recommandable. — (L'heure étant avancée, la parole est réservée à M. Peter pour terminer son argumentation dans la séance prochaine.)

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Précis des maladies de l'oreille (1), par M. le docteur M.-E. Gellé, professeur particulier d'otologie.

Ce précis, destiné aux élèves et aux praticiens, contient tout ce qu'il importe de savoir en otologie, tout ce qu'une pratique et des recherches spéciales, datant de quinze années, ont pu apprendre à l'auteur.

Le *Précis des maladies de l'oreille* est divisé en dix parties qui traitent de l'oreille externe, de la membrane du tympan, de la cavité tympanique ou caisse, des cellules mastoïdiennes, de la trompe d'Eustache, de l'oreille interne ou labyrinthe, puis du nerf auditif et des centres acoustiques. L'anatomie, la physiologie et la pathologie sont exposées, dans chaque partie, successivement; les affections de l'oreille et la surdité sont étudiées dans leurs rapports avec les maladies générales et avec les maladies locales; puis dans les professions; enfin, au point de vue médico-légal, du service militaire, de la simulation, des assurances, etc.

La surdité à l'école fait la matière d'un chapitre spécial, un autre chapitre traite de la prothèse; un autre, des affections du pharynx et des fosses nasales dans leurs rapports avec les lésions et troubles auriculaires. Ce dernier chapitre est traité par une méthode particulière, car il s'agissait de se limiter aux seuls rapports intéressants pour l'auriste.

Des planches nombreuses donnent de la clarté aux descriptions, et de nombreux schemas aussi clairs et aussi parlants que possible rendent l'étude de l'anatomie plus facile et le rôle des parties plus compréhensible.

Manuel pratique de médecine militaire (2), par M. le docteur Audet, médecin-major à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr.

La loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée a divisé le service de santé en deux parties :

L'une permanente, c'est le corps de santé militaire, chargé d'étudier la pratique médico-chirurgicale, de prévoir tous les besoins de la mobilisation, et de constituer, en campagne, la direction dans chaque unité, soit régimentaire, soit hospitalière.

La deuxième partie, réserve mobilisable, est formée de médecins et pharmaciens militaires démissionnaires ou retraités, de médecins civils, d'officiers de santé, d'étudiants en médecine à douze inscriptions, sous les titres de médecins de réserve ou de médecins auxiliaires.

Aux premiers sont nécessaires non seulement les connaissances médico-chirurgicales, mais, surtout pour la direction, la connaissance des règles d'administration. Aux seconds, en dehors de leur savoir professionnel, est indispensable pour l'exécution une connaissance générale du règlement du service de santé.

M. le docteur Audet a, dans ce manuel de médecine militaire, résumé et complété tous les travaux écrits sur ce sujet, et nous présente toute l'étude du service de santé, fonctionnement et administration à l'intérieur et en campagne. Les médecins des cadres actifs et de réserve y trouveront les règles nécessaires à toute bonne direction et exécution du service.

Aide-mémoire d'anatomie (3), par Alexis Julien, répétiteur d'anatomie.

La première partie de ce travail, ayant pour but de réduire l'étude des muscles et des ligaments à celle du squelette, pourrait s'intituler : « De l'ostéologie au point de vue des insertions musculaires et ligamenteuses. » Elle doit être méditée les os à la main.

Après avoir énuméré les diverses pièces du squelette et les organes constituant les différentes régions musculaires, l'auteur aborde les insertions musculaires. Toutes les pièces ou régions du squelette passées en revue, quatre tableaux paralléliques montrent l'ensemble des muscles insérés sur chacun des quatre grands segments du corps. Les muscles rattachant entre eux les grands segments du squelette sont réunis en un tableau complémentaire. L'auteur les fait suivre de la nomenclature de Chaussier.

Pour les ligaments, l'auteur a dû se contenter de donner leurs insertions sur chaque pièce ou région osseuse. Il a cru préférable de les décrire en suivant le pourtour des surfaces articulaires.

Un tableau comparatif fait connaître l'ensemble des articulations et le genre auquel chacune d'elles appartient.

Quelques tableaux, très succincts, contiennent les artères principales ainsi que les branches secondaires et tertiaires qui en dépendent. Il en est de même pour les veines. Enfin, un tableau général résume l'ensemble des ganglions lymphatiques et des vaisseaux qu'ils reçoivent.

En ce qui concerne les nerfs, l'auteur a été surtout préoccupé des rameaux qu'ils fournissent aux muscles; aussi, après les avoir exposés en détail, les a-t-il groupés en trois tableaux synoptiques. Une étude spéciale et comparative des ganglions placés sur le trajet des branches du trijumeau a été faite en un tableau placé à la suite du grand sympathique. — Les origines apparentes des nerfs crâniens, les circonvolutions principales du cerveau et les scissures qui les limitent ont été rappelées d'une façon rapide mais suffisante.

Enfin l'*Aide-mémoire d'anatomie* se termine par l'exposé des trous et canaux de la tête et des organes qui les traversent. A la place d'une simple énumération, lorsqu'un organe est cité pour la première fois, son origine (nerfs, artères) ou sa terminaison (veines) ont toujours été indiquées.

Étude sur les paralysies alcooliques (névrites multiples chez les alcooliques) (1), par M. le docteur William Œttinger, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans le cours de l'alcoolisme chronique, il peut survenir des accidents paralytiques, localisés surtout aux membres inférieurs et supérieurs, mais principalement aux inférieurs; leur évolution clinique varie suivant plusieurs types : tantôt ce ne sont que de simples parésies s'accompagnant parfois d'incoordination motrice, tantôt ce sont des paralysies à évolution lente, chronique, tantôt enfin ce sont des paralysies qui se généralisent assez rapidement et qui empruntent alors le masque d'une affection médullaire aiguë.

Elles s'accompagnent, dans la majorité des cas, d'atrophie musculaire, de troubles trophiques et vaso-moteurs (altération de la peau, des ongles, escharres et surtout œdème), de troubles de la sensibilité. Ceux-ci se caractérisent par les symptômes suivants : troubles subjectifs, apparaissant au début et consistant en douleurs très vives, en fourmillements, etc.; hyperesthésie souvent intense des téguments des membres inférieurs et supérieurs, s'accompagnant parfois de diminution dans la sensibilité du tact, et de retard dans la perception des sensations; l'anesthésie, qui peut accompagner également l'hyperalgésie, succède souvent à l'hyperesthésie; elle est surtout fréquente dans les formes à évolution rapide.

La paralysie alcoolique se localise habituellement aux membres, respectant la face et les viscères.

Le réflexe tendineux est aboli.

Grave et fatale dans les formes les plus rapides, qui évoluent en quelques semaines, mais le plus habituellement en quelques mois, son pronostic est plus favorable dans les formes chroniques, susceptibles de guérison ou du moins d'amélioration.

Les lésions anatomiques qui caractérisent la paralysie alcoolique

---

(1) In-18. — Prix : 9 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-12. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.
(3) In-12. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

(1) In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

dans ses diverses formes sont des lésions dégénératives des nerfs périphériques (névrite parenchymateuse), respectant la moelle et les racines médullaires. Ces lésions, plus ou moins généralisées suivant les formes cliniques, font des paralysies alcooliques une des variétés des « névrites multiples ».

Manuel memorandum à l'usage de l'accoucheur et de la sage-femme (1), par M. le docteur E. Lagarde (de Pau).

La précision du diagnostic procède au premier chef, dans les accouchements plus que dans tout autre cas, d'un examen méthodique. Celui-ci n'exige pas seulement de la présence d'esprit et des connaissances vagues et générales, il exige des points de repère qui jalonnent la route et, ne livrant rien au hasard, mènent au but. Il ne suffit pas de chercher pour trouver; il faut savoir, avant de chercher, ce que l'on peut trouver, et le chercher méthodiquement. Le coup d'œil n'éclaire en rien la route.

Présenter ces points de repère dans un ordre rationnel et avec une grande simplicité de langage, afin de mieux assurer la fidélité de la mémoire, mettre en saillie leur signalement, d'une façon sommaire mais suffisante, à qui les connaît déjà, afin de pouvoir les passer rapidement en revue, donner ainsi au praticien l'habitude d'un examen méthodique, et, par suite, d'un diagnostic rigoureux et d'une action réfléchie toujours utile, jamais préjudiciable, tel est le but de ce nouveau *Memorandum*.

Traitement de la migraine par le massage (2), par M. le docteur G. Norström.

L'auteur veut démontrer que certaines variétés de céphalalgie, auxquelles on donne le nom de migraine, sont des névralgies d'origine musculaire; qu'elles sont accompagnées de foyers d'induration, parfois de sensibilité à la pression du côté de la nuque. Ces foyers résultent de phlegmasies chroniques. Dans presque tous les cas, ils sont bien limités, accessibles; par conséquent, justiciables du massage.

Par ce procédé, M. Norström réussit le plus souvent à faire disparaître et toujours à diminuer ces variétés de céphalalgies. Ces hémicrânies essentielles ne sont que des accidents dont le point de départ est dans le trapèze, le sterno-cléido-mastoïdien, etc. Dans toute cette méthode, M. Norström ne fait que mettre en pratique les principes donnés par Metzger.

(1) In-12. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.
(2) In-12. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 septembre 1885, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Deschiens, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. de Béchon, Canoville et Guezennec, médecins de première classe de la marine.

— Le jury du concours des prix de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui doit s'ouvrir le mardi 3 novembre 1885, se composera définitivement de MM. les docteurs Théophile Anger, Audhoui, Bouilly, Doléris, Monod, Robert Moutard-Martin et Talamon.

— Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 8 mars 1886 à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— M. le docteur Picqué, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Paris, est nommé chirurgien-adjoint des asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

— La ville de Toulouse a été choisie par l'Association française pour l'avancement des sciences pour tenir ses assises en 1887.

— M. Antonius Pingard, qui avait rempli pendant soixante-cinq ans les fonctions de chef du secrétariat de l'Institut de France, est mort samedi dernier, à l'âge de quatre-vingt neuf ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18300.

N° 105. — SAMEDI 12 SEPTEMBRE 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 12 SEPTEMBRE 1885. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'estomac.

Les maladies de l'estomac, qui ont toujours occupé une si grande place dans l'histoire de la médecine et de ses divers systèmes, sont redevenues, depuis un certain nombre d'années, l'objet d'une attention spéciale. Leur extrême fréquence autant que la gravité des conséquences qu'elles entraînent lorsqu'elles viennent à être méconnues ou négligées, ne la justifient que trop. L'un des médecins les plus éminents de la première moitié de ce siècle, Chomel, qui, par sa longue pratique hospitalière et une clientèle des plus étendues, avait eu à sa disposition un des plus vastes champs d'observation, disait, à la fin de sa carrière, que les maladies de l'estomac étaient celles pour lesquelles il avait été le plus souvent consulté ; d'où son *Traité de la dyspepsie*, qui a été son testament médical. C'est la dyspepsie aussi qui semble avoir été la dernière préoccupation de Beau, qui a agité et soulevé tant de questions pathologiques. On sait combien les traités sur cette matière se sont multipliés depuis, sans que le sujet, il s'en faut, ait encore été épuisé. Parmi ces ouvrages, dont quelques-uns ont justement mérité d'être placés au premier rang, nous avons déjà signalé plus spécialement, à mesure qu'elles sont venues au jour, les nombreuses études physiologiques, expérimentales et cliniques, de M. Leven, sur la digestion et sur le rôle important que jouent, suivant lui, la congestion et l'irritation de la muqueuse stomacale, disons tout de suite la gastrite, dans la dyspepsie et dans toutes les maladies de ce viscère en général (voir notamment l'analyse que nous avons faite, dans l'une de nos Revues de 1879, de son *Traité des maladies de l'estomac,* qui résume l'ensemble de ces recherches).

Depuis cette époque, M. Leven a donné à ses études une direction nouvelle qui a élargi considérablement son champ d'observation, c'est la considération du retentissement des souffrances de l'estomac sur le double système nerveux cérébro-ganglionnaire et des réactions qu'exercent à leur tour les lésions nerveuses sur le fonctionnement de ce viscère. C'est sur les faits de cet ordre recherchés et étudiés avec une louable persévérance et réunis dans une publication récente, sous le titre de : *Estomac et cerveau,* que nous désirons arrêter un instant l'attention de nos lecteurs.

Estomac et cerveau.

M. Leven part de cette donnée physiologique que le plexus solaire, placé au centre du système nerveux grand sympathique, résume les impressions nerveuses des viscères de l'abdomen ainsi que de ceux du thorax, pour les envoyer au cerveau ; que, de même, les impressions du cerveau sont envoyées au plexus. D'où une pénétration réciproque l'un par l'autre de la vie intellectuelle et de la vie végétative, une relation ou correspondance physiologique étroite entre le cerveau et le plexus solaire, plus ou moins latente dans les conditions normales, mais rendue des plus manifestes dans l'état pathologique de l'un ou de l'autre de ces deux centres nerveux. L'estomac étant un des principaux organes innervés par le plexus solaire, que ce plexus vienne à être irrité soit directement, soit secondairement, des perturbations plus ou moins graves s'ensuivent dans le fonctionnement de ce viscère, qui, par l'importance de ses fonctions aussi bien que par ses rapports sympathiques ou synergiques avec un grand nombre d'autres organes, retentit à son tour sur l'ensemble de l'économie.

De cette relation fonctionnelle intime entre le cerveau et l'estomac, ressortent des conséquences pathologiques, qui s'imposeraient déjà par elles-mêmes, tant elles sont en quelque sorte nécessaires, si l'observation clinique ne venait tous les jours en appuyer la démonstration par des faits nouveaux. C'est à l'exposé de quelques-uns de ces faits qu'est consacrée la plus grande partie de cette œuvre nouvelle de M. Leven.

Voici d'abord deux faits qui, rapportés très sommairement, suffiront déjà pour montrer en quelque sorte en action les symptômes cérébraux et les symptômes gastriques se développant parallèlement.

Premier fait : Un jeune homme de vingt-deux ans, de tempérament nerveux, ayant éprouvé, il y a deux ans, une grande émotion, sentit immédiatement un violent coup dans la tête, eut des palpitations et perdit complètement l'appétit; il tomba par la suite dans un état de profond affaiblissement. Traité pendant ces deux années comme anémique ou comme hystérique, par le bromure de potas-

sium, les préparations ferrugineuses, les douches froides, l'arsenic, il voyait sa situation s'aggraver incessamment. M. Leven, consulté à son tour, constate chez ce malade les principaux symptômes suivants : le cerveau, les organes des sens, les nerfs sensitifs, les nerfs moteurs, le plexus solaire et l'estomac sont également troublés. Ce jeune homme est devenu incapable de penser, il semble avoir perdu la puissance d'attention, la mémoire et jusqu'à la volonté. Il ne peut ni prendre une détermination, ni faire le moindre effort. Son esprit est hanté par la crainte de la folie ou de la mort; il a peur de tout. Il a presque constamment des vertiges qui rendent son équilibre instable et l'exposent à des chutes fréquentes. Sa vue est faible et trouble. Il a des bourdonnements dans les oreilles. Tous ses muscles ainsi que sa peau sont hyperesthésiés. La moindre odeur l'incommode.

Il a, à la suite de chacun de ses repas, des régurgitations continuelles; sa langue est couverte d'un épais enduit saburral. Il est sans appétit et sans soif. L'estomac est dilaté et plein de liquide. Pendant le travail de la digestion, tous les symptômes cérébraux s'exagèrent; il ne peut plus rester debout, ni soutenir la lumière; il est obligé de se coucher et il éprouve des palpitations à lui rompre la poitrine.

Voyant là comme état morbide prédominant la dyspepsie sous la dépendance immédiate de l'irritation du plexus solaire, réagissant à son tour sur le cerveau, les organes des sens et les nerfs sensitifs et moteurs, M. Leven institua la médication et le régime de la dyspepsie. En peu de temps les régurgitations, les gaz et la dilatation de l'estomac disparurent peu à peu. L'estomac reprit graduellement l'intégrité de ses fonctions, et avec lui se rétablirent aussi, après huit mois de traitement, les fonctions cérébrales et nerveuses qui lui étaient subordonnées.

Deuxième fait : Il s'agit aussi d'un jeune homme de vingt-trois ans, très nerveux, qui, à la suite de fatigues prolongées, éprouva des symptômes d'irritation cérébrale, lourdeur de tête, hyperesthésies de la peau et des muscles, douleurs dans le dos et à la région précordiale, sensations douloureuses dans presque tous les sens, incapacité absolue de se livrer à aucune occupation, vertiges, inertie, enfin douleurs à la pression au niveau de plusieurs points du plexus solaire et troubles digestifs, lourdeur de l'estomac, flatulences, etc. La médication quinique et ferrugineuse à laquelle on le soumit, en irritant le plexus solaire ne faisait que perpétuer et accroître la maladie. Mis par M. Leven à la médication et au régime anti-dyspeptiques, il vit peu à peu s'amender puis disparaître tous ces symptômes, et sa santé se rétablit après six mois de traitement.

Nous pourrions multiplier ces faits, mais nous nous bornons à ces deux citations, pour exposer ici en résumé la théorie pathogénique de M. Leven.

Dès que l'un des deux centres, cerveau ou plexus solaire, est excité, il produit un ensemble de sensations douloureuses. Le centre excité communique son excitation à l'autre; le système nerveux qui relève des deux centres est troublé et, à sa suite, sont également troublés tous les viscères qui en reçoivent l'innervation.

Chacun des deux centres détermine des symptômes qui lui sont propres : le cerveau, des douleurs, des migraines, du vertige, des troubles divers des sens; le plexus solaire, de la sensibilité à la pression sur divers points de son département, des sensations de brûlures, tous les symptômes de la dyspepsie, gonflement, gaz, régurgitations, vomissements, etc. Les crises douloureuses entraînent, par leur répétition, la dilatation de l'estomac; la propagation de l'irritation aux centres péri-ombilicaux donne lieu aux alternatives de constipation et de diarrhées. Enfin, c'est de ces centres que procède également l'hyperesthésie de la peau et des muscles de la région stomacale et de l'abdomen.

Les centres péri-ombilicaux et le centre sous-ombilical sont le siège de crises douloureuses, de brûlures, identiques à celles du plexus solaire. L'excitation de ces divers centres nerveux abdominaux peut déranger la fonction de tous les viscères, foie, rein, vessie, testicules, utérus.

Enfin toutes les excitations de ces divers plexus peuvent s'étendre et se propager jusqu'au cerveau, comme celles du plexus solaire, et être le point de départ de céphalalgies, de vertiges, d'étourdissements, de convulsions, etc.; tous phénomènes qui mettent en évidence les liens qui unissent le système ganglionnaire et le relient au système nerveux encéphalo-rachidien.

Relations directes des troubles cérébraux avec les troubles gastriques.

Il est un autre état morbide commun, plus complexe, et qui procède des mêmes origines, de la réaction réciproque des excitations combinées du système nerveux cérébral et du système ganglionnaire, c'est l'état nerveux proprement dit ou névropathie, auquel sont plus particulièrement prédisposés les jeunes gens et surtout les jeunes filles avant l'époque de la menstruation, et les sujets rhumatisants ou arthritiques, ou herpétiques; état qui se traduit plus particulièrement par l'ensemble des phénomènes hystériformes ou hypochondriaques, migraines, névralgies, asthme, gastralgie, affections des muqueuses ou de la peau, etc.

Ce point de pathogénie demanderait des développements dans lesquels il ne nous serait pas possible d'entrer dans ce moment-ci. — Bornons-nous à la considération des relations directes des troubles cérébraux avec les troubles gastriques, qui font plus particulièrement le sujet de cette étude.

L'hyperesthésie cérébrale ou migraine, symptôme commun de l'irritation cérébrale, que nous n'avons pas à décrire ici, et qui, lorsqu'elle se développe et évolue lentement, constitue le début de l'état nerveux, s'accompagne souvent de vertiges, d'étourdissements, de désordres des facultés intellectuelles; mais l'un des phénomènes les plus immédiats et les plus constants est la réaction qu'elle exerce sur le plexus solaire, d'où résultent divers troubles digestifs : inappétence, développement de gaz, douleur sur la ligne médiane de l'estomac, gonflement, pesanteur, nausées, vomissements, dilatation. Dans ces cas, dont M. Leven cite d'assez nombreux exemples, l'hyperesthésie cérébrale, une fois qu'elle a produit les troubles gastriques, ce qui a lieu le plus habituellement, ne cesse jamais qu'à la condition que l'état de surexcitation secondaire du plexus, qui semble être devenu l'état dominant, ait été préalablement calmé.

Il arrive assez souvent que l'hyperesthésie cérébrale, après avoir duré plus ou moins longtemps, parfois même pendant de longues années, diminue à la longue et fait place aux souffrances du plexus solaire qui deviennent l'état prédominant. Témoin le fait d'un ecclésiastique de quarante ans

qui, après avoir eu des crises d'hyperesthésie cérébrale jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, à partir de cette époque a été pris de crises douloureuses gastriques terribles, s'accompagnant chaque fois de vomissements liquides, les migraines ne revenant plus, à des époques fixes, qu'avec beaucoup moins d'intensité.

L'état nerveux a souvent un autre mode de début, le vertige. Symptômes cérébraux et symptômes gastriques se montrent simultanément. Le vertige n'est souvent que le symptôme initial de l'état nerveux, qui fera bientôt place à une série d'autres symptômes, quitte à reparaître à une période quelconque de la maladie, à l'occasion de toute provocation nouvelle de l'irritation cérébrale. Mais c'est surtout le plexus solaire qui contribue à le faire renaître par les excitations qu'il reçoit lui-même de l'excès du travail digestif. L'un des types les plus communs du vertige est celui que présentent certains sujets qui ne peuvent s'asseoir sur leur lit, faire un mouvement de tête, ouvrir les yeux à la lumière, sans éprouver immédiatement des nausées et être pris de vomissements de liquides.

D'autres fois, ce sont de simples étourdissements qui sont le symptôme initial de l'état nerveux, et la série des évolutions consécutives est la même qu'à la suite du vertige.

La commotion, l'apoplexie nerveuse s'observent souvent aussi au début ou dans le cours de l'état nerveux. M. Leven cite plusieurs exemples d'apoplexie nerveuse à différents degrés, notamment le suivant, qui ne nous paraît pas laisser de doute sur la réalité de cette affection, qui a été contestée, et sur sa relation avec les troubles gastriques. Il s'agit d'un Algérien de trente-deux ans, qui depuis cinq ans perdait connaissance chaque semaine. L'apoplexie durait quelques minutes et était suivie de troubles légers des facultés et de contracture des membres. Le plexus solaire était douloureux à la pression, l'estomac était dilaté. Depuis cinq ans, on avait donné à ce malade 5 grammes de bromure de potassium par jour, ce qui n'avait nullement arrêté les crises. Trois mois de traitement de la dyspepsie ont suffi pour le guérir de ses crises apoplectiques.

On vient de voir quelques exemples dans lesquels une excitation cérébrale, soit aiguë, soit chronique, a déterminé des accidents gastriques sous l'influence d'une excitation secondaire du plexus solaire, laquelle à son tour réagissait sur le cerveau. Nous allons maintenant passer rapidement en revue une série de faits dans lesquels les mêmes relations se sont montrées dans un rapport inverse, le point de départ initial de toute la série des phénomènes morbides observés étant dans le plexus.

Ce sera l'objet de l'un des articles de la prochaine Revue.

De quelques variétés de sclérose en plaques.

Malgré les nombreux et importants travaux publiés depuis quelques années sur la sclérose en plaques, il s'en faut que l'étude clinique et anatomo-pathologique de cette affection soit épuisée. Pour nous en tenir ici au seul point de vue clinique, le diagnostic ne laisse pas encore que de présenter souvent d'assez grandes difficultés. Il n'est pas toujours aisé de la distinguer des diverses autres myélites. D'un autre côté, des observations récentes ont révélé l'existence de scléroses en plaques dont les caractères différaient essentiellement de ceux qui sont indiqués dans les descriptions classiques. C'est pour avoir constaté plusieurs cas de ce genre pendant son internat dans les hôpitaux de Paris, et notamment dans les services de ses anciens maîtres M. Vulpian, à l'Hôtel-Dieu, et M. Bucquoy, à Cochin, que M. le docteur J. Babinski a décrit, dans sa thèse intitulée : *Etude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques*, certaines variétés et certaines formes de cette affection qui n'avaient pas encore été étudiées ou ne l'avaient été que d'une manière insuffisante, telles que la forme hémiplégique, une forme spéciale qu'il appelle sclérose en plaques à forme destructive, et une variété qui se distingue par la rapidité de son évolution et qu'il propose de désigner, pour cette raison, sous le nom de sclérose en plaques à forme aiguë.

Nous ne nous arrêterons ici que sur cette dernière forme.

Forme aiguë de la sclérose en plaques.

On sait que la sclérose en plaques est une affection le plus souvent essentiellement chronique, son invasion et l'enchaînement des accidents qui la constituent ne se faisant que d'une façon lente et uniformément progressive pendant une période qui se compte par années. M. Charcot avait pourtant montré déjà que, dans quelques circonstances exceptionnelles, le début des accidents s'était parfois montré tout à fait brusque et que la maladie semblait s'être constituée avec ses principaux symptômes en quelques jours. Dans quelques autres cas, ce n'est pas seulement au début de la maladie que les phénomènes se sont manifestés avec rapidité, mais dans le cours même de l'affection, où l'on a constaté les phases aiguës pendant lesquelles tous les accidents s'accentuaient notablement dans un très bref délai. Enfin, dans quelques-uns des faits qu'a observés M. Babinski, la phase aiguë a pris une telle importance qu'elle a changé complètement la physionomie de la maladie et lui a imprimé une allure toute spéciale.

Dans sa première observation, par exemple, recueillie dans le service de M. Vulpian, à l'Hôtel-Dieu, chez une femme âgée de trente-trois ans, après une première période d'une durée de sept ans, caractérisée par des troubles moteurs et sensitifs localisés aux membres inférieurs, avec nombreuses alternatives d'aggravation et d'amélioration, l'affection prit tout à coup un caractère aigu. Les symptômes précédents s'exagérèrent notablement, et l'on vit apparaître des phénomènes qui avaient jusqu'alors fait complètement défaut : trouble des fonctions de la vessie, diplopie, paralysie envahissant les membres supérieurs, contracture de quelques muscles du cou, hémiplégie faciale, en même temps que la respiration devint pénible et laborieuse. La malade succomba par syncope. Cette dernière période, caractérisée cliniquement par une sorte de myélite ascendante aiguë, n'avait duré qu'une quinzaine de jours environ.

Le caractère aigu de l'affection s'est montré plus prononcé encore chez la malade qui fait le sujet de la deuxième observation, femme de trente-cinq ans, du service de M. Bucquoy, à Cochin. Cette malade, après avoir éprouvé dans les membres inférieurs des troubles moteurs et sensitifs qui la forcèrent à cesser ses occupations et à garder le lit pendant un an, recouvra presque complètement sa santé et reprit sa vie habituelle ; elle était restée bien portante une année entière, lorsque, sans cause appréciable, elle tomba de nouveau malade. Ses jambes se paralysèrent, des troubles urinaires apparurent, les membres supérieurs s'affaiblirent, et en même temps se manifestèrent des troubles

visuels et des désordres psychiques. Tous ces phénomènes se développant avec une extrême rapidité, et s'aggravant sans cesse, amenèrent la mort un mois après leur début.

Un troisième sujet, traité dans le service de M. Cornil, à la Pitié, était un homme âgé de trente-huit ans, ayant eu la syphilis, et qui, dans un passé très reculé, avait présenté des phénomènes paralytiques de courte durée. Il y avait dix ans qu'ils avaient disparu, sans laisser aucune trace, lorsqu'il s'aperçut un jour que sa jambe gauche était lourde et difficile à mouvoir ; cet affaiblissement s'accentua rapidement ; le membre supérieur gauche s'affaiblit à son tour et la paralysie gagna la face du même côté ; puis les membres du côté opposé s'affaiblirent, mais légèrement ; l'intelligence se troubla alors, et le malade succomba cinq semaines après le début de cette série d'accidents.

Voici, au milieu des différences qu'ont présentées entre eux ces trois faits, les points de contact communs qui les rapprochent, et que M. Babinski a eu le soin de faire ressortir. Outre la rapidité dans l'évolution, ils ont offert ceci de commun, qu'au point de vue des symptômes ils se sont éloignés notablement, non seulement de la sclérose en plaques classique, mais même des formes frustes de cette affection. Le tremblement des membres et de la face, la parole scandée, le nystagmus, la contracture des membres et plusieurs autres phénomènes que l'on rencontre d'habitude dans la sclérose en plaques, ont fait en grande partie défaut.

On a constaté dans ces trois cas une paralysie envahissante, qui pouvait surtout donner l'idée d'une myélite ascendante aiguë, dans les deux premières observations ; et qui, dans la troisième, s'est cantonnée pendant quelque temps dans un côté du corps, de manière à simuler une hémiplégie d'origine cérébrale.

La marche rapide des accidents, tel a été le caractère essentiel de ces trois cas.

Qu'ils se distinguent par ce caractère particulier, insolite, des cas ordinaires, cela n'est pas douteux. Justifient-ils aussi bien la qualification de sclérose à forme aiguë que leur a assignée M. Babinski ? Il a si bien senti lui-même les objections qu'on pourrait lui faire à cet égard, qu'il est allé au-devant. Il reconnaît bien, en effet, que, dans les deux premiers cas au moins, la sclérose en plaques, avant de prendre cette allure aiguë, s'était déjà manifestée précédemment par des désordres prouvant que le début de l'affection remontait à une époque reculée. Mais les plaques de sclérose auxquelles étaient dus les phénomènes survenus si brusquement et évoluant avec une si insolite rapidité, étaient-elles elles-mêmes de formation récente, ou bien le début de leur formation remontait-il à l'époque des premiers phénomènes et avaient-elles, par conséquent, précédé de longtemps l'apparition des troubles fonctionnels ultimes ? C'est là une question assez difficile à résoudre. Il y a dans l'histoire de l'évolution histologique des plaques de sclérose, des faits qui semblent pouvoir concorder avec l'une comme avec l'autre hypothèse. Quoi qu'il en soit de ce point d'anatomie pathologique qui reste sous l'ombre du doute, toujours est-il qu'au point de vue clinique les faits que nous venons de résumer semblent justifier cette appellation, et qu'ils méritaient d'être signalés à l'attention, comme des types d'une variété de la sclérose en plaques qu'il importera, à l'occasion, de savoir reconnaître.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XIVe SESSION (1885).

Congrès de Grenoble (1).

VII

Nouveau procédé de résection du genou. — M. MONTAZ (de Grenoble). Dans une ostéo-arthrite fongueuse ou tuberculeuse du genou, lorsque les méthodes conservatrices ont échoué, il faut se décider pour la résection ou l'amputation. C'est le cas d'ailleurs de la plupart des articulations, y compris celle de la hanche. Bien qu'on puisse presque toujours se contenter des méthodes plus simples que préconise surtout M. Verneuil, il y a de temps en temps quelques cas où tous les moyens échouent, où l'état général finit par s'ébranler, où l'articulation criblée de fistules ne renferme presque plus de tissus sains, où, en somme, il faut supprimer l'articulation, soit seule, c'est par la résection, soit avec un segment de membre, c'est par l'amputation. Inutile de dire que la résection, lorsqu'elle est nettement indiquée, est une excellente opération, infiniment supérieure à la mutilation totale. Aussi peut-on dire qu'elle rentre dans les opérations économiques.

Or, lorsqu'on résèque un genou, que demande-t-on ? Une ankylose rectiligne et solide. Pour l'obtenir, on doit conserver le plus possible les moyens d'union de l'articulation. Dans quelques cas, on ne peut pas obtenir la réunion osseuse ; le membre se met alors plus ou moins en flexion et le résultat est déplorable.

Cette flexion se produit même dans certains cas de réunion osseuse bien réussie.

C'est que tous les procédés en vogue aujourd'hui coupent le tendon rotulien et suppriment ainsi l'action du triceps sur la jambe. Les muscles fléchisseurs n'ont plus alors d'antagoniste. Mais, dira-t-on, à la fin de l'opération on pratique toujours la suture tendineuse. C'est vrai ; mais cette réunion doit manquer habituellement, quand on songe qu'elle porte sur des tissus malades, doués de peu de vitalité. On ne peut comparer une suture tendineuse, faite dans ces conditions, à celle qu'on pratique sur des tendons sains, entourés de tissus sains ; et cependant cette dernière demande déjà beaucoup de temps pour réussir.

Les procédés de résection du genou se divisent en procédés à incision unique, habituellement interne, tels que ceux de Langenbeck, d'Esmarch, de Mackensie, d'Erichsen, et en procédés à incisions multiples, tels que ceux de Volkmann, de Syme, de Park, de Moreau, de Fergusson, d'Ollier.

On peut faire à tous ces procédés un grave reproche : aux procédés à incision unique, celui de ne pas donner de jour ; aux procédés à incisions multiples, celui de sacrifier le tendon rotulien et de s'exposer à cette flexion de la jambe, si grave au point de vue orthopédique.

M. Montaz a cherché un procédé donnant beaucoup de jour et respectant en même temps le tendon rotulien. Il consiste en une incision en H semblable à celle de Moreau et de Fergusson, mais faite sur la face interne du genou. On renverse les deux volets cutanés ; on récline en arrière la veine saphène interne. L'article est alors ouvert par une incision transversale partant du bord interne du tendon rotulien, suivant l'interligne, et aboutissant aux fibres les plus postérieures du ligament latéral interne, lesquelles sont épargnées. Deux coups de rugine font sauter les ligaments croisés sur le tibia. La rotule est luxée en dehors, la jambe fléchie et portée en abduction. A ce moment, l'articulation bâille largement. On décolle le périoste des épiphyses fémorale et tibiale qu'on résèque à la scie. La rotule est décortiquée.

Il ne reste plus qu'à faire une incision externe de décharge, en avant du biceps, pour le passage d'un gros drain transversal. Suture osseuse ; drainage ; lavage antiseptique ; suppression de la bande d'Esmarch ; pansement de Lister ; immobilisation dans une attelle plâtrée.

---

(1) Voir le numéro du 8 septembre 1885.

Ce procédé, appliqué une fois sur le vivant par l'auteur, a donné un très bon résultat. Il présente l'avantage de s'écarter des vaisseaux, de créer une voie très large, enfin d'épargner le tendon rotulien et les parties molles.

Chirurgie oculaire. — M. VALUDE (de Paris) apporte quelques faits nouveaux touchant l'application de la méthode antiseptique à la chirurgie oculaire, faits qu'il a recueillis dans le service de M. Panas, à l'Hôtel-Dieu de Paris. Il s'agit de lavages antiseptiques pratiqués dans la chambre antérieure de l'œil avec une seringue spéciale, d'un maniement très commode. Le liquide employé par M. Panas est une solution de biiodure de mercure au 1/25000e; il y a recours surtout : 1° comme complément systématique de l'opération de la cataracte; 2° comme moyen antiseptique curatif des suppurations de la chambre antérieure. Ces lavages ne lui ont donné que de bons résultats dans tous les cas.

M. Valude communique aussi cinq observations d'hypopyon, où les lavages antiseptiques de la chambre antérieure de l'œil, combinés à l'action du thermo-cautère sur les ulcérations cornéennes, ont donné un succès complet.

De l'érosion dentaire dans la scrofule. — M. EYSSAUTIER (de Paris) n'admet pas qu'une maladie spéciale — comme la syphilis pour les partisans de Parrot ou l'éclampsie infantile pour M. Magitot — puisse être la cause exclusive de l'érosion dentaire; celle-ci est la conséquence d'une dénutrition générale de l'organisme, quelle qu'en soit l'origine. Il en est, sous ce rapport, de la scrofule comme de toute cachexie; elle agit sur le système dentaire par des lésions graves de voisinage, et son maximum d'influence morbide a lieu vers l'âge de cinq à quinze ans, coïncidant ainsi avec la période de développement des dents.

La forme de prédilection de la lésion est l'érosion en sillon, et les dents atteintes de préférence sont les prémolaires et les deux premières grosses molaires.

Reproduction de la carotide après la ligature. — M. BERTIN (de Dijon) communique l'observation d'un enfant de onze mois, chez lequel il pratiqua, pour un angiome du cou, traité en vain tout d'abord par les injections de perchlorure de fer, la ligature de la carotide primitive.

L'opération réussit parfaitement; et deux ans plus tard, M. Bertin, ayant eu l'occasion de revoir l'enfant, constata la reproduction d'une carotide nouvelle, supplémentaire, un peu plus petite peut-être que la carotide primitive normale, mais dont les battements étaient parfaitement visibles.

M. DUPLOUY (de Rochefort) appelle l'attention, à son tour, sur un fait semblable chez un matelot dont l'autopsie lui a permis de constater, onze ans après la ligature de l'artère carotide, l'existence d'une artère collatérale abouchée directement avec les deux tourillons de l'ancienne artère. La jonction s'opérait par deux sortes de crochets, et le nouveau vaisseau, parfaitement perméable, occupait à peu près la position de l'artère carotide primitive; cachée sous le bord de la veine jugulaire interne, elle longeait, à 1 millimètre, un filament plein qui unissait entre eux les deux tourillons de l'ancienne artère; elle avait à peu près le calibre de l'artère radiale. Ce fait confirme l'observation de M. le docteur Bertin et rentre du reste dans le mécanisme du rétablissement du cours du sang après la ligature des artères, tel que l'a décrit Porta; de nombreuses branches artérielles, représentant un véritable chevelu, poussent de chaque extrémité de l'artère liée, au-dessus des tourillons terminaux, et rétablissent provisoirement la circulation par leurs anastomoses; puis, plus tard, avec l'aide du temps, l'une de ces branches finit par se développer aux dépens des autres. Les magnifiques planches de Porta ont mis en relief ce point de physiologie pathologique chez les animaux, mais M. Duplouy ne croit pas qu'on ait eu l'occasion de le confirmer chez l'homme pour une artère de l'importance de la carotide primitive.

La maladie de Fauchard. — M. TH. DAVID (de Paris) présente un travail sur la périostite alvéolo-dentaire, ou maladie de Fauchard. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 667.)

Action thérapeutique et physiologique de l'antipyrine. — M. ARDUIN. Au point de vue thérapeutique, ce médicament a une action spéciale dans les affections pulmonaires, une action antithermique même à la dose de 25 et de 50 centigrammes où la température est abaissée de 1 degré 1/2 à 2 degrés. Dans les grandes pyrexies, il faut élever la dose à 1 gramme à la fois et la répéter trois fois, avec l'intervalle d'une heure entre chaque dose.

L'auteur signale aussi l'action de l'antipyrine, quoique moins certaine, dans d'autres maladies, telles que l'albuminurie, le rhumatisme articulaire aigu, les maladies nerveuses, et il insiste surtout sur ses propriétés hémostatiques, supérieures, dit-il, à celles du perchlorure de fer et de l'ergotine, et sur ses propriétés antiputrides.

Quant à son action physiologique, il paraît démontré que l'antipyrine agit surtout sur les centres nerveux et peut ralentir les battements du cœur jusqu'à leur cessation complète.

Sur les fibres unitives des cellules du corps muqueux de Malpighi. — M. G. RENAUT (de Lyon). Les pointes qui unissent entre elles les cellules du corps muqueux de Malpighi ne sont pas de simples épines allant d'une cellule à l'autre, mais des fibres qui se développent tangentiellement sur des séries de cellules, et qui les relient solidement entre elles dans le sens de leur élévation. Quand le corps muqueux doit devenir une *corne solide* (ongle, sabot, épidermicule ou écorce d'un poil), la kératinisation s'opère, sur les éléments ainsi reliés, sans l'intermédiaire de l'éléidine. Quand, au contraire, le corps muqueux doit donner naissance à de l'*épiderme* soumis à la desquamation, l'éléidine apparaît dans la couche granuleuse et, au-dessus de cette couche, il n'y a plus de fibres unitives. Les cellules sont simplement collées par le ciment qui les unit et les sépare, sans que les joints soient chevillés par les filaments unitifs. De là la possibilité de la desquamation. Ces faits concourent à séparer absolument l'*évolution cornée* proprement dite de l'*évolution simplement épidermique;* ils montrent que, contrairement à ce que nombre d'histologistes avaient cru, l'éléidine n'a pas la signification d'une substance kératogène.

En anatomie pathologique cutanée, cette notion a de nombreuses applications. Par exemple, le défaut d'éléidine sous les squames du psoriasis, constaté par Suchard, justifie l'accumulation de l'épiderme solide à ce niveau. Inversement, dans l'onyxis, l'éléidine reparaît dans la matrice et le lit de l'ongle, et cette phanère devient caduque. On pourrait multiplier les exemples, et jusqu'ici aucun cas particulier d'anatomie pathologique n'est venu, à ma connaissance, infirmer la loi.

Les injections intra-musculaires de mercure métallique contre la syphilis. — M. A. LUTON (de Reims) donne lecture des propositions suivantes, touchant cette question :

1° Le tissu musculaire offre, de préférence au tissu cellulaire, une voie à l'absorption du mercure métallique.

2° Cette absorption est prouvée : *a.* par les effets thérapeutiques ; *b.* par la production non constante mais possible de la stomatite mercurielle ; *c.* par l'examen direct fait sur l'animal.

3° Le soufre, employé en électuaire à la dose de 5 grammes au moins par jour, constitue, contre la stomatite, un remède bien supérieur au chlorate de potasse.

4° La dose de mercure métallique, au début, doit être de 1 *gramme* au plus, en prenant pour règle de la répétition des injections l'évaluation en bichlorure de la dose de mercure primitivement employée, c'est-à-dire que 1 gramme de mercure donnerait 1gr,354 de bichlorure de mercure.

5° Les avantages de la méthode préconisée sont : *a.* l'efficacité; *b.* la garantie des voies digestives ; *c.* la faculté d'espacer les injections à des intervalles susceptibles d'être calculés.

6° Les injections intra-musculaires de mercure métallique ne sont recommandées, quant à présent, que pour les cas graves et invétérés de la syphilis parvenue à la période de transition et tertiaire.

Influence de la direction des courants en électrothérapie. — M. ONIMUS (de Paris). La communication de l'auteur peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° L'influence des courants électriques varie dans les névralgies selon leur direction ;

2° Le courant descendant est celui dont l'action est la plus sédative ;

3° Les exceptions sont presque toujours dues à des appareils mal conditionnés ou à des erreurs de diagnostic.

De la dégénérescence épithéliale des trajets fistuleux anciens. — M. L.-H. PETIT (de Paris). Il s'agit d'une affection assez rare, sur laquelle il n'a encore été publié aucun travail d'ensemble. Les uns ont étudié cette affection survenue à la suite de fistules osseuses (Dittrich, Bryant, Nicoladoni), les autres à la suite de fistules urinaires (A. Poncet, Guiard), M. Verneuil, enfin, à la suite de fistules à l'anus. M. Petit a cru devoir réunir tous ces faits, qui lui ont permis d'arriver aux conclusions suivantes :

Certaines fistules osseuses, anales, urinaires, durant depuis un temps très long, dix, vingt, trente ans et plus, peuvent présenter, suivant leur trajet, une dégénérescence épithéliale. Cette dégénérescence se montre chez des sujets âgés de quarante à soixante ans, époque à laquelle le cancer se manifeste le plus fréquemment. Il est donc très probable, comme l'a dit M. Guiard, qu'il s'agit alors d'une localisation de la prédisposition cancéreuse du sujet sur le trajet fistuleux, considéré comme *locus minoris resistentiæ*.

Dans les cas cités jusqu'alors, on a observé deux formes de dégénérescence : l'une épithéliale, relativement bénigne, ne se généralisant pas ; l'autre véritablement cancéreuse, aussi grave que le cancer le plus malin, s'accompagnant de généralisation dans les ganglions et les viscères, se terminant par la cachexie et la mort.

Le diagnostic de la dégénérescence est assez difficile au début, parce que sa rareté empêche de songer à son existence ; lorsqu'on la reconnaît, on ne peut, en général, faire d'opération radicale, surtout quand elle siège au périnée ou dans le rectum, ces régions étant alors profondément envahies ; on ne peut la pratiquer que lorsque l'affection, d'origine osseuse, siège sur les membres.

Nouveau mode de préparation des injections hypodermiques. — M. LIMOUSIN (de Paris) propose le procédé suivant pour éviter que les substances médicamenteuses, qui doivent servir à faire des injections hypodermiques, subissent aucune altération : on enferme lesdites substances dans de petites ampoules en verre parfaitement scellées à la lampe, qu'il suffit de briser au moment de l'injection pour charger la seringue de Pravaz du liquide qu'elles contiennent.

La chirurgie du cerveau. — M. A. DEMONS (de Bordeaux). Le cerveau est resté l'épouvantail des chirurgiens, malgré l'influence féconde de la méthode antiseptique sur la pratique générale de la chirurgie, et en dépit des découvertes récentes de la pathologie de l'encéphale. Nous avons appris à regarder en face la péritoine et les viscères abdominaux, nous entrons sans crainte dans le thorax ; mais quand il s'agit de pénétrer dans la cavité crânienne, nous sommes envahis par une terreur presque superstitieuse.

Cependant, nous connaissons l'histoire de la trépanation, nous savons que cette opération a été pratiquée de temps immémorial, d'une manière pour ainsi dire banale, par des personnes étrangères à l'art, nous n'ignorons pas que nos devanciers, les chirurgiens du XVIIIe siècle, en faisaient un fréquent emploi.

Aujourd'hui, la trépanation est une curiosité chirurgicale que beaucoup d'entre nous n'ont jamais vue. Si je ne me trompe, le moment est venu de réhabiliter cette opération dont le discrédit profond tenait à deux causes qui n'existent plus à l'époque actuelle. En effet, les lésions du cerveau sont mieux connues et peuvent plus aisément être localisées, bien que de ce côté la science soit encore trop imparfaite ; mais surtout il est en notre pouvoir de prévenir la plupart des accidents qui avaient jadis rendu la trépanation une des opérations les plus meurtrières de la chirurgie. En conséquence, il est permis d'entrevoir le moment où une foule d'affections cérébrales qui sont restées jusqu'ici au-dessus des ressources de l'art bénéficieront de l'ouverture du crâne. Nous deviendrons audacieux comme nos pères, mais avec plus de chances de succès. Nous pourrons même nous attaquer à des maladies appartenant pour le moment à la médecine pure. M. Godlee n'a-t-il pas enlevé une tumeur du cerveau, au grand ébahissement de quelques personnes ? Si l'on a pu dire qu'un certain nombre d'affections chirurgicales sont plutôt du ressort d'un traitement médical que de la médecine opératoire, si l'on a cherché, parfois avec bonheur, à restreindre l'étendue du champ chirurgical, je crois pouvoir affirmer, d'un autre côté, que nos conquêtes sur le territoire de la médecine constituent plus tard notre meilleur patrimoine. Songez à l'ovariotomie, à la néphrectomie, etc., etc.

La communication présente touche à deux points de la pratique de la trépanation :

1° Après avoir enlevé la rondelle osseuse, il arrive souvent que le chirurgien ne trouve aucune lésion pouvant expliquer les accidents observés. Les cas sont nombreux dans lesquels le malade a succombé parce que l'opérateur n'a pas osé aller plus loin. J'ai déjà dit un mot, au premier Congrès français de chirurgie, sur la nécessité, dans ces cas-là, d'inciser la dure-mère, de l'exciser au besoin, de faire, si vous me permettez ce néologisme, la méningectomie. Un fait nouveau me permet d'insister encore davantage sur ce point. Il y a peu de temps, je pratiquai la trépanation sur un homme qui, ayant reçu une balle de revolver sur la tête un mois auparavant, présentait des signes de compression du cerveau. Ce n'est qu'après avoir réséqué les méninges dans toute l'étendue de la rondelle osseuse, que je trouvai deux esquilles libres dans la couche corticale du cerveau. Le malade va très bien. Les faits bien connus de plaies du crâne avec déchirure des méninges et issue de la substance cérébrale, faits suivis souvent de guérison, autorisent cette tentative, et nous permettent même de ne pas craindre d'intéresser le cerveau, sur certains points, bien entendu ;

2° La trépanation est habituellement accompagnée d'un écoulement sanguin, assez abondant et assez persistant, sur lequel les auteurs de traités de médecine opératoire n'ont pas suffisamment attiré l'attention. Il prolonge désagréablement l'opération. Certains chirurgiens ont cherché à l'arrêter par l'application du thermo-cautère. Je ne pourrais dire si ce moyen ne présente pas quelques dangers. Deux fois, j'ai fait deux ou trois ligatures sur des vaisseaux assez volumineux pour pouvoir être saisis : ces ligatures sont assez pénibles. Quant à l'écoulement en nappe, je m'en suis rendu maître par une douce compression exercée avec de fines éponges : une bonne dose de patience est nécessaire. Le sang provenait des méninges divisées ; celui qui s'écoulait en petite quantité du diploé s'est arrêté spontanément.

Sur la couche de revêtement des extrémités articulaires et des synoviales. — M. RENAUT (de Lyon), s'étant mis dans les meilleures conditions pour cette étude histologique, a constaté les faits suivants :

Dans toute leur position centrale, les cartilages articulaires sont limités par une couche mince, molle comme un vernis de gélatine et qui se détache du cartilage subjacent avec facilité, au bout de quelques minutes d'immersion dans l'eau distillée, quand on racle la surface articulaire avec un scalpel. Cette couche, dont l'existence a été signalée par Luschka, est formée par une bande régulière de substance cartilagineuse devenue molle comme une gelée, très réfringente, et qui renferme des capsules cartilagineuses de grand diamètre et aplaties tangentiellement. Vue de face, étalée sur la lame de verre, la *bande de Luschka* se montre semée de groupes isogéniques de ces grandes cellules cartilagineuses en cours de prolifération.

Les capsules les plus superficielles sont vides. Les éléments sont souvent rapprochés, de manière à simuler un endothélium sur les

préparations non imprégnées d'argent par la préparation; mais c'est là une simple apparence qui a trompé Tillmanns. En effet, chaque capsule est nettement indiquée, après l'imprégnation, par un double contour, et, entre les capsules voisines, la surface cartilagineuse forme des bandes. Sur les coupes normales de la surface cartilagineuse, la couche qui vient d'être décrite figure naturellement une rangée de cellules plates qui, elle aussi, a été prise souvent pour un endothélium continu. En réalité, la bande de Luschka, formée d'une assise distincte où le cartilage prolifère, puis se détruit incessamment; en subissant l'évolution muqueuse, appartient bien à la synoviale; mais elle n'appartienl nullement, par contre, à l'ordre des formations épithéliales, puisqu'elle est formée de cellules encapsulées, plongées dans une substance fondamentale homogène, et non de cellules unies sur leurs limites respectives par des lignes régulières de cément.

Il convient de considérer la bande de Luschka comme le prolongement de la bandelette articulaire résultant de la fissuration du mésochondre primitif. En effet, sur les côtés de l'humérus, au voisinage et en dedans du col anatomique, on voit les cellules cartilagineuses se modifier progressivement, sur les bords des capsules qui, sous un faible grossissement, paraissent arrondies; il se dégage des prolongements rameux colorés en blanc par l'argent.

Dans une zone particulière qui établit la transition d'une manière nette, l'imprégnation des cellules du cartilage, qui répond à leur image négative, détermine des figures en forme de grenades, tout à fait comparables à celles que l'on trouve dans le cartilage céphalique du calmar. Enfin, à 1 millimètre environ du col anatomique, on obtient, par des passages insensibles, à la place de ces figures mixtes, des figures stellaires caractéristiques des cellules du tissu conjonctif. Ce sont des cellules plates, venues presque au contact dans tous leurs points, mais qui se distinguent de tout épithélium par leur configuration rameuse et par l'existence de la substance fondamentale du tissu conjonctif réduite en noir entre leurs ramifications, soit anastomosées, soit imbriquées entre elles sur plusieurs points. Sur la synoviale proprement dite, l'argent réserve en blanc un système tout à fait comparable à celui décrit par Malassez à la surface des kystes ovariques; c'est-à-dire un *faux endothélium* résultant de l'étalement sous pression des cellules fixes les plus superficielles. Ces cellules chevauchent les unes sur les autres et n'arrivent à un contact régulier que sur un très petit nombre de points, laissant entre elles, partout ailleurs, des bandes de substance fondamentale dans l'intervalle de leurs expansions protoplasmiques.

En subissant l'évolution muqueuse, les couches ainsi constituées concourent à former le liquide synovial, absolument comme le fait, sur les cartilages articulaires, la bande de Luschka.

Cette évolution se voit surtout nettement sur les franges synoviales, dont le revêtement, formé de cellules stratifiées et plus grosses que celles des synoviales lisses, ne répond jamais non plus à un épithélioma vrai. En réalité, le revêtement *épithélioïde* des synoviales répond à une assise de cellules du tissu connectif qui, arrivées à la surface, se gonflent, subissent l'évolution muqueuse, se rompent et se détruisent pour former l'un des éléments de la synovie, exactement à la façon de la couche molle ou bande de Luschka, qui limite les cartilages diarthrodiaux. Toutes les parties de la surface articulaire, dans cette conception, participent donc à la formation de la synovie.

Enfin, la bande de Luschka, constante chez le fœtus et l'enfant qui n'a pas marché, semble disparaître chez l'adulte, parce que, au fur et à mesure qu'elle se forme à l'état de pellicule molle, les mouvements articulaires la détruisent. Elle reparaît, au contraire, quand on soumet l'articulation à un repos prolongé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Montpellier vient de décerner ses récompenses annuelles aux élèves dont les noms suivent :

Première année : prix, M. Bichon (de Montpellier). Deuxième année : prix, M. Georges de Rouville (de Montpellier); mention honorable, M. Casiglia (de Nice). Troisième année : pas de prix. Quatrième année : prix, M. Boulhès (d'Agen).

Prix de thèses subies en 1884 : 1° M. Chapon; 2° M. Planchon; 3° *ex æquo* MM. Peschaud et Estor; 4° M. Fournac.

— M. le docteur Néis, médecin de première classe de la marine, est chargé d'une mission au Tonkin en vue d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'État.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Boyer, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18307.

N° 106. — MARDI 15 SEPTEMBRE 1885. 58e ANNÉE. MARDI 15 SEPTEMBRE 1885. — N° 106.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les traumatismes cérébraux (1).

TROUBLES INTELLECTUELS GRAVES QU'ILS PEUVENT DÉTERMINER.

II

A. — Les traumatismes cérébraux, qu'ils se soient accompagnés de commotion légère ou grave, peu importe, sont susceptibles d'amener à leur suite l'abolition ou la perversion de plusieurs des fonctions de l'intelligence.

La mémoire, entre toutes, est le plus fréquemment atteinte, et elle peut l'être de plusieurs manières. Dans certains cas qui, à la vérité, ne sont pas les plus fréquents, la violence extérieure a agi sur le cerveau de telle façon qu'au sortir des premiers accidents, comateux ou autres, qui ont immédiatement suivi le traumatisme, le malade, tout en ayant gardé intact le souvenir des faits antérieurs au choc, est devenu incapable d'acquisitions nouvelles. Les empreintes anciennement déposées dans le cerveau ne se sont point effacées, contrairement à ce que nous allons voir dans un instant, mais l'organe n'est plus apte à en recevoir de nouvelles. Un mécanicien, dont parle M. Ribot (2), ayant fait une chute sur la tête, revint assez vite à lui et recouvra une santé physique parfaite. Il avait conservé le souvenir de toutes les années écoulées avant son accident; mais, à partir de ce moment, la mémoire fit défaut, même pour les faits strictement personnels. Ainsi, à l'hôpital, le malade ne pouvait dire s'il était venu en voiture, à pied ou en chemin de fer; en sortant de déjeuner, il oubliait qu'il venait de le faire; il n'avait aucune idée du jour, ni de la semaine, ni de l'heure.

Mais le désordre de la mémoire le plus singulier et aussi le plus fréquent à la suite des chutes ou des coups sur la tête est celui qu'on a désigné sous le nom d'*amnésie rétrograde*. Il consiste dans l'oubli des événements et des circonstances qui ont précédé d'un temps plus ou moins long l'accident. M. Charles Richet (3) rapporte que, se promenant dans un lieu escarpé, au bord de la mer, en compagnie d'un de ses amis, celui-ci tomba la tête sur une roche et perdit connaissance. Au bout de quelques secondes, il revint à lui, mais, pendant près d'une heure, il avait oublié tout ce qui précédait immédiatement sa chute, ne sachant pas comment et pourquoi il se trouvait au bord de la mer, au lieu d'être à Paris. Il avait, pour un temps, perdu complètement le souvenir des dernières vingt-quatre heures de son existence et ne pouvait se rappeler que les événements anciens.

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 septembre 1885.
(2) Ribot. *Revue philosophique*, 1880.
(3) Ch. Richet. *Revue scientifique*, 1881, p. 807.

Les faits de cet ordre abondent. J'en choisis quelques autres. Le suivant a été observé par M. Durieu (de Ribérac). En 1870, un homme robuste, renversé par sa voiture, éprouve une violente commotion cérébrale. Après une perte de connaissance d'un quart d'heure à vingt minutes, il revient à lui, mais il a complètement perdu le souvenir de son voyage et de tout ce qui s'y rapporte. Avant le moment où il a été renversé, était-il en voiture? que venait-il faire à Ribérac? Il ne pouvait coordonner les idées qui représentaient les réponses aux questions qu'on lui adressait. Ce phénomène torturait le malade qui, malgré sa vive intelligence, ne pouvait parvenir, quelque obstination qu'il y mît, à retrouver le fil de ses souvenirs. Le même médecin rapporte encore le cas que voici. En 1875, C..., domestique d'un propriétaire des environs de Ribérac, fait une chute de cheval. Le sommet de la tête porte contre une pierre et il a une commotion cérébrale sans fracture. Il a perdu connaissance pendant environ vingt minutes; et, après sa guérison, C... ne s'est jamais souvenu de ce qu'il avait fait depuis son départ de la maison de son maître, des personnes qu'il avait vues en ville, et des commissions dont il s'était acquitté.

M. Azam (1) cite le fait suivant dans son intéressant travail sur les troubles intellectuels consécutifs aux traumatismes cérébraux : en septembre 1880, on apporte, dans le service de M. Desmons, à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, un homme de vingt-deux ans, serrurier-ajusteur, qui, travaillant sur le pont d'un transport de l'État, a fait une chute d'environ 8 mètres, sans avoir d'autre blessure qu'une forte contusion à la partie latérale gauche de la tête. Cet homme a perdu entièrement connaissance et ne revint à lui que douze heures après l'accident. Après quelques heures d'hébétude alternant avec de l'agitation, il reprend possession de toutes ses facultés; mais il a non seulement perdu le souvenir de son accident, mais de tout ce qu'il a fait la veille. Je l'inter-

(1) Azam, Les troubles intellectuels provoqués par des traumatismes cérébraux, pp. 8 et 9.

roge cinq jours après, dit M. Azam, la mémoire lui est revenue en partie, mais il lui est impossible de dire le point du navire sur lequel il travaillait; il sait, mais très mal, qu'il est venu le matin à pied, à l'heure habituelle, mais ses souvenirs s'arrêtent dix minutes environ avant l'accident; ainsi, il ne se rappelle pas être monté à l'échelle qui lui a donné accès sur le pont du navire. Il est probable, ajoute M. Azam, que cette lacune de peu d'importance sera comblée plus tard.

C'est qu'en effet l'amnésie traumatique est, le plus souvent, une amnésie passagère. Il semble que, sous l'influence du choc ou de la chute, un voile ait été jeté sur une partie des souvenirs; mais ce voile se soulève petit à petit jusqu'à restitution complète de la mémoire. Le temps nécessaire à la disparition du trouble est d'ailleurs fort variable : quelques heures, quelques jours, quelques mois. Ce qui l'est moins, c'est l'ordre dans lequel réapparaissent les souvenirs : les plus anciens d'abord, les plus récents ensuite. Un homme de trente ans, observé par M. Azam, dans le service de M. Tillaux, à l'hôpital Beaujon, avait été blessé à la partie postérieure droite de la tête dans un accident de chemin de fer. Il resta quatre jours dans le coma. A son réveil, il se trouva à l'hôpital sans se rendre compte comment et pourquoi il y avait été apporté. Non seulement il avait perdu le souvenir de l'accident, mais aussi celui d'une certaine période de temps antérieure. Cependant, après quelques jours, la mémoire des faits oubliés lui est revenue et le retour s'est opéré graduellement, des souvenirs anciens d'abord, des souvenirs récents ensuite.

Ces faits d'amnésie rétrograde ne manquent pas d'un certain intérêt au point de vue médico-légal. Un jeune garçon d'écurie observé par M. Durieu (de Ribérac) à la suite d'un coup de pied de cheval, reçu au niveau du sourcil droit, avait perdu le souvenir de ce qu'il avait fait pendant la demi-heure qui avait précédé l'accident. Or, pendant ce temps, il avait reçu une somme d'argent dont il avait donné quittance. Vous concevez quelles réserves on eût dû apporter dans l'appréciation du témoignage de ce jeune homme si, pour une raison quelconque, une contestation s'était élevée au sujet de l'argent reçu.

L'*aphasie* n'est pas très rare à la suite des traumatismes crâniens. Mais il est bon, je crois, de séparer les cas en deux groupes. Dans le premier, figurent les faits relativement communs d'aphasie consécutive à une plaie ou fracture du crâne, avec lésion coïncidente des parties de l'écorce dévolues à la faculté du langage. L'apparition de l'aphasie motrice, de la cécité et de la surdité verbales dans les cas de cet ordre, n'a rien qui doive nous surprendre. Il importe peu, en effet, que la troisième circonvolution frontale, par exemple, soit détruite par un foyer de ramollissement, un abcès ou un instrument contondant. L'important, au point de vue de l'apparition de l'aphasie, c'est que cette circonvolution soit détruite.

Mais, à côté de ces faits, il en est d'autres dans lesquels les troubles de la faculté du langage résultent du simple choc cérébral, sans lésions profondes des circonvolutions. Il s'agit, dans ces cas, d'une sorte de perturbation fonctionnelle momentanée, analogue à celle qu'on observe quelquefois, par exemple, chez les individus atteints de migraine, et dont la cause matérielle nous échappe complètement. Ces aphasies sont d'ailleurs, en général, passagères et transitoires. Je vous en citerai un seul exemple que j'emprunte à M. Azam. En mai 1863, on apporte à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, dans le service de ce médecin distingué, un employé de chemin de fer qui vient d'être frappé, dans la région temporo-pariétale, par l'extrémité d'une barre de fer. Il a perdu connaissance et ne recouvre ses sens qu'environ deux heures après son entrée, et, à son réveil, il est plongé dans une sorte d'hébétude et ne peut articuler aucune parole; il exprime par gestes quelques idées. Le lendemain, bien qu'il articule des sons, il est complètement aphasique. Deux jours après, la faculté du langage lui est revenue en partie, mais il fait des fautes singulières; ainsi, étant dans l'impossibilité de dire le lieu de sa naissance, il demande un crayon et écrit qu'il est né dans la commune de *Méos;* on lui dit qu'il a voulu écrire : commune de *Mios*, il répond par un signe de tête affirmatif. Le malade a complètement guéri. C'est là un bel exemple d'aphasie motrice avec agraphie transitoire survenue sous l'influence d'une commotion du cerveau. Il existe dans la littérature médicale un certain nombre d'autres faits analogues. Je ne crois pas devoir m'arrêter plus longuement sur ce sujet.

Ce n'est pas seulement la mémoire et les fonctions qui en dérivent, comme celle du langage, qui sont susceptibles d'être atteintes ou abolies par les traumatismes du crâne. On a souvent relaté, à la suite des coups ou des chutes, des modifications du caractère et de l'intelligence.

Les troubles *effectifs et moraux* sont particulièrement intéressants et instructifs. Chez un certain nombre d'individus, on a vu, à la suite d'un accident, l'humeur changer, devenir morose et triste. Un malade du service de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis, avait reçu un coup de feu qui avait déterminé une fracture du crâne, de l'hémiplégie, de l'aphasie et des crises épileptiformes. En même temps, cet homme, de doux et patient qu'il était avant sa blessure, était devenu susceptible et irritable à l'excès : il se fâchait d'un rien. Bauchet relate un fait analogue : un jeune homme fait une chute d'un lieu élevé, perd connaissance, et, après quelques soins, paraît guérir. D'un caractère doux et facile avant l'accident, il est devenu d'une susceptibilité exagérée ; veut-on fixer son attention, on n'y arrive qu'avec les plus grandes difficultés, et, pour peu qu'on insiste, le malade s'emporte en paroles violentes. Quand il ne se fâche pas, il est hargneux et maussade : il succombe le neuvième jour; et à l'autopsie, on trouve les traces d'une grave contusion du cerveau. Un jeune malade de Broca, dont M. Azam cite l'observation, avait eu la voûte orbitaire perforée par un échalas et était devenu aphasique. L'aphasie se dissipa petit à petit. Mais il subsista des modifications profondes du caractère. Avant l'accident, l'enfant était très doux et très obéissant, il était aussi l'un des meilleurs élèves de son école; à la suite, il devint indiscipliné, quinteux, violent, rempli de malice. Quand on le grondait, il ne semblait pas se rendre compte de ses torts; en un mot, il paraissait avoir perdu, au moins en partie, le sens moral, et n'avait plus le rang qu'il occupait antérieurement dans sa classe.

Dans quelques cas, les troubles ne se bornent pas aux sentiments affectifs, et le traumatisme amène à sa suite de véritables perversions morales. Un jeune homme de très bonne famille, dont M. A. Guérin a communiqué l'histoire à M. Azam, très bien élevé et rempli de bons sentiments, fait, dans une promenade à cheval, une chute sur la tête et se fracture le frontal avec enfoncement. Il guérit. Un an après, il est poursuivi pour vol, bien que tout éloignât la pensée qu'il pût jamais devenir un voleur! Il est très vraisemblable, comme le pense M. A. Guérin, qu'il y a eu liaison dans ce

cas, entre le traumatisme cérébral et la dépravation morale tout à fait inattendue.

L'intelligence proprement dite a souvent, elle aussi, à souffrir des traumatismes du crâne. Mais il faut ici distinguer deux catégories de troubles : ceux qui consistent en une modification plus ou moins profonde de la puissance intellectuelle, et ceux qui se traduisent par du délire. Le délire mérite une étude à part; je m'y arrêterai dans un instant.

Ce qu'on observe d'habitude chez les individus qui ont été traumatisés à la tête, c'est un affaiblissement, parfois passager, quelquefois permanent, de l'intelligence. Cet affaiblissement est souvent peu prononcé et apporte aux occupations courantes une simple gêne, non une véritable entrave. Il s'agit alors d'une certaine lenteur dans les conceptions, de quelque difficulté dans la compréhension et l'enchaînement des idées. Les malades ont peine à fixer l'attention et à suivre le fil des pensées. « M. L..., blessé, de Levallois-Perret, écrit M. Azam, me disait que, bien qu'il fût complètement guéri, il lui a été longtemps impossible de fixer son attention; la moindre lecture le fatiguait outre mesure, et les opérations intellectuelles qui avaient besoin d'un raisonnement et d'une association d'idées lui étaient particulièrement difficiles. Ainsi il a fait longtemps des fautes d'orthographe et se trompait dans les calculs les plus simples. Évidemment, à ce moment, la guérison de M. L... n'était pas aussi complète qu'il le croyait. » Dans d'autres cas, l'affaiblissement cérébral produit par le traumatisme consiste dans une sorte d'hébétude momentanée et passagère toutefois. Ce fut le cas d'un enfant de trois ans dont parle Boyer, qui, après une commotion, resta comme hébété pendant plusieurs mois et finit cependant par recouvrer son intelligence et acquérir son développement normal.

Mais l'affaiblissement cérébral peut aller, au contraire, en progressant, pour aboutir à la démence confirmée. Un maçon entre à la Pitié, dans le service de Broca, pour une contusion du cerveau; il a perdu connaissance; mais quatorze jours après, bien qu'il paraisse guéri, sa figure porte l'expression de l'hébétude; il marmotte d'une façon inintelligible des mots dépourvus de sens; ses sentiments affectifs se développent d'une manière insolite et il est devenu semblable à un petit enfant gourmand. Il reprend cependant son travail, mais son intelligence a grandement souffert et Broca pense qu'il restera toute sa vie dans un état voisin de l'idiotie (1).

J'ai observé un cas analogue, par plus d'un côté, au précédent, et dans lequel la démence me paraît avoir été aussi la résultante d'une commotion cérébrale. Il s'agit d'un haut fonctionnaire retraité de l'empire qui, en 1874, fit, aux Champs-Élysées, en descendant de voiture, une chute sur la tête contre l'angle d'un trottoir. Il fut relevé sans connaissance et porté à son hôtel où il reçut des soins empressés. Il guérit rapidement des accidents immédiats dus au traumatisme, mais, deux ou trois mois après, son intelligence s'affaiblit, la mémoire s'éteignit, et le malade tomba en démence sénile. Ici, la déchéance cérébrale n'a pas été immédiatement consécutive à la blessure, mais elle ne me paraît pas moins en avoir été la conséquence.

Ainsi, vous le voyez, les traumatismes cérébraux ont communément pour résultat d'amener soit l'affaiblissement, soit la perte des diverses fonctions intellectuelles : mémoire, faculté du langage, faculté d'attention et de compréhension.

(1) Lajoux, thèse de Paris, 1869.

On a soutenu, en s'appuyant sur quelques faits, qu'ils étaient par contre susceptibles de déterminer quelquefois une sorte d'hyperacuité intellectuelle ou la disparition de troubles cérébraux antérieurement existants. On a cité souvent l'exemple d'un malade dont parle Samuel Cooper, qui, atteint de folie, aurait guéri à la suite d'une commotion; celui du père Mabillon, chez qui l'intelligence, faible dans l'enfance, se serait développée après une opération de trépan pratiquée pour une fracture du crâne. L'authenticité de ces faits, il faut bien l'avouer, demanderait à être mieux établie qu'elle ne l'a été.

LE CHOC EN RETOUR ET LE FOUDROIEMENT LATÉRAL (1)

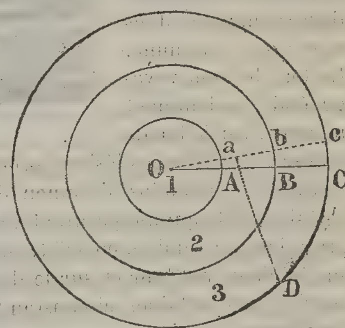
Par M. le docteur F. Vincent (de Guéret),
Lauréat de l'Académie de médecine.

IV

DU CHOC EN RETOUR COMPLEXE OU COMPLIQUÉ.

1. Je vais parler, dans ce chapitre, de quelques circonstances qui doivent augmenter, dans une proportion considérable, les dangers que fait courir le choc en retour soit chez les personnes, soit chez les animaux. La première et la principale, que la première observation ci-après rapportée m'a révélée et que je n'ai vue signalée nulle part, aurait dû être prévue depuis longtemps.

Prenons, en effet, dans la figure ci-dessous, le secteur COc dont l'arc $Cc = 4$ mètres, ayant par conséquent 40 mètres carrés de surface, en admettant toujours que le rayon $OC = 20$ mètres. Supposons ensuite ce secteur chargé d'électricité positive qui doit s'écouler par le point foudroyé O, pour aller neutraliser l'électricité négative du nuage, conformément à une des hypothèses déjà émises. L'électricité répandue sur ces 40 mètres carrés de surface se comportera dans cette portion du cercle comme dans sa totalité, et, au moment de l'explosion, se concentrera dans le petit secteur AOa de 3m,60 carrés seulement de surface. Jusqu'ici il n'y a rien que de très ordinaire, et les choses se passent exactement comme nous l'avons déjà dit.



Mais, maintenant, supposons qu'au point D se trouve un arbre à branches écartées et touffues, dont l'épanouissement de la ramure et du feuillage représente une surface de 120 mètres carrés. Cet arbre formera un vaste appareil électrique qui, sous l'influence du nuage orageux, se chargera d'électricité de même nom que celle du sol. Cette électricité, au moment de l'explosion, s'écoulant par le tronc, conducteur relativement très étroit qui aura pour effet de la concentrer, viendra se joindre, dans le petit secteur AOa, à celle du secteur total COc. Il en résultera que la quantité d'électricité, qui s'écoulera par le secteur AOa, ne sera plus représentée seulement par 40, mais par 160, et formera, par conséquent, un courant d'une puissance quadruple. Cette puissance pourra être multipliée encore si plusieurs arbres se trouvent compris dans le secteur COc. Il est facile de comprendre qu'une personne qui se trouverait sur le passage de ce courant serait plus exposée à être tuée que si elle se trouvait placée sur un tout autre point du cercle ne présentant plus les mêmes conditions.

J'ai à peine besoin d'ajouter que si la position des deux électricités de nom contraire en présence était intervertie, c'est-à-dire que si l'électricité du sol et de l'arbre situé en D était négative et celle du nuage positive, l'effet ne serait pas changé et l'intensité du courant resterait la même. L'électricité du nuage déversée sur

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er septembre 1885.

le sol se porterait toujours, en effet, en quantité proportionnelle suffisante vers l'arbre pour neutraliser celle de nom contraire dont ce dernier est chargé, et donnerait lieu à un courant d'une intensité égale à celui qui se produirait dans la première hypothèse.

Ces vues théoriques vont recevoir une confirmation expérimentale complète des quatre observations suivantes, et de la première principalement qui m'a mis sur la voie. Quelques-unes de ces mêmes observations vont nous révéler une autre circonstance aggravante, mais d'une importance qui égale celle de la première, dans la présence de parties du sol meilleures conductrices que d'autres, *les cours d'eau* notamment.

II. *Observation du Chier-du-Prat.* — Le mercredi 4 juin 1873, vers huit heures du soir, un orage violent éclata sur Guéret et les environs. Au village de Chier-du-Prat, situé à 2 kilomètres de la ville, la foudre tomba sur un arbre placé, dans une haie qui sépare deux prés, l'un et l'autre très humides. Dans l'un de ces prés pacageaient les bestiaux de la ferme, dont trois bœufs, paissant dans le voisinage de l'arbre foudroyé, furent trouvés morts le lendemain. Espérant assister à l'autopsie des animaux tués, je me rendis sur les lieux vers onze heures du matin, aussitôt que la nouvelle de l'accident me fut parvenue. J'arrivai malheureusement trop tard : les bouchers avaient déjà écorché les 3 bœufs, et des ouvriers jetaient les dernières pelletées de terre sur leurs cadavres inhumés dans une fosse commune. Le but de mon voyage était évidemment manqué, car je tenais surtout à étudier les lésions produites par la foudre sur les trois victimes. Néanmoins l'examen des lieux me permit d'observer certains effets qui me parurent dignes d'être recueillis. Leur interprétation me semble, en effet, conduire à quelques vues nouvelles sur le choc en retour et sur le danger plus grand qu'il peut faire courir dans certaines circonstances qui ont passé jusqu'à présent inaperçues.



Dans la haie HH (figure ci-dessus), dont la direction est Sud-Nord, séparant les deux prés PP', se trouvent trois arbres : le premier (1), sur lequel la foudre est tombée, est un peuplier à tête coupée, dont le diamètre du tronc peut égaler 0m,50, et la hauteur 12 à 15 mètres. Le deuxième (2), situé à 6 mètres de distance du premier et du côté Sud, est un jeune tilleul de 10 mètres de hauteur environ, celle du tronc jusqu'à la naissance des branches pouvant compter pour 3, de forme conoïde, à ramure et feuillage épais et touffus, dont la surface extérieure peut représenter 60 mètres carrés approximativement. Enfin le troisième (3), placé à 12 mètres Nord du premier, est un peuplier moins gros que celui-ci, à tête sèche et à branches peu serrées, longues et écartées. Quelques autres arbres, essence chêne en grande partie, dont l'un est assez près du n° 3, se trouvent à la suite dans la même haie, plantés à des distances variées et, en général, beaucoup plus petits que les précédents.

Une rigole RR, large de 0m,20, remplie d'eau courante, dont la direction est S.-N., marche parallèlement à la haie dont elle est distante de 0m,40 environ.

Les lésions produites par la foudre sur l'arbre qu'elle a frappé sont nombreuses : du côté de l'Ouest, qui regarde le pré P où sont les bœufs, l'écorce est déchirée à plusieurs endroits et même enlevée à d'autres ; le beau treillis de lierre, qui l'enlace de haut en bas, a plusieurs de ses mailles brisées et quelques-unes même enlevées et écorcées. Sur le sol du pré, dans la direction des bœufs tués, on ne trouve aucun dégât que l'on puisse mettre sur le compte de la foudre. Il n'en est plus de même du côté du pré P' placé à l'est de la haie : la face du peuplier correspondante est moins lacérée que l'autre, mais, du haut en bas, on observe une espèce de bande XX où les feuilles de lierre sont flétries et noircies. Au pied de l'arbre, et de chaque côté, la haie est défaite et le bois mort brisé ; une racine d'arbre est même arrachée et une pierre C', du volume de la tête, est cassée en deux et son fragment projeté à distance. Deux troncs de saules morts S'S'', placés dans la haie de chaque côté du peuplier, sont réduits plus ou moins en éclats, et ces éclats sont formés principalement par les couches annuelles du bois dont le tissu conjonctif a été détruit.

Arrivé au pied du peuplier, le large courant, qui l'a sillonné du haut en bas sur sa face XX, s'est porté d'abord perpendiculairement vers la rigole RR, et, ensuite, après l'avoir atteinte et même dépassée, a remonté son cours, qui paraît avoir été un conducteur insuffisant, jusqu'au niveau du tilleul (2) où s'arrête toute trace du passage de la foudre. Dans cet intervalle, le sol est excavé ; la rigole irrégulièrement élargie de chaque côté, mais principalement du côté du pré (P') opposé à celui de la haie, présente, à certains endroits, plus d'un mètre de largeur (nous savons que sa largeur ordinaire est 0m,20) ; des pierres CCC, recouvertes auparavant par la pelouse, sont mises à nu et saillantes.

La figure AAAAAA ci-contre représente, aussi bien que possible, la forme de l'excavation ou perte de substance du terrain produite par le passage de l'électricité. La boue, qui constitue le sol mou à cet endroit, a été projetée dans toutes les directions, et surtout à une hauteur considérable : le tilleul en présente des traces jusqu'aux deux tiers de sa hauteur ; la haie vive, de 2 mètres de haut à peu près, en est littéralement couverte, ainsi qu'un saule S, de 4 à 5 mètres d'élévation, placé dans la haie entre le peuplier et le tilleul ; plusieurs mottes sont même suspendues aux branches de l'arbuste.

Il me paraît de toute évidence que ces désordres observés dans le sol sont le fait d'un courant électrique très puissant établi entre l'arbre foudroyé et le tilleul chargé lui aussi d'électricité de nom contraire à celle du nuage, bien que ce dernier arbre ne présente aucune trace du passage de la foudre. Les deux extrémités de l'excavation, qui correspondent exactement aux pieds des deux arbres, ne peuvent laisser aucun doute à cet égard. Si nous faisons attention maintenant que la surface extérieure du tilleul, que nous estimons à 60 mètres carrés environ, est peut-être plus que triplée par celle de toutes les branches et feuilles intérieures, ces dernières notamment présentant une double surface à l'accumulation de l'électricité, nous nous ferons une idée des effets terribles que peut produire la décharge d'un appareil électrique de 200 mètres carrés de surface, et nous conclurons qu'une personne, placée dans le courant ou sous le tilleul, aurait couru de plus grands dangers que si elle avait été placée dans l'un ou l'autre pré, à pareille distance du peuplier foudroyé, mais dans une direction différente.

Cette conclusion me semble encore justifiée par une particularité bien remarquable de cette même observation. Nous avons vu que

trois bœufs ont été tués : deux de ces bœufs, placés en B^1 et B^2, sont à 4 mètres de distance du peuplier foudroyé ; et le troisième, placé en B^3 au pied même de l'arbre n° 3, en est à 12 mètres, c'est-à-dire à une distance triple. D'après les renseignements qui m'ont été fournis, ces trois bœufs ne présentent aucune lésion indiquant qu'ils ont été directement atteints par le fluide électrique; seulement *la chair des deux premiers est noire, tandis que celle du troisième parait naturelle.* Cela laisse supposer que chez les deux premiers, la mort, dont des soins donnés à propos auraient peut-être pu les sauver, est le résultat d'une asphyxie plus ou moins lente, tandis que chez le troisième, moins exposé, à cause de la distance, à l'influence électrique, la mort a été instantanée. Si mes souvenirs me servent bien, car cette circonstance n'est point consignée dans mes notes, ce dernier bœuf avait encore dans la bouche la bouchée d'herbe qu'il venait de prendre et que la mort, *qui l'a surpris subitement*, ne lui a permis ni d'avaler ni de rejeter.

Or le courant qui s'est établi entre le peuplier n° 3 et le peuplier foudroyé n° 1, bien que n'ayant pas, comme le premier, laissé de traces de son passage dans le sol, me semble avoir contribué pour une large part à ce dernier résultat qui, autrement, serait bien difficile à expliquer. Ce courant a pu être renforcé encore par l'électricité des autres arbres et arbustes qui se trouvent plus loin dans la même haie.

Dans les notes prises sur les lieux pour la rédaction de cette observation, j'avais désigné ce phénomène sous le nom de *choc en retour complexe* que je lui conserve dans l'énoncé de ce chapitre, mais que nous devrons changer plus tard, attendu qu'un autre lui convient beaucoup mieux. L'individu qui y est soumis a, en effet, à subir l'influence de son propre choc en retour et celle du choc en retour des objets avec lesquels il est en rapport immédiat. L'observation suivante, qui ne devrait venir qu'au troisième rang par ordre de dates, va nous en fournir un exemple bien remarquable et confirmer la théorie que m'avaient suggérée les faits observés à Chier-du-Prat.

Indépendamment de ce résultat capital, *l'attraction de l'électricité du nuage, déversée sur le sol, par les objets voisins, les arbres notamment, chargés d'électricité de nom contraire*, deux autres conséquences importantes découlent de cette même observation :

D'abord, elle confirme d'une manière aussi éclatante que possible la théorie du mécanisme du choc en retour de la deuxième espèce que j'ai exposée dans le précédent chapitre : les trois bœufs tués dans des directions différentes dans le pré P, la mise en morceaux des deux saules morts S'S'' ainsi que de la pierre C', placés dans la haie de chaque côté du peuplier foudroyé, la direction perpendiculaire à la haie, pour atteindre la rigole dans le pré P', du fort courant qui s'est porté ensuite sur le tilleul 2, démontrent bien, en effet, autant que cela peut se faire, l'existence de l'irradiation circulaire de l'électricité de l'éclair autour du point frappé par la foudre.

Ensuite, elle met en évidence une autre particularité que je n'ai point signalée dans mes précédents travaux sur ce sujet, mais qui joue aussi un rôle des plus importants dans la manière de se comporter de l'électricité fulgurante à la surface du sol. Je veux parler de l'*attraction de l'électricité par les masses d'eau, et, surtout de sa* CONDUITE, *à des distances plus ou moins grandes, par les cours d'eau.* Ce double effet est démontré ici par la destruction de la bande de gazon XX', séparant le pied du peuplier de la rigole, par le fluide attiré par l'eau de cette dernière qui l'a conduit ensuite jusqu'au niveau du tilleul (2) où s'exerce une forte attraction. Il en est résulté que la plus grande masse du fluide électrique, attirée simultanément par l'eau et l'arbre, a décrit un circuit pour atteindre ce dernier, au lieu de suivre la ligne droite représentée par la portion de haie qui sépare les deux arbres.

Cette dernière circonstance m'amène à faire ici une remarque et à signaler un effet de conductibilité électrique qui ne manque pas d'intérêt, surtout au point de vue de notre sujet : la plus courte distance, ainsi que nous venons de le dire, entre les deux arbres, est la ligne droite représentée par la portion de haie qui les sépare, et cette haie est plantée dans un sol mouvant, fortement imprégné d'eau et, par conséquent, bon conducteur de l'électricité. Or, malgré ces conditions favorables de communication électrique, le courant a suivi la voie la plus longue parce qu'elle était meilleure conductrice. Il en résulterait que *tous les corps* BONS CONDUCTEURS *ne le sont pas au même degré que, de plusieurs* BONS CONDUCTEURS, *mais de conductibilité inégale, l'électricité suit toujours le* MEILLEUR, *de préférence.* Dans les observations suivantes, nous retrouverons la confirmation de ce principe, dont nous aurons aussi à faire l'application. Ce même ensemble de circonstances semblerait indiquer également que *plus un corps est homogène, meilleur conducteur il est :* ici, en effet, l'eau claire de la rigole a donné passage à un courant infiniment plus intense que l'eau mêlée à la terre, à l'humus et aux herbes, au milieu de laquelle est planté l'arbre foudroyé.

Comme autre preuve à l'appui de l'attraction de l'électricité de l'éclair par les masses d'eau, je vais rapporter ici l'*observation de la Bergerie*, recueillie par M. Colladon et publiée dans son *Mémoire sur les effets de la foudre sur les arbres et les plantes ligneuses :*

« La propriété de la Bergerie (appartenant au prince Napoléon) renferme une petite pièce d'eau de forme elliptique, située presque au niveau du lac et bordée de douze beaux peupliers dont les racines baignent en partie dans l'étang.

« Ces arbres sont hauts de 26 à 32 mètres, les diamètres varient de $0^m,60$ à $0^m,80$.

« L'orage du 22 juillet 1868 a foudroyé un de ces peupliers : c'est le plus élevé des douze ; il est au nord de l'étang, son tronc a $0^m,80$ de diamètre.

« Toute la partie supérieure de l'arbre au-dessus du sol est restée saine et intacte.

« A 24 mètres au-dessous du sommet commence une plaie du côté sud ; au milieu est une fente profonde où la lame d'un couteau pénètre à quelques centimètres. Cette plaie et la fente qui l'accompagne descendent jusqu'à $0^m,40$ au-dessus du sol et se transforment à cette hauteur en un sillon de l'écorce qui se dirige vers l'étang.

« Le niveau de l'étang est à $0^m,50$ plus bas que le pied de l'arbre, et la distance horizontale entre l'eau et le peuplier est de 1 mètre. Le talus en terre qui borde l'étang se prolonge sous l'eau sur une longueur d'environ 2 mètres, l'eau est parfaitement transparente.

« Le sol n'a pas été fouillé à la surface entre le pied du peuplier et le bord de l'eau ; mais sous l'eau, à 30 centimètres de profondeur moyenne, le fluide électrique a fait l'effet d'une petite fougasse sous-lacustre et excavé dans l'intérieur du talus un canal souterrain que l'eau recouvre. Environ 50 décimètres cubes de terre ont été fouillés et dispersés dans l'étang en laissant le vide à bords bien terminés. La section de ce canal est de 8 à 9 décimètres carrés. . . . .
. . . . »

Dans la production de ce canal souterrain, comme dans le creusement de la bande XX' de notre observation, que l'électricité de nom contraire dont se charge la masse d'eau se développe préalablement sous l'influence du nuage électrisé ou, à l'instant même, sous celle de l'étincelle fulgurante qui frappe l'arbre voisin, nous retrouvons en grand le phénomène de la perforation de la lame isolante trop mince du condensateur sur les lames métalliques duquel les deux électricités se sont accumulées en quantités trop fortes; des deux électricités de la bouteille de Leyde qui percent, pour se réunir, la carte placée entre les pointes de leurs conducteurs métalliques; des deux électricités, se dégageant des fortes batteries électriques, qui brisent les corps mauvais conducteurs placés sur leur circuit et faisant obstacle à leur réunion, etc.

L'exposé que je viens de faire me dispense d'insister sur l'importance de l'observation de Chier-du-Prat qui résume, ou à peu de chose près, le *modus agendi* de l'électricité atmosphérique

déversée à la surface du sol : irradiation circulaire de cette électricité autour du point foudroyé ; son attraction par les objets chargés d'électricité de nom contraire, et notamment les arbres et les masses d'eau ; sa conduite, à des distances plus ou moins grandes, par les cours d'eau ; choix des meilleurs conducteurs à l'exclusion des moins bons ; déchirures du sol ; lacération des corps mauvais conducteurs ; mort d'animaux.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire de chimie pure et appliquée (1), par Ad. Wurtz.

Le neuvième fascicule du Supplément de cet important Dictionnaire comprend une série d'articles s'étendant de *Picolines* à *Soude*.

Parmi ces divers articles, nous signalerons ceux consacrés aux : Platine, Plomb, Potassium, Ptomaïnes, Putréfaction, Quinine, Quinoléine, Quinone, Résorcine, Rosaniline. Citons encore les articles consacrés à l'acide salicylique, à la salive. Ce fascicule se termine enfin par une étude très intéressante de la soude au point de vue industriel. Depuis la rédaction de l'article du *Dictionnaire* (t. II), l'industrie de la soude a suivi le développement naturel de toute grande industrie à notre époque ; la production s'en est élevée à 740000 tonnes pour l'année 1882.

Nouveau manuel de la garde-malade (2), par M. le docteur Edgar Bérillon.

Au début de l'épidémie de choléra de 1884, une mission médicale, dont faisait partie M. Bérillon, fut envoyée de Paris dans les départements du Midi par le ministère de l'intérieur.

Dès son arrivée dans les localités où l'épidémie sévissait avec le plus d'intensité, notre confrère put enregistrer un certain nombre d'observations. Dans toutes les communes contaminées, il était impossible de pousser plus loin l'ignorance ou l'oubli des règles élémentaires de l'hygiène privée et publique. Dans la plupart des cas où les malades succombaient, c'était faute de trouver dans leur entourage les soins immédiats et rationnels que nécessitait leur état.

En effet, dans les campagnes surtout, il n'est pas d'art plus négligé que celui de soigner les malades. Dans beaucoup de familles, on ne trouve pas une seule personne qui sache préparer et administrer les médicaments les plus simples et de l'emploi le plus commun.

Cette inexpérience peut seule expliquer la facilité avec laquelle les guérisseurs et les empiriques ont accès auprès des malades et exploitent la crédulité populaire. La conséquence de cet état de choses est facile à déduire. La visite du médecin, quand on l'appelle, se trouve retardée jusqu'à la limite extrême. Puis, lorsqu'il est venu, il n'est jamais sûr que ses prescriptions seront comprises et exécutées à la lettre.

On ne saurait trop combattre les préventions qui, dans beaucoup de pays, existent encore contre la médecine officielle, car elles ont pour résultat de causer la mort d'un grand nombre de malades que l'intervention rapide du médecin eût pu sauver. Si chaque mère de famille était bien convaincue que le rôle de garde-malade rentre dans ses attributions, et, surtout, si elle n'attendait pas l'arrivée de la maladie dans sa maison pour apprendre à le bien remplir, on verrait rapidement disparaître beaucoup de préjugés regrettables.

C'est ce qui a fait concevoir à M. le docteur Bérillon l'idée de ce livre qu'il a divisé en trois parties :

La première comprend les connaissances élémentaires que doit posséder toute personne appelée à donner ses soins à un malade ou à un blessé.

(1) Gr. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

(2) In-18. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Dans la deuxième, l'auteur indique les règles spéciales à suivre et les soins à donner dans le cours de chacune des maladies qui sévissent le plus fréquemment en France à l'état épidémique. Ces maladies sont : la fièvre typhoïde, la variole, la rougeole, la scarlatine, la diphthérie (croup et angine couenneuse), et le choléra.

Enfin, la troisième partie est consacrée à la petite pharmacie domestique.

Guide à la station minérale de Vals-les-Bains (1), par MM. A. et H. Vaschalde.

Le livre dont nous venons de transcrire le titre est dédié aux médecins, aux baigneurs et aux touristes. Il sort absolument de la gamme ordinaire des Guides.

Divisé en deux parties ; l'une, de purs renseignements et de détails techniques, est due à la collaboration de M. Albert Vaschalde, pharmacien à Vals et membre du conseil d'hygiène publique et de salubrité de l'Ardèche.

L'autre contient : la topographie de Vals ; Vals dans les temps géologiques ; son histoire ; l'historique de ses eaux minérales ; sa climatologie ; la journée du buveur d'eau à Vals ; les excursions rapprochées et éloignées. Ces divers chapitres sont écrits avec beaucoup de charme. L'auteur, M. Henry Vaschalde, est un chercheur auquel la littérature locale doit déjà beaucoup. Il est, de plus, un grand amateur de poésie patoise ; il ne pouvait donc écrire un livre sur la région sans se laisser entraîner à de gracieuses réminiscences. Les amateurs trouveront avec plaisir dans ce Guide la « Counfessieou de Coutaou, lou dissate de Pasquo », de M. Julien Des Justets ; le « Jean de l'Oouzeïro et Margarido dos Issous », et enfin la célèbre « Cansoun de la Coupo », paroles de Mistral et musique de Saboly.

Nous recommandons vivement la lecture de ce livre à tous ceux qui veulent se faire une juste idée et de l'histoire et du pays si intéressant et si pittoresque du Vivarais.

M. Lunier, dont nous avons annoncé la mort dans le numéro de jeudi dernier (compte rendu de la séance de l'Académie de médecine), laissera un vide non seulement à l'Académie où, arrivé un peu tardivement, il semblait prendre à tâche de réparer le temps perdu par le zèle et l'activité qu'il y apportait dans l'accomplissement de ses devoirs, et par sa participation intelligente aux discussions sur les sujets de sa compétence, mais surtout dans les diverses Sociétés scientifiques ou de bienfaisance dont il faisait partie. Il avait su y montrer, dès son entrée, une autorité spéciale par l'attention incessamment tendue avec laquelle il en suivait les travaux, et la part souvent prépondérante qu'il y prenait, telles, notamment, que la Société médico-psychologique, la Société de médecine publique, la Société de médecine de Paris, la Société de statistique, où il était presque toujours sur la brèche, la Société de tempérance, dont il était un des membres fondateurs et le secrétaire général (c'est-à-dire la cheville ouvrière), perpétué par la confiance illimitée de ses collègues. C'est surtout la science de l'aliénation mentale qui fait en lui la plus grande perte. Personne n'ignore, en effet, la haute situation qu'il s'était faite de bonne heure dans les services publics de l'assistance des aliénés, successivement médecin en chef et directeur de plusieurs de nos asiles les plus importants des départements, puis inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons de France.

L'énumération seule de ses publications sur les sujets d'aliénation mentale suffirait pour donner la mesure de la dépense considérable de travail qu'il a fourni. Sans parler de ses rapports médico-judiciaires et des innombrables articles qu'il a insérés dans les *Annales médico-psychologiques* dont il dirigeait depuis longtemps la rédaction, nous citerons notamment : ses recherches sur la paralysie générale progressive (1849) ; ses recherches statis-

(1) Petit in-8° carré. — Prix : 2 fr. 50. — Valence, Jules Céas et fils.

tiques sur les aliénés du département des Deux-Sèvres, sur quelques déformations du crâne, observées dans ce même département ; ses rapports, ses comptes moraux et administratifs sur le service médical des asiles d'aliénés de Niort et de Blois ; son travail sur le système français de l'emprisonnement individuel et son influence sur le moral et la raison des détenus ; ses études sur les maladies mentales et les asiles d'aliénés ; sur les divers modes de traitement et d'assistance qui leur sont applicables ; sur l'aliénation mentale et le crétinisme en Suisse ; sur les placements volontaires dans les asiles d'aliénés, sur les législations française et étrangères qui y sont relatives ; sur les aliénés dangereux ; sur l'augmentation progressive du chiffre des aliénés et ses causes ; sur l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales et le mouvement de l'aliénation mentale en France, pendant les années 1869 à 1873, etc. Nous citerons enfin l'une des œuvres les plus importantes de la fin de sa carrière, son livre intitulé : *De la production et de la consommation des boissons alcooliques en France, et de leur influence sur la santé physique et intellectuelle des populations.*

Les obsèques de M. Lunier ont eu lieu au milieu d'un nombreux concours de ses collègues et amis. Des discours y ont été prononcés par M. Vallin, au nom de l'Académie de médecine, par M. Foville, au nom du service des aliénés ; M. Ritti, au nom de la Société médico-psychologique ; M. Motet, au nom de la Société de tempérance, et M. Cheysson, au nom de la Société de statistique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours ouvert pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux du Havre vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Leprévost, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— D'après les renseignements publiés par la *Gazette officielle* d'Espagne, le nombre des cas de choléra dans tout le royaume depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 1er septembre 1885, a été de 244455 dont 91000 (en chiffre rond) suivis de mort, ou 37,23 pour 100. A Madrid même, à cette date, on comptait 1570 cas et 998 morts, soit une mortalité de 63,57 pour 100.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Bouquet (J.-C.), membre de l'Académie des sciences depuis 1875, décédé jeudi dernier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18316.

33

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude. è.	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre............... 1.33
Silicate acide
Arséniate » } sesqui-oxyde de fer
Phosphate »
Sulfate »
— de chaux.. } 0.44
Chlorure de sodium.................
Matières organiques.................

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

133

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales ph[ies].

51

MALADIES DE L'ESTOMAC
DIGESTIONS LABORIEUSES

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

ADH. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, à Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

3

CAPSULES & SACCHARURE

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre: *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

78

Anémie, scrofule, dermatoses, arthritis.

SULFURINE DU D[r] LANGLEBERT

Bain sulfureux sans odeur.

Contenant tous les principes actifs des bains sulfureux ordinaires, et pouvant être pris dans toute espèce de baignoires et à domicile.

GROS : 11, rue de la Perle, Paris.

27

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : **LEBEAULT, MAYET et C[ie], 29, rue de Palestro, Paris.**

Seul dépôt pour le détail à Paris : Ph[ie] Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande *directement à MM. Lebeault, Mayet et C[ie]*, recevront une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon.

12

APIOL DES D[RS] JORET & HOMOLLE

L'**Apiol** est l'emménagogue par excellence. Mais le commerce délivre sous ce nom des teintures ou extraits alcooliques de persil, à peu près inertes. L'**Apiol** des D[rs] Joret et Homolle offre seul toutes les garanties d'une bonne préparation ; c'est le seul qui soit absolument pur et qui ait été expérimenté avec succès dans les Hôpit. de Paris.

Dép. g[al] : ph[ie] BRIANT, 150, r. de Rivoli, et ph[ies].

10

AFFECTIONS CARDIAQUES

« PALPITATIONS, INSUFFISANCES ET RÉTRÉCISSEMENTS, ALBUMINURIES, ŒDÈME. »

Soulagement immédiat et guérison par le **Sirop et les Pilules de LANGLEBERT** *au convallaria Maïalis* (*muguet de mai*)

Préconisés par les meilleurs praticiens.

Ph[ie] LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et t[tes] ph.

Granules et préparations de *Convallamarine.*

35

DROGUERIE MÉDICINALE

Médaille d'or de l'École de Pharmacie de Paris.

RENAULT AINÉ ET PELLIOT

FOURNISSEURS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, 26, Rue du Roi de Sicile, à Paris.

Maison spéciale pour la fourniture des produits pharmaceutiques aux médecins et aux hospices.

ARMOIRES-PHARMACIES

BREVETÉES S. G. D. G.

et

PHARMACIES PORTATIVES

Tarifs et notices sur demandes.

GRANDES FACILITÉS DE PAIEMENT.

88

CAPSULES VIDES LE HUBY

ENVELOPPES A MÉDICAMENTS

préparées par **CH. LE PERDRIEL**, 11, r. Milton.

Ces capsules permettent l'absorption facile et sans dégoût de tous les médicaments solides ou liquides.

Leur forme cylindro-sphérique les fait avaler sans peine.

Leur solidité est suffisante pour empêcher la rupture dans la bouche.

Leur grande solubilité dans l'estomac assure un effet immédiat.

Cinq numéros de capacités différentes.

MM. les docteurs recevront, sur leur demande, une boite d'échantillons assortis.

136

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et C[ie], pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

106

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

PULLNA (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, Londres (Cong. méd. univ.) 1881, Trieste 1882, Vienne 1883, Amsterdam 1883.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

86

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGEES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt G[ral] : Ph[ie] C[le] F[g] Montmartre, Paris.

103

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1[re] classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

29

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La première partie de cette séance a été un véritable nécrologe. Elle a été ouverte par l'annonce d'un nouveau décès, celui de M. Baudrimont, l'un des membres les plus distingués de la section de pharmacie et dont les titres scientifiques sont connus de tous. Puis M. Vallin et M. Bouley sont successivement montés à la tribune pour y donner lecture, le premier du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Lunier, le second d'une notice nécrologique et historique sur M. Magne, de la section de médecine vétérinaire. Trois décès d'académiciens en trois semaines !

Après les hommages rendus aux savants, la science a eu son tour. M. Peter a repris, pour la terminer, son argumentation sur la pathogénie, l'étiologie et le traitement du choléra. Cette dernière partie de son discours est consacrée tout entière à l'exposé du traitement qu'il a mis en usage dans son service de la Charité pendant l'épidémie de 1884. Ce traitement multiple et divers a reposé tout entier sur la considération des indications fournies par les principaux groupes de symptômes de la maladie, à l'exclusion de toute méthode systématique. En présence des innombrables déboires auxquels ont donné lieu les tentatives de médications exclusives prétendues rationnelles, sans en excepter la méthode antiseptique basée sur la théorie microbienne du bacille virgule, la médication fondée sur les indications symptomatiques, qu'on l'appelle empirique ou expérimentale, est encore la plus prudente. Les résultats obtenus par M. Peter en témoignent jusqu'à un certain point.

M. Leroy de Méricourt est venu ensuite donner une analyse d'un important document sur le choléra, récemment publié à New-York.

D'après quelques-unes des citations que M. Leroy de Méricourt a extraites de ce travail, les médecins américains paraîtraient admettre comme un fait fréquent l'importation directe par contagion, soit par des individus, soit par des objets contaminés.

Ces citations ont fait bondir M. J. Guérin à la tribune, pour y protester avec énergie contre les déductions que l'on pourrait se croire fondé à tirer de faits observés dans des conditions qui excluent tout moyen de contrôle, nul compte ne paraissant y avoir été tenu de l'état sanitaire antérieur ou actuel des populations où ces prétendues importations auraient eu lieu. « Pour voir, il faut regarder », disait M. Jules Guérin dans l'une des dernières séances, à propos d'une communication de M. Devilliers sur le choléra actuel dans le Midi de la France, et de laquelle il ressortait qu'un grand nombre des médecins de cette contrée, qui y avaient regardé, avaient constaté l'existence de cette période prémonitoire ou préépidémique sur laquelle il appelle depuis si longtemps l'attention, et que commencent à admettre aujourd'hui avec lui tous ceux qui veulent bien se donner la peine d'y regarder. Il a saisi l'occasion de ces citations du document américain pour montrer qu'on n'en saurait rien conclure contre le fait général qu'il soutient et maintient, avec la vigueur que l'on sait, de l'existence d'une constitution médicale préépidémique du choléra, caractérisée par la série graduée des désordres intestinaux qui se manifestent pendant cette phase de la germination épidémique, depuis les plus simples et les plus atténués jusqu'au choléra le mieux accentué.

La séance a été terminée par une communication très intéressante de M. Chantemesse sur le liquide vaccinal de M. Ferran, dont il ne reste presque plus rien debout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Des accidents secondaires et tertiaires de la dyspepsie.

MM. Beau et Bouchard, entre autres auteurs qui ont écrit sur la dyspepsie, ont parfaitement étudié les phénomènes morbides qui la caractérisent, et ont admis, outre les phénomènes locaux qui dans certains cas peuvent exister seuls, des accidents secondaires et même tertiaires.

Beau a divisé les premiers en deux catégories : la première renfermant les phénomènes d'ordre nerveux ou névropathiques ; la seconde, les accidents hémopathiques. Bien que je ne puisse accepter tout ce qui a été dit par ces deux éminents médecins, cependant je ne fais aucune difficulté d'admettre dans la dyspepsie des accidents nerveux. Les nerfs de l'estomac sont, vous le savez, de deux sortes : 1° le pneumogastrique ; 2° les filets nerveux du trisplanchnique. De plus, l'estomac est placé dans le voisinage des ganglions semi-lunaires et du plexus solaire. D'où l'on comprend que tout trouble stomacal puisse, par l'interm-

diaire de ces irradiations nerveuses, donner lieu à des désordres très divers.

Ces désordres sont, par exemple, la douleur, une névralgie intercostale gauche, lancinante, occupant un ou deux espaces intercostaux, ayant son maximum en avant, mais pouvant aussi se prolonger en arrière. Cette douleur est expliquée par Beau de la manière suivante : trouble nerveux stomacal; *aura,* suivant le grand sympathique, rencontre les intercostaux; douleur; névralgie. La douleur peut aussi irradier en haut en suivant le pneumogastrique, remonter jusqu'au larynx, de là raucité de la voix, aphonie. D'autres fois ce sont des accidents d'angine de poitrine, de fausse angine bien entendu; ou bien encore pendant la digestion, du hoquet, de la dyspnée, que Beau explique encore par une *aura* se développant vers la poitrine et amenant de la suffocation. Pour moi, je considère cette dyspnée comme une conséquence de la dilatation de l'estomac soulevant le diaphragme et refoulant le poumon. J'expliquerai de même les battements du cœur au moment de la digestion par le refoulement de cet organe par l'estomac dilaté. C'est là une influence mécanique. La toux sèche, gastrique, aura pour cause une altération des rameaux gastriques qui se rendent au larynx, de même que les bâillements répétés seront sous l'influence d'une altération du nerf phrénique.

Chez d'autres malades ce sont des phénomènes cérébraux : changement de caractère, état morose, tristesse, irritabilité, hypochondrie, monomanie, ou bien somnolence particulière, impossibilité d'un travail intellectuel. Quelquefois, dit-on aussi, certains aliments ont eu une influence passagèrement néfaste sur l'intelligence : tel individu aurait été privé de sa raison pendant trois jours pour avoir mangé du homard; tel autre aurait des rêves pénibles ou gais chaque fois qu'il mangeait du lièvre. Chez d'autres encore ce seraient des hallucinations, des altérations des sens, etc., etc.

Dans la séance de la Société médicale des hôpitaux du 13 juin 1884 (1), M. Bouchard a cité une foule de faits des plus singuliers. On a voulu rattacher aussi à la dyspepsie bien d'autres accidents que je ne saurais rapporter à cette affection, tels entre autres que la spermatorrhée, l'impuissance, le priapisme, la polyurie, l'analgésie, etc., tandis qu'en réalité ils appartiennent, selon moi, à quelque autre maladie concomitante.

M. Bouchard a mis aussi sur le compte de la dyspepsie certaines affections cutanées comme l'eczéma, le pityriasis versicolor. Je m'y refuse absolument; une seule maladie me paraît pouvoir se rattacher à la dyspepsie : c'est l'urticaire.

Comme nous l'avons dit plus haut, Beau a classé dans un second groupe d'autres accidents secondaires, les accidents hémopathiques. Ceux-ci, pour la plupart, me paraissent plus vrais, car c'est dans l'alimentation que le sang trouve les éléments qu'il doit s'assimiler.

Si un malade mange mal ou mange peu, s'il a des vomissements, si les fonctions chimiques de son estomac sont troublées, les matériaux du sang ne se renouvellent pas ou ne se renouvellent qu'incomplètement; de là une anémie par inanition ; de là l'anémie globulaire, la diminution des globules rouges, la pâleur des tissus, des souffles vasculaires et cardiaques, des vertiges gastriques, des syncopes; de là aussi une anémie albumineuse, c'est-à-dire une diminution de l'albumine du sang, des hydropisies, de l'œdème des extrémités.

La fibrine du sang peut aussi, toujours par suite de troubles fonctionnels de l'estomac, se trouver altérée et donner lieu à des hémorrhagies diverses, hémorrhagies anales, utérines, nasales, etc., à du purpura, à des accidents scorbutiques. Ces altérations du sang s'expliquent tout naturellement par l'inanition ou par une assimilation incomplète des matériaux qui lui sont fournis par la digestion.

Quant aux accidents tertiaires de la dyspepsie, accidents consécutifs survenant plus ou moins tard, tels que la scrofule, le rachitisme, la tuberculose, le diabète, le cancer, si quelques-uns d'entre eux peuvent être considérés comme une conséquence de cette affection, il en est aussi que je ne saurais lui rapporter. Ainsi j'admets très bien que la scrofule et le rachitisme puissent, chez des petits enfants de divers âges, être la suite d'une alimentation mauvaise ou insuffisante, d'un estomac fonctionnant mal. Mais quant à la phthisie et au cancer, je ne puis partager l'opinion de M. Bouchard.

Il semble vraiment, en lisant certains auteurs, que la dyspepsie soit la boîte de Pandore de la pathologie. Il y a là une véritable exagération. Certainement M. Bouchard a vu ce qu'il nous dit, mais il a certainement aussi conclu un peu trop vite du particulier au général, et il n'a pas fait assez la part de l'individu chez le dyspeptique. Il y a un certain nombre d'individus nerveux, névropathes, qui, la dyspepsie survenant, sont encore plus nerveux que par le passé. Il y a aussi les sujets hystériques dont il faut savoir tenir compte, chez lesquels l'hystérie est antérieure à toute dyspepsie. Qu'un goutteux devienne dyspeptique aussi, attribuerez-vous l'excès d'urée dans ses urines à la dyspepsie ou à sa goutte antérieure? Il en est de même du rhumatisme noueux qui ne saurait être envisagé comme une conséquence de la dyspepsie, ainsi qu'on l'a prétendu, mais qui est dû à ce que l'individu était, antérieurement à sa dyspepsie, un arthritique, un rhumatisant. De même encore des éruptions qui appartiennent à l'herpétisme et non à la dyspepsie.

Dans tous ces cas, celle-ci a seulement pour action d'affaiblir l'organisme et de favoriser l'éclosion, le développement de l'éruption cutanée.

J'en dirai tout autant de la tuberculose, que M. Bouchard envisage comme pouvant résulter de la dyspepsie. Ce qu'il y a de vrai, c'est que la tuberculose peut se développer par suite de l'affaiblissement résultant de l'inanition dyspeptique; la dyspepsie, dans ce cas, est la cause prédisposante, elle n'est pas la cause efficiente de la tuberculose. Il en est de même de la folie pour laquelle il faut faire la part de l'individu et de la famille, c'est-à-dire de l'hérédité.

La dyspepsie ne saurait être non plus la cause du diabète, c'est le contraire qui serait vrai, c'est-à-dire que souvent le diabète est une cause de dyspepsie.

Enfin celle-ci peut-elle être la cause du cancer, comme l'ont prétendu MM. Beau et Bouchard? Je dis fermement : Non, et je m'appuie, pour cela, sur de nombreuses observations. J'ai vu rarement des dyspeptiques devenir cancéreux; j'ai vu des cancéreux qui n'étaient même pas dyspeptiques.

Voilà la vérité à côté de laquelle il a pu y avoir quelquefois des exceptions, car la dyspepsie n'est pas exclusive du cancer, mais le dyspeptique qui devient cancéreux le devient par suite d'une prédisposition héréditaire. En résumé, on a,

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 557.

selon moi, voulu beaucoup trop élargir le cadre des accidents secondaires de la dyspepsie, lesquels sont le plus souvent le résultat d'une prédisposition de l'individu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 septembre 1885. — Présidence de M. BERGERON.

CORRESPONDANCE

La correspondance ne comprend que plusieurs envois de mémoires pour les prix.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire en M. Baudrimont, membre de la section de pharmacie. Il rappelle en quelques mots les principaux travaux et titres scientifiques, ainsi que les qualités personnelles qui avaient acquis à M. Baudrimont l'estime de tous ses collègues.

M. VALLIN, sur l'invitation de M. le président, monte à la tribune pour donner lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Lunier.

M. BOULEY remplace M. Vallin à la tribune pour lire une notice sur son collègue de la section de médecine vétérinaire, M. Magne, ancien directeur de l'École d'Alfort, récemment enlevé à la science qu'il a cultivée avec un zèle soutenu pendant sa longue existence, et qui vient de s'éteindre loin de Paris.

— L'ordre du jour appelle à la tribune M. Peter pour continuer son allocution sur le choléra, commencée dans la dernière séance.

Pathogénie, étiologie et traitement du choléra. — **M. PETER** en était resté dans la dernière séance aux résultats qu'il a obtenus chez les cholériques de son service par l'emploi de la révulsion, de l'électricité et de la glace. Il ne s'en est pas tenu à ces moyens, il a employé d'autres auxiliaires; les frictions sèches lui ont rendu de grands services contre les crampes.

Dans la période algide, les injections sous-cutanées d'éther relevaient les malades; dans l'adynamie profonde, il faisait deux, trois, quatre injections dans les vingt-quatre heures. Il a donné l'alcool contre le collapsus, le rhum en nature toutes les heures ou demi-heures par cuillerées à café.

Contre la soif, il prescrivait la limonade glacée ou de petits morceaux de glace.

Voilà pour le traitement du choléra dans la phase algide. Quant à la période de réaction ou typhoïdique, le traitement consistait à susciter la nature qui tend vers la guérison par le fait de la polyurie éliminatrice des produits excrémentitiels, au moyen du lait froid additionné de nitrate de potasse (2 grammes par litre).

Dans le même ordre d'idées, il prescrivait un cholagogue, le calomel, se gardant bien de combattre la diarrhée de cette période.

Contre les accidents nerveux, il employait le bromure de potassium à la dose de 2 à 4 grammes.

Enfin, contre la fièvre, il administrait de 50 centigrammes à 1 gramme de sulfate de quinine.

Dans la convalescence, pour combattre l'intolérance de l'estomac, il a eu recours à l'application d'un vésicatoire à l'épigastre ou à l'administration du laudanum par gouttes. La diarrhée persistante était combattue à l'aide du sous-nitrate de bismuth associé à l'opium, etc.

Pour les reins, tant qu'il y avait de l'albumine dans les urines, il faisait appliquer des ventouses sèches à la région lombaire ou la teinture d'iode.

Tel est l'ensemble du traitement mis en œuvre, aussi varié que les indications. Pour lui, il croit que l'emploi du froid a été pour une grande part dans les résultats obtenus. Il croit également que tout ce qui pourra modifier le plexus solaire, les splanchniques et le grand sympathique sera bienfaisant dans le choléra.

Il pourrait donc résumer ce qu'il a fait en disant comme M. Trastour, à propos de l'épidémie de Marseille en 1884 : « Dans le traitement du choléra, on doit exclure toute médication systématique et faire uniquement la médecine d'indications. »

A cette médication, qui est à la fois rationnelle et expérimentale, M. Peter a pensé qu'il ne serait pas sans intérêt d'en comparer d'autres qui ont été appliquées dans le même temps et dans le même lieu.

M. Bouchard a fait connaître au Congrès de Grenoble les résultats de la médication qu'il a mise en usage à l'hôpital Lariboisière. Sur 44 cholériques il a eu 29 décès, mortalité de 66 p. 100, tandis que le chiffre de M. Peter a été de 39 p. 100, et la moyenne donnée par M. Dujardin-Beaumetz de 54 p. 100 pour l'ensemble de l'épidémie de 1884.

M. Bouchard a voulu, dans sa méthode de traitement, contrôler les assertions doctrinales de Koch; sa médication a été la condamnation des propositions scientifiques du savant allemand. Il a employé l'iodoforme et la naphtaline qui tuent le bacille virgule *in vitro*, à un état de division tel que chacun de ces médicaments présentait une surface de développement capable de résoudre le problème microbicide. Or : 1° les accidents cholériques n'en ont pas moins continué; 2° il y a eu plusieurs récidives; 3° bien plus, des malades atteints de fièvre typhoïde, auxquels M. Bouchard administrait ces mêmes microbicides, pour faire de l'antisepsie, ont été atteints de choléra; 4° enfin, la mortalité a été notablement plus élevée que la moyenne des hôpitaux de Paris.

Abordant ensuite la question de l'antisepsie, M. Peter déclare que l'antisepsie médicale est une pensée généreuse mais illusoire. C'est à tort, en effet, que l'on compare à ce point de vue les faits chirurgicaux avec les faits médicaux. Le chirurgien a affaire à un individu blessé mais sain; il a donc toutes les chances de prévenir la septicémie, c'est-à-dire de combattre un ennemi qui est encore en dehors de l'organisme de son blessé.

Le médecin, au contraire, se trouve en présence d'une infection constituée; le mal est fait, l'ennemi est entré, et dès lors l'antisepsie devient illusoire, irréalisable.

M. Peter étudie ensuite la méthode des injections intra-veineuses dans la période algide du choléra. M. Hayem, en 1884, a traité par cette méthode 90 malades. Il a eu 70 décès pour 100. C'est là une mortalité considérable, qu'il faut sans doute attribuer à l'excessive gravité des cas auxquels M. Hayem a eu affaire. Car cette méthode, en elle-même, est rationnelle et doit être essayée. Les effets immédiats de ces injections intra-veineuses, effets dynamiques, sont indépendants de la quantité et de la nature du liquide injecté. M. Duranty a démontré qu'en injectant 140 grammes d'eau pure à 40 degrés on faisait remonter le pouls, qu'on rétablissait la circulation, qu'on obtenait, en un mot, la cessation de l'état algide. C'est, en somme, une simple excitation produite sur les parois des vaisseaux par un corps étranger, excitation se répercutant sur tout le système du grand sympathique. Malheureusement, cette transfusion (car c'est une transfusion), assez facilement praticable à l'hôpital, est une opération délicate en ville, à la campagne. Ces injections sont difficiles à appliquer dans la pratique courante. Toutefois, elles méritent d'autant plus l'attention des cliniciens, que les accidents qu'elles déterminent sont nuls.

L'antisepsie médicale, cette mise en quarantaine de l'agent septique contre le malade n'est pas faite encore. La meilleure, la seule antisepsie, en présence du choléra, c'est l'hygiène. Il y a deux ou trois ans, M. Bonnafont faisait ici même une proposition de croisade internationale contre les bouches du Gange, berceau présumé des épidémies cholériques. Cette proposition a été taxée de chimérique. Mais de nos jours le chimérique de la veille devient souvent le pratique du lendemain. Si l'on compare l'épidémie cholérique de 1832 avec celle de 1884, à Paris, on est frappé de l'extrême gravité de la première et de l'excessive bénignité de la seconde. A quoi tient cette différence? A ce qu'un homme, M. Haussmann, est venu inonder Paris d'air et d'eau. En effet, l'assainissement de Paris a fait de cette ville la plus saine et la

plus hygiénique de toutes les grandes villes de l'Europe. Il n'en est malheureusement pas de même de Marseille ou de Toulon; nous avons aussi nos Ganges intérieurs; ce sont : la Darse de Toulon, les vieux ports de Marseille, les vieilles cités du Midi. C'est pourquoi M. Peter termine par une invocation à l'hygiène. C'est maintenant, dit-il comme M. Laborde, le tour du balai hygiénique. Que le législateur s'entende avec le médecin; que de tels vœux ne soient pas purement platoniques. M. Peter fait un appel pressant, non seulement au corps scientifique, mais à la presse tout entière.

M. LEROY DE MÉRICOURT s'associe pleinement aux vœux formulés par M. Peter. Qu'on fasse de l'hygiène, rien de mieux. Mais ce serait une utopie de penser à s'attaquer aux bouches du Gange, d'autant qu'il est démontré depuis longtemps qu'elles ne sont pas seules le point d'origine du choléra.

M. Peter, tout en cherchant à démontrer que le choléra n'est qu'une maladie banale, que le dernier terme d'une série morbide, s'est cependant souvent servi du mot choléra asiatique. Que vient faire ici l'Asie? N'y a-t-il pas là une contradiction. La diarrhée n'est qu'un symptôme, comme la toux; confondra-t-on la toux d'un simple rhume avec celle des véritables épidémies de grippes?

La grosse question, c'est ce fameux infectieux. D'où vient-il? Quel est-il? Pourquoi Marseille, présentant toujours les mêmes mauvaises conditions hygiéniques, est-il resté dix-neuf ans sans avoir un seul cas de choléra? Pour se faire une idée juste de la marche d'une épidémie cholérique, il faut l'étudier dans un pays vierge où il n'y a pas eu de choléra tant qu'il n'y a pas été manifestement importé. C'est dans ce but que M. Leroy de Méricourt a étudié et traduit un volumineux document qui n'est autre qu'une enquête extrêmement bien faite sur le choléra dans les États-Unis en 1873. Il puise dans ce document de nombreux exemples qui prouvent de la façon la plus irréfragable l'importabilité du choléra. Les faits qu'il signale sont des plus probants dans le sens de l'importation.

M. PETER se défend d'avoir localisé les origines du choléra dans les bouches seules du Gange et déclare n'avoir employé le mot asiatique que comme synonyme de la plus haute expression de la gravité du choléra.

M. JULES GUÉRIN ne nie pas l'importance des documents présentés par M. Leroy de Méricourt, mais il s'agit là de faits éloignés de nous dont il est bien difficile de contrôler la véritable valeur. C'est pourquoi M. Guérin préfère s'en tenir à l'étude des faits, des épidémies qui se passent sous nos yeux. Or, M. Guérin rappelle avoir toujours opposé aux faits d'importation, allégués par les partisans de cette importation, des faits analogues auxquels on donnait les noms de diarrhée cholériforme, de choléra nostras, etc., et qui ne sont que des faits se rapportant à ce que M. Guérin a appelé la période préépidémique. Ces faits ne sont pas niables. Il lui a été donné de les constater de nouveau, de la façon la plus nette, l'année dernière, à Toulon. Le choléra indien, en quelque endroit qu'il apparaisse, est donc toujours précédé de manifestations morbides caractéristiques, qui constituent ce que M. Guérin a appelé la période préépidémique. Ces manifestations se relient de la façon la plus évidente avec les faits de choléra confirmé, et c'est là ce que M. Guérin a fait connaître sous le nom d'évolution du choléra. M. Peter, tout en partageant cette opinion, a fait une sorte de capitulation à l'égard des partisans de l'importation, en admettant que, cette année, le choléra de Marseille a été importé à Toulon. M. Guérin demande compte à M. Peter de cette capitulation. Il n'y a pas eu plus d'importation à Toulon qu'à Marseille, où il a été, cette fois, impossible de trouver la moindre fissure, et tout le monde est d'accord sur la spontanéité de l'épidémie cholérique de Marseille cette année.

LECTURE

Liquide vaccinal de M. Ferran. — M. CHANTEMESSE, en son nom et celui de M. Rummo, donne lecture d'une note sur ce sujet. Ils ont examiné deux échantillons de liquide vaccinal, le premier, rapporté d'Espagne, par M. Rummo; le second, envoyé directement par M. Ferran.

Les résultats de leur examen et de leurs expériences sont résumés dans les conclusions suivantes :

1° Le vaccin de M. Ferran n'est pas un liquide de culture invariablement composé. Tantôt c'est une culture de bacilles virgule impure, et tantôt un liquide contenant des masses de micro-organismes, tandis que le bacille virgule y est presque absent.

2° Dans l'un et l'autre cas, l'absorption sous-cutanée de ce soi-disant vaccin ne protège pas contre l'ingestion stomacale d'une culture pure de bacilles virgule, faite avec les méthodes connues. Son pouvoir vaccinal est montré nul dans nos expériences.

3° Injecté sous la peau des cobayes, même à la dose de plusieurs centimètres cubes, ce vaccin ne fait apparaître aucun phénomène cholériforme. Suivant sa composition et la dose injectée, il produit tantôt des phlegmons suivis d'eschare et tantôt reste inoffensif.

Cultivés isolément, les divers micro-organismes qu'on y découvre possèdent des qualités morphologiques et des propriétés pathogènes différentes. A dose assez considérable quelques-uns occasionnent la mort.

La séance est levée à cinq heures.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XIVe SESSION (1885).

Congrès de Grenoble (1).

VIII

Syphilome ano-rectal. — M. RECLUS (de Paris) appelle l'attention sur la tendance que l'on a à confondre le véritable syphilome ano-rectal, tel que l'ont parfaitement décrit MM. Fournier et Verneuil, ou condylome comme on l'appelle encore, avec un autre genre de tumeurs néoplasiques pour lesquelles il propose le nom de *molluscum fibreux*, nom que la clinique et l'anatomie pathologique, dit-il, justifient pleinement.

A l'appui de sa thèse, M. Reclus a recueilli quatre observations, dont deux appartiennent à M. Trélat, et les deux autres à M. Verneuil et à lui-même. Mais il se borne à rapporter seulement l'une de ces dernières, laquelle remonte à l'année 1882.

Il s'agit d'un médecin de la marine présentant : 1° au niveau de la marge de l'anus un certain nombre de tumeurs plus ou moins volumineuses, les unes sessiles, les autres pédiculées; 2° dans la région sphinctérienne deux autres tumeurs volumineuses, devenues visibles seulement à la suite d'une rectotomie linéaire pratiquée par M. Verneuil.

Les antécédents du malade, l'examen clinique et l'étude anatomo-pathologique de ces tumeurs faits par M. Malassez démontrèrent qu'il ne s'agissait pas d'une néoplasie d'origine syphilitique, mais bien de tumeurs contenant *des fibres musculaires lisses bien développées*, d'où le nom que M. Reclus leur a donné de *molluscum fibreux*.

L'auteur termine sa communication par les conclusions suivantes :

1° Je propose de distinguer les condylomes des molluscum fibreux; 2° les molluscum sont absolument différents des syphilomes ano-rectaux.

Présence éventuelle des germes pathogènes dans le sang des sujets bien portants. — M. CHAUVEAU a pour but, dans cette seconde communication, de prouver, en s'appuyant sur deux opérations de bistournage dans lesquelles il est parvenu à provoquer dans les bourses des accidents inflammatoires suivis de suppuration, de prouver, disons-nous, qu'il peut exister dans le sang de sujets bien portants des germes pathogènes qui restent inactifs, tant qu'il ne survient pas une cause éventuelle capable de favoriser leur développement.

---

(1) Voir le numéro du 12 septembre 1885.

La pellagre. — M. FAUVELLE (de Laon) a observé la pellagre pendant vingt ans, de 1858 à 1878, particulièrement sur les reclus du Dépôt de mendicité du département de l'Aisne ; il en a constaté 97 cas et a pu contrôler l'exactitude de son diagnostic en visitant les pellagreux des Landes.

Il avoue franchement que, à cette époque, la nature de la cause de la maladie lui échappait complètement, car ses malades n'avaient jamais fait usage de maïs, ni d'aucune autre céréale altérée. Étant donc données les idées qui règnent actuellement dans la science sur la pathogénie des maladies *totius substantiæ*, il lui a paru intéressant de revoir les faits anciens et notamment ses observations personnelles.

Il croit donc devoir soumettre à ses confrères de la section de médecine du Congrès les réflexions suivantes que cet examen rétrospectif lui a suggérées : La pellagre débute avec les premiers rayons de soleil du printemps ; elle se développe durant les chaleurs de l'été et disparaît à l'automne, ne laissant, la première année, que des troubles fonctionnels. Les années suivantes, de nouveaux accès surviennent, toujours durant la période estivale, et les malades finissent par succomber avec des altérations profondes des centres nerveux et du tube digestif.

Cette marche de la pellagre se rencontre dans les maladies parasitaires des végétaux. M. Fauvelle en cite plusieurs exemples et conclut que la maladie dont il s'agit pourrait bien être causée par une bactéridie qui aurait besoin, pour se développer dans l'organisme humain, de conditions particulières de température et de lumière, et mourrait à l'automne, laissant des spores pour assurer sa reproduction l'année suivante.

Cette théorie, tout hypothétique qu'elle soit, paraît à l'auteur digne d'être le point de départ de recherches ultérieures.

Sur la néphrectomie. — M. OLLIER (de Lyon) communique les observations de deux nouveaux malades auxquels il a fait subir la néphrectomie.

Le premier est une femme atteinte de néphrite tuberculeuse des plus douloureuses, localisée seulement à l'un des reins, du moins en apparence, car l'autopsie, la malade ayant succombé, quarante-huit heures après l'opération, à des accidents septicémiques, démontra, contrairement aux caractères négatifs fournis par la clinique, que le rein soi-disant sain était criblé de tubercules tout aussi bien que le rein opéré.

Le second malade est un homme chez lequel il s'agissait d'une inflammation suppurative des bassinets et du rein, c'est-à-dire d'une pyélo-néphrite suppurée. La néphrectomie fut pratiquée par l'auteur qui, tout d'abord, avait songé à faire la néphrotomie. A l'opposé du cas précédent, celui-ci est en bonne voie de guérison.

Après avoir rapporté ces deux observations, M. Ollier discute la question des indications, soit de la néphrotomie, soit de la néphrectomie et conclut à cette seconde opération dans tous les cas où l'un des deux reins, seul, est supposé malade, l'autre étant absolument sain ; la difficulté seulement est d'être certain que la lésion n'existe que d'un seul côté. Quant à la pyélo-néphrite, il préfère pratiquer l'opération en deux temps, c'est-à-dire commencer comme pour la *néphrotomie*, et procéder seulement à la *néphrectomie*, si cela est nécessaire, et suivant l'état du rein du côté opposé.

M. Ollier fait remarquer, en terminant, que l'ablation d'un rein est rapidement suivie d'une compensation fonctionnelle de la part du rein opposé. C'est ainsi que chez celui de ses opérés, qui va actuellement bien, la quantité d'urine rendue s'élevait, dès le dixième jour, à 1 300 grammes. Celle-ci contenait, il est vrai, un peu d'albumine, mais elle était le résultat du travail supplémentaire auquel le rein unique se trouvait soumis par suite même de cette sécrétion compensatrice.

Les maladies dites de dentition. — M. EDMOND CHAUMIER (du Grand-Pressigny) a examiné depuis sept ans avec le plus grand soin, et à ce point de vue, tous les jeunes enfants malades auprès desquels il était appelé. Il a recueilli en détail la plupart des observations et il s'est assuré que, contre l'opinion générale, les dents ne sont pour rien dans ce que l'on a coutume d'appeler les accidents de la première dentition.

Les auteurs, dit-il, divisent les maladies de dentition en maladies locales et en maladies générales.

1° *Maladies locales.* — Elles seraient dues à l'irritation directe de la dent nouvelle, à l'afflux de sang qui se produirait à son niveau ; elles consisteraient en inflammations diverses, ulcérations pseudo-membraneuses, aphthes, gonflement douloureux des gencives, etc.

Tout le monde connaît aujourd'hui la nature des productions pseudo-membraneuses, qui sont épidémiques. Les aphthes, ainsi que M. Chaumier a pu s'en assurer, reconnaissent également une cause générale. Il est très rare de voir un cas isolé d'aphthes dans un pays ; souvent plusieurs personnes en sont atteintes en même temps dans la même maison.

Quant au gonflement de la gencive, il n'est ni inflammatoire, ni douloureux. M. Chaumier n'a vu qu'une fois une gencive douloureuse, mais la dent était percée depuis longtemps ; la gencive était, sans trop savoir pourquoi, rouge et décollée ; l'enfant pleurait lorsqu'on mettait le doigt sur le point malade.

2° *Maladies générales.* — L'auteur se contente d'examiner les maladies que l'on attribue le plus souvent à la dentition.

a. Diarrhée. — Il est très difficile, en étudiant les auteurs français, de se faire une idée nette sur la diarrhée des enfants. Il y a pourtant deux espèces bien distinctes de diarrhée : la diarrhée ou l'athrepsie, qui résulte d'une nourriture insuffisante ou de mauvaise qualité, et la diarrhée épidémique, ce que les Anglais appellent la *diarrhée d'été*. C'est cette diarrhée épidémique, qui peut se développer toute l'année, mais qui sévit bien plus pendant la saison chaude, que l'on attribue le plus souvent aux dents : « Lorsqu'il pousse des dents aux enfants, disent les parents, ça leur change le corps. » Mais si l'on fait attention, on verra que le corps des petits voisins, qu'ils fassent des dents ou non, est également changé.

b. Toux. — Deux maladies produisent principalement la toux chez les enfants : la pneumonie, maladie épidémique, quelquefois difficile à diagnostiquer, surtout lorsqu'on n'a pas l'habitude des enfants, et la bronchite. Or la bronchite, qu'on l'attribue à telle ou telle cause, est bien plus épidémique encore que la pneumonie. Lorsqu'il y a un rhume dans un pays, il y en a beaucoup. Et cependant chaque fois qu'un enfant tousse, les parents commencent par dire : « Ce sont les dents. » Mais si l'on cherche dans la maison, on trouve presque toujours un enrhumé, le père, la mère, un frère ou une sœur ; et si l'on dit à la mère : « Mais vous toussez aussi, ce sont probablement les dents », elle ne sera pas davantage persuadée, tant est ancré le préjugé.

c. Feux de dents. — On appelle feux de dents des éruptions cutanées, siégeant à la face, aux paupières ou sur le crâne. Ces éruptions sont ou bien des croûtes d'impétigo, ou bien des vésicules non développées de la même affection. Et comme l'impétigo, ainsi que M. Chaumier l'a soutenu à Blois l'an dernier (1), est une manifestation d'une maladie épidémique, contagieuse, inoculable, on pourra se donner la satisfaction de chercher dans l'entourage de l'enfant celui qui l'a contagionné.

d. Fièvre. — La fièvre de dentition, tel est encore un des accidents décrits par les auteurs. Or un enfant a la fièvre pour bien des raisons, et il est vraiment trop facile de dire : « Ce sont les dents. » Quand un enfant a la fièvre, il faut en chercher la cause. Un certain nombre de maladies passent inaperçues chez les jeunes enfants si on ne les cherche pas. L'auteur a déjà parlé de la pneumonie. Des maladies plus fréquentes encore que la pneumonie et qui peuvent être facilement méconnues, ce sont les angines. Sans parler de l'angine diphthéritique, il y a deux sortes d'angines également épidémiques, c'est-à-dire que l'on rencontre en même temps sur un certain nombre de sujets : l'angine dite érythémateuse, ou angine simple, et une autre qui a été confondue jusqu'ici par presque tous les auteurs avec cette dernière, et que M. Chaumier appelle *fièvre amygdalienne*, parce que l'état fébrile domine

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 965.

les autres symptômes. La maladie débute tout d'un coup, comme la pneumonie, par une fièvre vive, souvent des vomissements, et l'on peut être dérouté par cet état général, grave en apparence, et ne pas voir qu'il y a une légère injection des amygdales, avec ou sans sécrétion blanche, surtout ne pas s'apercevoir que derrière la branche montante du maxillaire l'amygdale immobile est augmentée de volume.

En dehors de ces maladies, on rencontre également chez l'enfant, mais pas plus fréquemment que chez l'adulte, ces affections indéterminées que l'on nomme embarras gastrique, etc., et qui sont vraisemblablement des formes atténuées de différentes maladies.

e. Convulsions. — Le chapitre des convulsions n'est pas un des plus clairs de la médecine infantile, cependant l'on sait qu'elles se développent dans les maladies des centres nerveux, dans l'épilepsie, dans l'hystérie; on sait que chez les nerveux héréditaires la plupart des maladies fébriles peuvent leur donner naissance.

Et puis il ne faut pas croire que les convulsions sont aussi fréquentes qu'on le dit; souvent les parents qui s'effrayent facilement prennent pour des convulsions de simples mouvements de l'enfant.

Dans la médecine des enfants, comme dans la médecine générale, il faut donc voir avant de croire.

Du régime peu azoté dans les affections arthritiques des organes des sens. — M. BOUCHERON (de Paris). Les affections arthritiques des organes des sens, compromettant par leurs récidives l'intégrité des fonctions essentielles de ces organes, exigent l'emploi d'une diététique plus rigoureuse que les affections arthritiques des organes moins nobles.

J'estime que parmi les moyens diététiques les plus puissants, il faut choisir l'alimentation peu azotée, avec ou sans abstinence des substances alcooliques, selon la gravité des cas.

Aux objections théoriques que peut soulever cette manière d'agir, j'opposerai l'expérience séculaire qui se poursuit à la Grande-Chartreuse, depuis l'an 1084.

Cette expérience est d'autant plus intéressante qu'elle porte sur des hommes adonnés aux travaux de l'esprit, sortis, pour la plupart, des couches élevées de la population, et disposés, par leur race et leurs habitudes antérieures, aux effets de la nutrition retardante.

Le régime des Chartreux est le suivant : en été, deux repas composés de poisson ou d'œufs, de légumes, de fruits, de lait, de vin (trois quarts de litre par jour). En hiver, un seul repas et une légère collation. Le sommeil est coupé en deux parties par un intervalle de quatre heures. Le temps est occupé par le travail intellectuel, un peu de travail manuel, un peu d'exercice à pied; le reste se passe en prières. L'habitation est située à une altitude de près de 1 000 mètres; l'air y est donc déjà assez raréfié. L'hiver dure environ six mois; le froid y est prolongé, sinon très rigoureux.

Dans ces conditions d'existence, la goutte est inconnue, ainsi que la plupart des affections arthritiques. Si les religieux apportent à leur entrée (vers l'âge de trente-trois à trente-cinq ans en moyenne) quelques-unes de ces affections, elles tardent peu à disparaître.

Chose singulière, les affections des voies respiratoires sont des plus rares; il n'y a ni asthme, ni bronchorrhée. Pas de rhumatisme articulaire aigu; quelques douleurs rhumatoïdes, attribuées au froid, par suite d'imprudences lors du réveil pour les offices nocturnes. Pas d'ictère, ni de coliques hépatiques ou néphrétiques. Pas de maladies de la peau, ni maigreur ni obésité, embonpoint moyen. Pas d'affections des voies digestives; elles disparaissent après quelques mois d'accoutumance au régime. On y vit vieux; les centenaires sont assez nombreux.

Une alimentation peu azotée n'est donc pas nuisible à la santé. On peut par conséquent prescrire un régime analogue à un arthritique, surtout s'il est jeune, quand il a été atteint d'une localisation morbide sur des organes aussi importants que les organes des sens. A l'alimentation peu azotée, il *faut ajouter le séjour et l'exercice en plein air.*

En somme, dans l'arthritisme où les déchets azotés, acide urique, ptomaïnes, zoamines, etc., sont les agents morbides, ingérer un combustible alimentaire peu azoté; fournir un comburant énergique, l'oxygène naissant, activer la combustion par l'exercice musculaire, c'est le point capital de la diététique. Les cures d'eaux thermo-minérales, les médications locales, le repos de l'organe affecté, etc., ne forment que le complément du traitement.

Les résultats obtenus par cette diététique sont des plus satisfaisants.

Examen du sérum du sang. — M. HAYEM (de Paris) fait connaître le procédé auquel il a recours pour étudier, au point de vue clinique, le sérum du sang : il recueille dans une petite éprouvette environ 2 centimètres cubes de sang s'écoulant par une piqûre faite dans ce but au bout du doigt d'un malade; il le laisse reposer pendant vingt-quatre heures dans un lieu simplement frais en hiver, et l'été, dans une sorte de petite glacière disposée à cet effet. Après ce temps, la coagulation du sang est complète, laissant le sérum à la surface en très petite quantité, il est vrai, mais suffisante néanmoins pour pouvoir l'étudier dans sa réaction et sa coloration.

C'est ainsi que l'auteur a pu obtenir les résultats suivants :

1° Le sérum du sang est constamment alcalin, sauf dans quelques rares exceptions où il est neutre et dans le choléra *seulement* où il est acide ;

2° La coloration du sérum du sang est toujours verte *à l'état normal*; c'est-à-dire d'un vert tendre comparable à celui d'une pomme non mûre;

3° Par contre, sa coloration varie dans l'état morbide : *a.* soit comme teinte, celle-ci s'accentuant plus ou moins, notamment dans l'ictère même le moins intense, où l'on retrouve tous les caractères de la biliverdine, de même que dans les simples congestions du foie, dans l'ictère hémaphéique, etc.; *b.* soit comme couleur même, le vert tendre faisant place à ce que l'on a appelé le sérum *laqué*. Cette modification est due à la dissolution d'une partie de l'hémoglobine des globules rouges du sang. Elle se rencontre dans l'hémoglobinurie soit pendant, soit en dehors des accès.

Photographie et médecine légale. — M. GOSSE (de Genève) appelle l'attention des membres du Congrès sur l'importance, en médecine légale, de la photographie, qu'il s'agisse des êtres vivants ou des cadavres, tant pour faciliter les recherches des familles que celles du parquet, tant dans l'intérêt de la défense que dans celui de l'accusation. Grâce au procédé dont il se sert (application sur la cornée d'un mélange de glycérine et d'eau), M. Gosse parvient à rendre au cadavre l'expression des yeux au moment de la mort.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 13 septembre 1885, ont été promus et ont reçu les affectations ci-après, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — (Choix.) M. Vincens. — Est affecté comme médecin chef à la division d'infanterie du corps du Tonkin.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Fournier. — Est affecté au 38e d'artillerie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Chenu. — Est affecté au 121e de ligne.

M. Cardot. — Est affecté au 111e d'infanterie au Tonkin.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. Debraye. — Est maintenu aux hôpitaux de la division d'Alger.

M. Garnier. — Est maintenu à l'hôpital Saint-Martin à Paris.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Armandy. — Est maintenu à la réserve des médicaments à Marseille.

— Par arrêté ministériel, en date du 1er septembre 1885, MM. les docteurs Rey, médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de Ville-Évrard, et Camuset, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Vaucluse, sont promus à la classe exceptionnelle du cadre.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront le lundi 12 octobre 1885. Les étudiants pourvus de douze inscriptions sont priés de se faire inscrire à l'École pratique (laboratoire d'anatomie pathologique) pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, les mardis et vendredis, à partir du mardi 15 septembre 1885, jusqu'au mardi 17 novembre inclus, de une heure à deux heures. Une carte d'admission leur sera délivrée.

Ils sont prévenus que dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seraient refusées.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Chalançon est nommé, pour trois ans, préparateur de physiologie, en remplacement de M. Guérin, démissionnaire.

— Un concours pour la nomination à cinq places d'internes titulaires en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, s'ouvrira le vendredi 30 novembre 1885, à midi précis, à l'asile Sainte-Anne, à Paris, 1, rue Cabanis.

Les élèves en médecine qui voudraient prendre part à ce concours pourront se faire inscrire tous les jours, dimanche et fêtes exceptés, de midi à trois heures, du jeudi 29 octobre prochain au jeudi 12 novembre, dans les bureaux de la préfecture de la Seine, au pavillon de Flore (Tuileries).

— Le *Journal officiel* du royaume d'Italie publie la statistique des cas et décès de choléra survenus depuis le 6 août 1885, date du début de l'épidémie en Italie, jusqu'au 12 septembre. Ces chiffres sont de 146 cas et 86 décès, soit une mortalité de 58,90 pour 100.

— Samedi dernier ont eu lieu, à Amiens, en présence des autorités, les obsèques de Louis Thuillier, dont le corps avait été ramené quelques jours auparavant d'Alexandrie. MM. Pasteur, Roux et Chamberland y assistaient également.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18316.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'estomac. Du rôle de l'irritation du plexus solaire dans la dyspepsie (1).

Le plexus solaire, insensible comme le cerveau dans l'état de santé, se trahit, dès qu'il est excité, par des symptômes multiples : altérations de la sensation de la faim et de l'appétit, douleurs plus ou moins vives, sensations morbides diverses de pesanteur, de boule, de brûlure, de dyspnée, etc. Le plexus est-il fortement irrité, il éveille, en outre, des crises nerveuses de formes diverses. De même que le cerveau produit des crises qui affectent les facultés sensitives et intellectuelles, de même l'excitation du plexus ne s'éteint pas sur place, elle s'étend et retentit dans l'estomac, dans le cerveau, dans les nerfs sensitifs, dans les viscères. M. Leven rapporte à l'appui de nombreuses observations de crises avec sensation de boule, sensation de brûlure, de crises œsophagiennes, stomacales. C'est l'irritation du plexus solaire qui crée surtout la dyspepsie et en suscite presque tous les symptômes, gonflement, ballonnement, vomissements, dilatation, etc.

Lorsque la dyspepsie est arrivée à sa deuxième période, c'est-à-dire quand les ganglions péri-ombilicaux sont devenus irritables à leur tour, c'est sur eux que portent les excitations alimentaires et que se concentrent les malaises et les souffrances ; c'est alors que le gros intestin est surtout mis en jeu. Il s'établit souvent alors des alternances entre l'excitation des centres péri et sous-ombilicaux et celle du plexus solaire, comme on en a vu dans notre précédent exposé, entre ce même plexus et le cerveau.

Des faits cliniques seuls bien observés pouvaient révéler et mettre en relief ces relations et ces oscillations pathologiques. C'est ce qu'on trouve en grand nombre dans le travail de M. Leven.

L'action du plexus solaire ne se borne pas à l'estomac ; elle s'étend aussi, avons-nous dit, aux autres viscères abdominaux. On vient de voir les rapports qui existent entre l'estomac et le gros intestin, rapports entretenus par le système nerveux, les trois centres, cerveau, plexus et ganglions réagissant l'un sur l'autre. Ce sont ces relations réciproques qui expliquent comment la dyssenterie, comment la constipation qui survient à la suite de grossesses répétées peut devenir le point de départ de la dyspepsie. Si la dyspepsie est le plus souvent la conséquence de l'irritation des ganglions, elle est quelquefois aussi le fait primitif dont la constipation est la conséquence.

La congestion du foie, son hypertrophie, les coliques du foie, l'ictère, sont très rarement des faits primitifs, mais presque toujours la suite de l'irritation du plexus solaire.

L'irritation se déplace-t-elle, abandonne-t-elle le plexus solaire pour gagner les ganglions péri-ombilicaux, les manifestations morbides primitives vont se modifier, s'atténuer ou même cesser, pour faire place à d'autres manifestations nouvelles. C'est surtout le gros intestin qui va devenir le siège de douleurs et de troubles fonctionnels, d'où la constipation ou la diarrhée alternantes. Ce sont les reins, c'est la vessie, ce sont les testicules, l'utérus, qui vont à leur tour devenir le siège de souffrances et de perturbations fonctionnelles, surtout lorsque l'irritation se propage jusqu'au ganglion sous-ombilical ; d'où coliques néphrétiques, albuminurie, glycosurie, rétention ou incontinence d'urine, spermatorrhée, désordres menstruels, etc.

En résumé, tandis que dans l'état de santé le système nerveux fonctionne en ne donnant qu'une sensation de bien-être, dès que l'un des deux centres, cerveau ou plexus, vient à être excité, il produit un ensemble de sensations douloureuses, en même temps qu'il communique son excitation à l'autre centre et consécutivement aux viscères, qui en reçoivent l'innervation.

Le plexus solaire excité, comme le centre cérébral, a ses symptômes propres : il donne lieu à la dyspepsie dont tous les symptômes sont proportionnés à son degré d'irritation ; il crée l'hyperesthésie ascendante ; il est l'origine des crises qui évoluent en lui, douleurs, brûlures, etc., qui se continuent dans l'estomac où elles suscitent des crampes, l'émission de gaz ou de vomissements, donnent lieu à la dilatation. L'excitation du plexus solaire se propageant aux centres péri-ombilicaux, devient le point d'origine de la constipation, de la diarrhée, de l'hyperesthésie de la peau et des muscles de l'abdomen, comme celle-ci avait déjà produit l'hyperesthésie de la peau et des

(1) Voir la Revue clinique du 12 septembre 1885.

muscles de la région stomacale, et plus tard un quatrième centre douloureux, celui du plexus lombo-aortique, sous-ombilical, produira à son tour l'hyperesthésie de la partie inférieure de l'abdomen.

Enfin l'excitation de ces divers centres nerveux abdominaux peut déranger la fonction de tous les viscères abdominaux : foie, reins, vessie, testicules, utérus, et voire même des viscères thoraciques ; mais tous sont dominés par le plexus solaire, et ne se rétablissent qu'après que celui-ci a été préalablement rétabli lui-même dans son intégrité fonctionnelle.

Les conséquences pratiques qui se déduisent de ces considérations physiologico-thérapeutiques sont importantes ; elles consistent principalement dans la direction à donner à l'éducation dans ses rapports avec le système et dans le règlement du régime et de l'hygiène diététique. C'est pour avoir vérifié plus d'une fois sur nos malades et sur nous-même la justesse des vues de M. Leven sur cet important sujet de pathologie, que nous avons tenu à en présenter ici un exposé sommaire à nos lecteurs.

Tumeur volumineuse de la vessie guérie par la taille hypogastrique.

Nous revenons aujourd'hui sur l'observation de tumeur de la vessie guérie par la taille hypogastrique, communiquée à l'Académie par M. Guyon, dont nous avons fait seulement connaître l'heureux résultat dans notre compte rendu du 10 septembre 1885. L'intérêt du fait en lui-même, son importance, l'innovation chirurgicale qu'il constitue au double point de vue opératoire aussi bien que du diagnostic des tumeurs de la vessie, ainsi que l'a fait remarquer M. Gosselin, tout nous fait un devoir de le reproduire ici, ou du moins de le résumer dans ses particularités principales.

Il s'agit d'un malade âgé de cinquante-neuf ans, d'une forte constitution, et n'ayant présenté, jusqu'à l'année 1874, d'autres indispositions que des congestions hémorrhoïdaires, lorsqu'à cette époque il fut, pour la première fois, incommodé par des besoins fréquents et impérieux d'uriner, bientôt accompagnés d'hématuries, qui, à partir de l'année 1875, devinrent de plus en plus fréquentes, au point de se montrer deux fois par mois en 1877. En avril 1878, après une émission d'urine très claire, le malade rejeta avec les dernières gouttes une substance d'un gris rose pâle, grosse comme un fort pois, ressemblant à un polype muqueux. Deux heures après, miction d'un brun noirâtre avec nombreux caillots ; persistance de l'hématurie pendant deux jours.

Ce fragment et d'autres semblables qui furent rendus par la suite, soumis à un examen histologique, furent reconnus pour des papillomes bénins, constitués par de longues papilles avec un vaisseau au centre. C'était la rupture de ce vaisseau central qui donnait lieu aux hématuries.

Après une assez longue accalmie dans leur intensité, les pertes reparaissent, en 1884, avec une telle fréquence qu'elles sont presque permanentes et accompagnées d'un ténesme vésical et rectal des plus douloureux ; les urines étaient troubles, d'une forte odeur ; la vessie était enflammée, les besoins d'uriner fréquents et douloureux ; des troubles digestifs témoignaient d'un empoisonnement urineux.

C'est dans ces conditions que le malade se présenta le 15 février dernier à M. Guyon, pour réclamer son intervention chirurgicale.

La présence d'une tumeur dans la vessie n'était pas douteuse. Sa nature était connue. La lente évolution de la maladie, la persistance du principal symptôme, l'hématurie, l'absence de toute autre manifestation jusqu'à la dernière période, où étaient apparus les troubles digestifs et la cystite, étaient absolument significatives au point de vue clinique. Mais au point de vue chirurgical, il restait quelques points à résoudre, savoir : quel était le siège de la tumeur, quels étaient son volume, son mode d'implantation, ses connexions avec la paroi vésicale ?

Il n'y avait pas lieu ici, la présence de la tumeur étant un fait acquis, à pratiquer l'incision périnéale comme opération exploratrice. Mais d'autres renseignements restaient à acquérir.

La vessie ayant été vidée, avec une sonde en gomme, de 100 grammes d'urine environ qu'elle contenait, restait encore à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le toucher rectal permit de constater que la prostate était de volume ordinaire, de consistance normale. Il montrait que les parois de la vessie étaient souples, unies, non bosselées. C'était donc bien par le fait de son contenu et non d'une modification de ses parois, que son volume paraissait augmenté. D'autre part, malgré l'union des recherches de la main qui pressait l'hypogastre et du doigt qui soulevait la vessie et l'explorait dans toute sa face profonde, aucune autre sensation que celle d'une masse semi-molle, élastique, n'était perçue. Enfin, l'exploration faite à quelques jours de là avec la sonde métallique, pour reconnaître le lieu et le mode d'implantation de la tumeur, resta sans résultat.

Toutefois, les renseignements fournis par l'étude méthodique des symptômes rationnels, par l'examen de la vessie, par le toucher rectal combiné avec la palpation hypogastrique et par l'usage de la sonde souple, étaient suffisants pour permettre d'entreprendre en toute connaissance de cause l'opération et de choisir la méthode qui pouvait le mieux assurer l'extraction du néoplasme, la taille hypogastrique.

Le malade, régulièrement préparé, fut opéré le 27 février. Dès que la paroi vésicale eut été incisée, la tumeur fut reconnue avec le doigt ; elle remplissait la vessie. Son implantation avait lieu sur le trigone. Sa mollesse et sa friabilité permirent de la morceler et de l'extraire par fragments à l'aide d'une large curette tranchante. Dès qu'elle eut été extraite, la surface d'implantation fut soigneusement grattée. Mais cette garantie lui paraissant insuffisante, M. Guyon se proposa d'agir plus radicalement. A cet effet, il mit à nu le point d'implantation, à l'aide d'écarteurs imaginés par M. Bazy, abstergea la surface vésicale à l'aide d'éponges montées et y porta à trois reprises le thermo-cautère.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Le malade fut à peu près complètement apyrétique jusqu'au 22 mars, jour où, sous l'influence d'un embarras gastrique, sa température s'éleva à 38°,6. Les tubes furent enlevés le 6 mai et remplacés par une sonde à demeure, dont on débarrassa le malade le 16. Depuis lors, il n'a eu d'autre incident que l'émission de quelques urines légèrement teintées, accompagnées de petits détritus ressemblant à des débris d'eschare. Ces petits accidents ont cédé à quelques instillations de nitrate d'argent, et l'état de l'opéré, au point de vue général comme au point de vue local, restait

entièrement satisfaisant plus de six mois après l'opération.

Dans sept cas de taille hypogastrique que M. Guyon a pratiquée depuis lors, trois fois pour des calculs, deux fois pour des néoplasmes et deux fois pour des cystites chroniques douloureuses, il a apporté à la technique opératoire que nous venons de décrire les perfectionnements suivants : En combinant la suspension de la vessie à l'aide de fils passés dans sa paroi, avec l'emploi d'écarteurs et de dépresseurs de divers modèles, et en s'aidant d'un éclairage artificiel, il est arrivé à pouvoir inspecter minutieusement toute la surface interne de la vessie. Il n'opère sur cet organe qu'après avoir dégonflé et enlevé le ballon de Petersen, préalablement introduit dans le rectum et dont l'utilité est aussi grande pour pénétrer dans la vessie que sa présence devient gênante pour y manœuvrer.

Ponction aspiratrice de la vessie dans les cas de rétrécissement uréthral ou d'hypertrophie prostatique.

Nous recevons de M. le docteur J. de Lagoanère (de Sainte-Foy-la-Grande) la petite communication suivante :

« Je lis dans le n° 102 de la *Gazette des hôpitaux* la communication faite par M. Drouineau (de La Rochelle) au Congrès de Grenoble (Association française pour l'avancement des sciences).

En ce qui me concerne, j'ai pratiqué six fois, depuis huit années, la ponction vésicale aspiratrice dans les cas de rétrécissement ou d'hypertrophie de la prostate. Dans une circonstance même, j'ai, chez le même malade, un vieillard de quatre-vingts ans, pratiqué trois fois de suite cette petite opération. J'ai toujours obtenu d'excellents résultats : douleur insignifiante pour la ponction, suites très heureuses et facilités remarquables pour le cathétérisme consécutif (ponction capillaire, bien entendu, avec l'appareil de Dieulafoy).

Cette petite opération, faite dans les bonnes conditions ordinaires, peut rendre d'incontestables services. Elle est d'une innocuité absolue. Je fais la ponction sus-pubienne.

Je partage absolument l'avis de M. Drouineau : « Cette « opération simple, sans dangers, devrait être entre les « mains des praticiens, non une opération de nécessité der- « nière, mais au contraire une opération pour ainsi dire « préalable au cathétérisme dans les cas difficiles, etc. »

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES, XIVe SESSION (1885).

Congrès de Grenoble (1).

IX

Les anesthésiques en physiologie générale.— M. RAPHAEL DUBOIS fait une communication d'une haute importance qui peut se résumer ainsi : On ne sait que très peu de chose sur le mode d'action des poisons et par conséquent des médicaments dans l'intimité de nos tissus. La méthode employée en physiologie générale permet cependant de les diviser en deux grands groupes : les poisons généraux et les poisons spéciaux.

L'oxyde de carbone est un poison spécial, parce qu'il exerce son action sur une partie déterminée, chimiquement définie, d'un protoplasma que l'on rencontre chez les vertébrés presque exclusivement; sur l'hémoglobine du globule rouge, c'est un poison spécial. Un poison général, au contraire, atteint tous les protoplasmas indistinctement, végétaux ou animaux.

Les poisons généraux sont nombreux, et l'on peut voir parfois s'exercer parallèlement, à l'action du poison général, une action spéciale. Un tel agent physiologique, étudié dans la série des êtres vivants, présente une *constante*, due à l'action du toxique général, et une *variable*, due à l'activité toxique spéciale. Il convient de donner le nom de *poisons mixtes* à cette troisième espèce de toxiques.

Les agents qui produisent avec le plus de netteté l'intoxication générale sont les liquides anesthésiques, l'éther, le chloroforme, et d'autres liquides neutres similaires, l'alcool, la benzine, le sulfure de carbone, etc.

M. Dubois a démontré par un grand nombre d'expériences que les poisons généraux agissaient indistinctement sur tous les protoplasmas végétaux ou animaux, parce qu'ils s'adressaient plus particulièrement à un élément fondamental que l'on retrouve partout où la vie se manifeste, l'eau. Celle-ci joue le rôle le plus important dans les métamorphoses des colloïdes artificiels. Ces composés singuliers sont comme les tissus vivants dans un état d'instabilité constante. Ils tendent sans cesse à se séparer de l'eau qui leur donne la propriété colloïdale pour retourner à l'état plus stable de cristalloïdes. Il est aussi impossible d'immobiliser les molécules des hydrates colloïdaux, qu'il serait superflu de chercher à fixer indéfiniment dans un état statique déterminé les molécules constituantes du protoplasma biogénique.

Cette désagrégation moléculaire continue des hydrates colloïdaux est très facile à observer dans certains tissus, comme celui des méduses, par exemple, qui subissent hors de l'eau et au sein même de cet élément une véritable déliquescence, dès que les conditions favorables à leur activité vitale sont troublées.

Bien qu'elle soit moins prononcée, cette déshydratation des tissus peut s'observer dans des parties brusquement arrachées à des êtres vivants d'une organisation supérieure et enfermés dans des tubes scellés à l'abri des germes figurés.

On peut ainsi démontrer qu'en dehors de l'action des germes, les matières colloïdales qui forment la base de nos tissus peuvent éprouver des altérations profondes en raison d'une foule de causes physiques et chimiques susceptibles d'augmenter l'état d'instabilité des colloïdes.

Les vapeurs des liquides anesthésiques agissent principalement sur le seul fluide qui mérite le nom d'humeur, sur l'eau qui entre pour les quatre cinquièmes dans la composition de nos tissus.

Ces liquides se substituent moléculairement à l'eau chassée des combinaisons qu'elle forme dans les protoplasmas vivants qui se comportent sous plus d'un rapport comme de véritables hydrates.

Cette déshydratation des tissus végétaux ou animaux a été rendue évidente par diverses expériences. Sous l'influence des vapeurs de liquides anesthésiques neutres, tels que le sulfure de carbone, la benzine, le chloroforme, l'éther, etc., l'eau des parenchymes peu vasculaires de certaines plantes, telles que les échévéria et toutes les crassulacées, s'échappe au dehors, chassée par ces agents qui, en se substituant à l'eau, altèrent profondément la constitution et le mode de fonctionnement des protoplasmas.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette déshydratation, c'est qu'elle est d'autant plus rapide, d'autant plus intense, que le pouvoir anesthésique est plus considérable. L'action déshydratante est plus lente avec l'éther qu'avec le chloroforme; il faut moins de chloroforme que d'éther pour chasser des tissus une quantité d'eau donnée.

C'est à ces déplacements de l'eau dans les protoplasmas par les vapeurs anesthésiques qu'il convient, d'après M. R. Dubois, d'attribuer les changements de position et la perte du mouvement que l'on observe chez les sensitives anesthésiées par les vapeurs de ces liquides neutres.

L'action déshydratante des vapeurs de liquides anesthésiques est si intimement liée à leur activité propre, que M. Dubois n'hé-

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 septembre 1885.

site pas à en faire la cause principale des effets qu'ils déterminent sur les êtres vivants. Cela étant posé, tout agent susceptible de déterminer l'anesthésie devrait agir de la même façon, tous les anesthésiques devraient être des déshydratants du protoplasma. L'expérience cependant démontre le contraire. C'est ainsi que le mélange anesthésique, si remarquable dans ses effets, de protoxyde d'azote et d'oxygène, administré sous pression d'après la méthode de M. Paul Bert, n'a pas le pouvoir de déshydrater le protoplasma. D'où l'on peut conclure que le protoxyde d'azote agit par un mécanisme absolument différent de celui qui appartient au chloroforme, à l'éther et à ses succédanés physiologiques, et qu'il doit être placé parmi les poisons spéciaux et non parmi les poisons généraux.

La physiologie générale indique ainsi la nécessité de procéder à des recherches nouvelles, en ce qui concerne l'action intime du protoxyde d'azote au sein des organismes vivants, et montre nettement que cette action porte seulement sur des parties constituantes que l'on ne rencontre pas chez les végétaux.

L'accroissement de la population et la loi Roussel. — M. SORDES (de Tarare) étudie l'influence de cette loi, qui a pour but la protection des enfants du premier âge, sur l'accroissement de la population en France, et notamment dans le département du Rhône.

Le besoin d'une telle loi se faisait d'autant plus sentir en France, dit l'auteur, que la natalité reste dans des proportions ascendantes peu sensibles, et que pour 1 000 habitants l'excès des naissances sur les décès ne donne que 2,3 p. 1 000, tandis qu'il est en Allemagne de 12,35 p. 1 000.

Des statistiques rigoureuses ont établi que chez nous, avant la loi Roussel, la mortalité s'élevait jusqu'à 40, et dans certains départements jusqu'à 60 p. 100 ; tandis que, depuis sa promulgation, la mortalité est descendue à 10 p. 100 partout où cette loi a été appliquée. Dans le département du Rhône, elle est même descendue cette année à 7,78, alors qu'elle a été de 10,70 pour les enfants élevés dans la famille.

L'intéressante communication de M. Sordes se termine par les conclusions suivantes :

1° Depuis l'application de la loi Roussel, les enfants placés en nourrice meurent dans des proportions bien moindres qu'autrefois;

2° La mortalité de ces enfants est sensiblement inférieure à celle des enfants élevés dans la famille ;

3° La population de la France s'accroîtra considérablement à mesure que la loi sera obéie;

4° Il est donc de toute nécessité que cette loi, par un article additionnel, soit décrétée d'utilité publique et qu'elle soit partout appliquée d'une manière uniforme;

5° Mais, en attendant, que tous les départements organisent donc le service de la protection des enfants, comme l'a fait le département du Rhône ; que les inspecteurs et sous-inspecteurs des enfants assistés s'occupent également de la loi Roussel ; qu'ils en surveillent l'application ainsi que cela se fait dans la région du Rhône, avec un zèle et un dévouement au-dessus de tout éloge ; que tous les départements s'imposent des sacrifices en rapport avec les résultats à obtenir, etc., etc., et l'on pourra bientôt apprécier l'importance des services rendus par la loi Roussel à la famille et à la patrie.

Électrothérapie. — M. VERDIN met sous les yeux des membres de la section des sciences médicales plusieurs appareils, tels, notamment, qu'un appareil enregistreur présentant des vitesses variables et une boîte d'excitateurs.

Nouvelles études sur la nature épidémique de la pneumonie franche et son traitement par le froid. — M. EDMOND CHAUMIER (du Grand-Pressigny), l'année dernière, au Congrès de Blois, terminait, par les conclusions suivantes, un travail qui résumait cinq années d'observation :

1° La pneumonie est toujours épidémique; on observe, mais rarement, la contagion directe;

2° Les germes doivent se conserver dans les habitations en attendant les conditions favorables à leur développement ;

3° Les épidémies de pneumonie sévissent parfois avec une certaine prédilection sur certaines catégories d'individus; tantôt de préférence sur les adultes, tantôt sur les enfants.

4° On devra traiter la pneumonie comme les autres maladies infectieuses; et surtout par les bains froids, qui ne présentent aucun danger, qui diminuent la température, la fréquence du pouls et de la respiration, font disparaître les bruits de souffle cardiaque causés par la fièvre, qui calment la soif et permettent une alimentation plus abondante. . . . .

. . . .

Les malades que M. Chaumier a observés depuis lors, au nombre de 52, se répartissent en une épidémie principale, — 41 malades, — commençant le 6 mars et se terminant le 12 juin, et en 11 cas épars, mais non isolés (survenant par 2 ou par 3).

On peut donc établir ce principe que *lorsqu'on rencontre une pneumonie, presque toujours, sinon toujours, on en verra une autre dans les jours suivants.*

La conservation des germes dans les habitations paraît à l'auteur très évidente : l'année dernière il a parlé de la maison C..., dans laquelle se succédaient les pneumonies : 1 en 1880 ; 1 en 1881 ; 1 en 1883. Cette année, dans la même maison, dans la même chambre, il a observé une nouvelle pneumonie.

Voici d'autres faits :

Le 11 mai 1885, V..., à Pressigny, a une pneumonie ; le 22 mai, sa sœur en a une également ; le 22 avril 1885, B..., à Pressigny, a une pneumonie, sa sœur en a une le 30 mai.

M. Chaumier cite enfin une observation remarquable à plusieurs titres, et qu'on peut mettre à l'avoir de la contagion (3 pneumonies en même temps dans la même maison ; 2, sur des enfants, n'ont été connues que par hasard).

Voici donc deux pneumonies qui ont failli passer inaperçues parce que les symptômes qui effrayent d'ordinaire les parents (fièvre, dyspnée, douleur) étaient peu marqués.

Les cas de ce genre ne sont pas rares, et il existe des formes frustes de pneumonie, comme il existe des formes frustes de scarlatine et de fièvre typhoïde.

Cette année encore, comme les deux précédentes, la maladie a sévi plus particulièrement sur les enfants (34 sur 52).

Parmi les malades de l'auteur, 20 ont été traités par le froid ; 12 ont eu des affusions froides, la plupart toutes les deux ou trois heures ; 6 ont pris des bains trois ou quatre fois par jour ; 2 ont eu trois bains par jour, et, entre les bains, des affusions froides toutes les deux heures (tous ont guéri).

M. Chaumier ne peut donc que maintenir ses conclusions de l'an dernier, relativement à l'amélioration produite par le froid, et comme preuves nouvelles il cite, entre autres faits, l'observation suivante :

Le 26 mai, l'enfant V..., âgée de six ans, a : pouls, 128 ; respiration, 52 ; température, 40°,7. On lui donne un bain à 27 degrés ; elle reste dans l'eau dix minutes. Rentrée dans son lit, elle a : pouls, 100 au lieu de 128 ; respiration, 38 au lieu de 52 ; température, 38°,7 au lieu de 40°,7. Après chaque bain, le délire cesse pendant deux ou trois heures ; elle prend mieux la nourriture et n'a pas soif.

Si, maintenant, M. Chaumier réunit ses 20 malades traités par le froid aux 15 de l'an dernier, cela lui fait un total de 35, total suffisant pour proclamer non seulement l'innocuité de la méthode, mais encore son utilité.

Laparotomie dans l'étranglement interne. — M. DECÈS (de Reims) veut seulement, dans sa communication, ajouter un fait à la statistique des opérations pratiquées jusqu'à présent pour l'étranglement interne.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans, ayant, depuis trois jours, une suppression complète, absolue, des selles et des gaz, accompagnée de vomissements fécaloïdes. L'étranglement interne était aussi manifeste que possible, et l'on sentait, un peu au-

dessus et à droite de l'ombilic, une tumeur légèrement sensible à la pression et paraissant être le siège de l'obstacle au cours des matières.

Après avoir employé tous les moyens usités en pareil cas, et la mort paraissant imminente, on décida de faire la laparotomie. L'opération fut pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques habituelles. Dès que la paroi abdominale fut ouverte, la tumeur disparut, et en dévidant l'intestin on ne trouva rien autre chose qu'une anse intestinale rouge et gonflée qui devait, selon toutes probabilités, dit l'auteur, constituer un volvulus.

La malade guérit rapidement, sans accidents, et depuis cette époque elle a eu une grossesse suivie d'un accouchement très heureux.

Ce fait, ajoute M. Decès en terminant, semble plaider en faveur de la laparotomie dans l'étranglement interne contre la pratique de l'anus artificiel, tout au moins dans les cas où il n'existe aucun signe positif de lésion organique de l'intestin.

Gangrène et artérite dans la fièvre typhoïde. — M. BERNHEIM (de Nancy) fait, sur ce sujet, une communication dans laquelle il rapporte quatre observations de gangrène dans la fièvre typhoïde, et dont voici les conclusions :

1° On peut rencontrer, dans la fièvre typhoïde, des gangrènes externes et internes, parmi lesquelles le noma et la gangrène du diaphragme;

2° Le noma n'a pas été influencé par le traitement antiseptique;

3° Les gangrènes viscérales peuvent être latentes et ne pas déterminer de symptômes spéciaux permettant le diagnostic;

4° L'artérite peut ne déterminer de douleurs qu'au siège de la gangrène, le trajet du tronc artériel malade restant indolore et sans tuméfaction apparente;

5° La tunique musculeuse de l'artère peut se vascilariser d'une façon remarquable.

Calcul de l'amygdale. — M. TERRILLON (de Paris) envoie une observation de calcul de l'amygdale chez un homme âgé de cinquante ans, qu'il a opéré il y a quelque temps et qui a parfaitement guéri.

La méthode d'anesthésie par les mélanges titrés. — M. RAPHAEL DUBOIS (de Paris) fait connaître tout d'abord comment M. Paul Bert, a été amené, par l'expérimentation sur des animaux, à imaginer la méthode des mélanges titrés et comment cette méthode, appliquée chez l'homme, « si elle ne donne pas une sécurité absolue, offre, du moins, sur les autres procédés, d'immenses avantages »; enfin comment la machine à anesthésier de M. Dubois « répond à tous les desiderata exprimés ».

La mise en mouvement de cette machine se fait sans effort, au moyen d'une manivelle qui peut être confiée à la personne la moins exercée, si l'aide chargé de surveiller l'anesthésie ne prend pas ce soin lui-même.

Le titrage du mélange devant varier suivant les cas, la machine a été munie d'un certain nombre de godets, dont chacun porte un gros chiffre en relief indiquant le nombre de grammes de chloroforme qui sera mélangé à 100 litres d'air en employant ce godet.

Le manuel opératoire a lieu de la manière suivante :

1° Le godet n° 10 — il correspond à un mélange de 10 grammes de chloroforme et 100 litres d'air — étant posé et le malade placé dans la position la plus favorable pour que les mouvements respiratoires abdominaux et thoraciques s'effectuent avec la plus grande facilité, on applique le masque inhalateur d'une main, tandis que de l'autre on fait mouvoir la manivelle, que l'on peut d'ailleurs confier au premier assistant venu pour plus de commodité.

2° On continue l'inhalation du mélange à 10 p. 100 jusqu'à anesthésie confirmée.

3° Quand l'anesthésie est profonde, on donne le mélange à 8 p. 100 en substituant au godet portant le n° 10 celui qui porte le n° 8, et cela sans interrompre le jeu de la manivelle; on fait faire deux courses complètes au piston.

4° Quand l'anesthésie devra être de longue durée, on l'entretiendra en remplaçant le godet n° 8 par le godet n° 6, qui ne donne que la quantité de chloroforme strictement nécessaire pour maintenir l'anesthésie.

5° On se trouve ainsi placé dans des conditions extrêmement favorables, puisque l'on peut obtenir une anesthésie continue et régulière avec une dose minima si faible qu'elle serait insuffisante pour provoquer d'emblée l'anesthésie complète.

Des causes les plus fréquentes de la mortalité chez les enfants du premier âge. — M. SORDES (de Tarare) communique un second travail, dont la première partie se termine par les conclusions suivantes :

Les causes les plus fréquentes de la mortalité chez les enfants du premier âge sont :

1° La faiblesse inhérente à l'enfant ;

2° L'abandon de la mère qui confie son enfant à une nourrice mercenaire qui, elle-même, sacrifie ainsi le plus souvent son enfant;

3° L'habitation dans les villes;

4° Le lait de mauvaise qualité ou impur;

5° Les diathèses syphilitique, scrofuleuse ou tuberculeuse;

6° L'alcoolisme ;

7° Les saisons ;

8° Le mode d'alimentation ;

9° Une alimentation vicieuse.

Dans la seconde partie de sa communication, M. Sordes, après avoir démontré que l'allaitement maternel était de beaucoup préférable à l'allaitement par une nourrice, après avoir insisté pour que les enfants mis en nourrice soient élevés au sein et non au biberon, entre dans certains détails sur la confection de ce dernier et sur la préparation du lait dans les cas où l'allaitement direct par le sein n'est pas possible.

C'est ainsi qu'il recommande : 1° que le lait soit donné bouilli, coupé avec de l'eau bouillie et conservé en vase bien clos; 2° que jusqu'à sept mois l'enfant ne prenne qu'un lait pur ou additionné d'eau; 3° que la nourriture solide (potages, légumes, etc.), ne soit donnée ensuite qu'avec modération et progressivement; 4° que dans aucun cas le sevrage de l'enfant n'ait lieu qu'après la percée des douze ou seize premières dents; 5° que l'enfant ne porte pas de serre-tête et ne soit pas enveloppé dans un maillot; 6° qu'il soit lavé deux fois par jour et baigné toutes les semaines en été.

Grâce à toutes ces précautions, sur 1200 enfants que l'auteur a soignés et inspectés depuis sept ans, il est parvenu à abaisser, dans sa circonscription, la mortalité de 46 p. 100 à 7 p. 100.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

LIII

GALERIE BIOGRAPHIQUE (DANS L'ORDRE CHRONOLOGIQUE).

Bardol, médecin principal. — Le docteur Bardol avait, en 1808, environ cinquante-cinq ans : taille au-dessous de la moyenne, blond, d'une physionomie agréable, caractère doux et bon, assez enjoué, esprit naturel peu orné, énergie morale laissant à désirer, amateur passionné des insectes plutôt qu'entomologiste; malgré l'infirmité de son bras gauche qui était un peu atrophié, il maniait très bien ces petits animaux, les piquait et les disposait avec goût dans ses boîtes. C'est à Bardol que je dois mon séjour temporaire dans la médecine militaire et les douces jouissances que m'ont procurées mes persévérantes explorations des richesses naturelles du sol de l'Espagne et les belles et bonnes relations que j'ai entre-

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 août 1885.

tenues avec de vaillants guerriers devenus illustres; à cette résidence prolongée sous le climat ibérien, je dois aussi peut-être cette robuste santé trempée aux vicissitudes et qui m'a fait survivre à tous mes contemporains; donc, merci à Bardol. Il disparut, dès la fin de 1808, de l'armée d'Espagne et prit sa retraite à Antibes, son pays natal.

Moncey, maréchal de France, duc de Conégliano. — En 1808, homme de soixante ans, grand, maigre, air distingué, bonnes manières, politesse antique, probité exceptionnelle, militaire brave, sans ostentation, esclave de son devoir. Sa liaison avec le général Lamarque (de Saint-Sever) m'ouvrit un accès près de lui; plusieurs fois, à Madrid, je fus admis à sa table. Le maréchal Moncey rentra en France après la prise de Saragosse.

Humbert Dumolard, général de brigade. — Quarante-cinq ans, haute taille, maigre, pommettes animées, figure peu martiale, santé délicate, homme d'esprit. Ce fut par son secrétaire Moncarel, qui était passionné pour la recherche des insectes, que je fis sa connaissance à Madrid.

Casale, général du génie.— Cinquante ans, taille moyenne, figure pâle; il prétendait aimer la botanique dont il causait volontiers; j'ai plusieurs fois été son commensal, sa table était toujours bien servie.

Laborde, général du génie. — Soixante ans, avait quelques connaissances en botanique.

Don Mariano Lagasca, botaniste. — Trente-neuf ans, petit, maigre, fluet, teint hâve, œil vif, tenue négligée, savant fort distingué, d'un grand avenir. Je fis sa connaissance à Madrid, dès mon arrivée; nous fîmes ensemble de nombreuses et fructueuses excursions botaniques aux environs de la capitale. Lors de l'insurrection des provinces, Lagasca quitta Madrid pour prendre du service dans l'armée du Midi; caractère fort exalté en politique ou en patriotisme, ce qui a singulièrement nui à sa carrière. Sous Ferdinand, il siégeait aux Cortès sur les bancs de l'opposition; il s'expatria en Angleterre. J'ai pu faciliter son embarquement à Cadix sur un bâtiment français, par l'intervention de mon ami Adolphe Du Sault, capitaine de vaisseau. Je conservai des relations scientifiques avec Lagasca jusqu'à son retour de Londres. Il mourut à Barcelone en 1842, peu de temps après sa rentrée en Espagne.

Lallave don Pablo, botaniste. — Mexicain établi à Madrid, m'accompagna souvent dans mes courses, s'occupait spécialement des lichens : trente ans, taille un peu au-dessus de la moyenne, maigre, figure osseuse, barbe noire.

Rodriguès don José, botaniste. — Employé au Jardin des plantes de Madrid : vingt-sept ans, taille moyenne, cheveux châtain-clair, figure arrondie peu méridionale, caractère doux, un peu nonchalant dans nos excursions.

Noboa don Pedro, entomologiste. — Le seul spécialiste de ma connaissance à Madrid en 1808 : trente ans, taille moyenne, figure peu espagnole, beaucoup d'ardeur pour les recherches entomologiques.

Dintrans, commissaire ordonnateur. — De Tarbes : quarante ans, grand, maigre, blond, pommettes animées, montra peu d'énergie après les événements du 2 mai 1808.

Larrey, le célèbre chirurgien en chef de la grande armée. — De Beaudéan (Hautes-Pyrénées). Je le vis pour la première fois à Madrid, je le retrouverai à Paris.

Suchet, maréchal de France, duc d'Albuféra. — En 1809, quarante ans, taille un peu au-dessus de la moyenne, embonpoint médiocre, cheveux noirs, barbe noire, bien fournie, nez subaquilin, menton un peu avancé, belle figure, physionomie grave avec un air de bonté, belles manières, très belle tenue, réserve et prudence dans la conversation. Après la prise de Saragosse, Suchet prit le commandement du 3e corps qui devint l'armée d'Aragon. Il arrivait de la grande armée, il était général de division. La bataille de Maria et Belchite, tous nos sièges successifs, illustrèrent à un haut degré l'armée et son chef. L'empereur, juste appréciateur des services rendus, conféra le titre de comte et la dignité de maréchal à Suchet après la prise de Tarragone, le titre de duc d'Albuféra après la conquête de Valence. Comme médecin attaché au quartier général, j'eus de fréquentes occasions d'approcher le maréchal qui, d'ailleurs, professait une estime particulière pour le corps des médecins militaires; il les accueillait toujours avec bienveillance, dans son salon comme à sa table. C'est dans ces circonstances de la vie sociale que l'observateur, affranchi de tout esprit de prévention et libre dans sa pensée, trouve l'occasion d'étudier le caractère et le mérite des hommes en relief.

Aux qualités du vaillant guerrier très pratique, Suchet joignait celles d'un administrateur éclairé qui savait se concilier l'estime et l'affection de l'armée et du pays conquis; dans les situations les plus diverses, le service capital de la solde fut toujours assuré. Les malheurs survenus dans les autres armées retentirent douloureusement sur celle du maréchal Suchet qui vivait dans les contrées conquises aussi paisiblement que dans la mère-patrie. En juin 1814, cette armée invaincue fut licenciée par la force des événements. Suchet mourut à Marseille en 1826, âgé de cinquante-six ans. En 1852, lors de mon voyage à Marseille, j'appris de mon ami le docteur Cauvière, qui avait été le médecin du maréchal, que Suchet avait succombé aux atteintes d'une double affection organique du foie et de l'estomac.

Bugeaud, maréchal, duc d'Isly. — Lorsque nous nous rencontrâmes sur la route de Burgos, en 1808, pendant la retraite de Madrid, le lieutenant Bugeaud avait vingt-six ans : taille avantageuse, un peu au-dessus de la moyenne, corps robuste, régulièrement bâti, droit, bien musclé, bel homme de guerre, cheveux et barbe d'un roux vif, figure gravée de la petite vérole, yeux brillants, caractère doux mais énergique jusqu'à l'exaltation, dans les circonstances graves, bravoure innée, patriotisme ardent, intelligence supérieure, sans prétention et surtout sans ostentation, jugement très droit, conversation intime gaie, spirituelle, chasseur passionné et très adroit, ami dévoué. Notre amitié, nos relations, qui furent surtout épistolaires depuis 1814, ont duré quarante ans sans le moindre nuage. Son écriture était burinée. Chef de bataillon après le siège de Tortose, il fut promu colonel par le maréchal à la fin de l'occupation sans passer par le grade intermédiaire; Suchet avait apprécié sa vaillance et son instruction militaire qui étaient exceptionnelles.

A la Restauration, il fut mis en disponibilité; il se retira dans sa ville natale, Excideuil (Dordogne); il s'y maria et se livra avec ardeur à l'agriculture pratique. Il publia dans le *Spectateur militaire*, sur les manœuvres de l'infanterie, une série d'articles qui firent beaucoup de sensation dans les comités de la guerre.

En 1815, au retour de Napoléon de l'île d'Elbe, Bugeaud courut aux armes et commanda un régiment dans la Maurienne, sous les ordres du maréchal Suchet; dans un engagement avec les Autrichiens, il se signala de la manière la plus éclatante. Lorsque Napoléon fit son entrée dans Lyon, Bugeaud m'écrivait : « Ne vous figurez pas que l'enthousiasme ait été purement militaire, il était très considérable dans le peuple qui entourait l'empereur d'une foule tellement compacte et pressée que celui-ci pouvait à peine faire un pas. »

Après Waterloo, Bugeaud retomba dans le discrédit et reprit à Excideuil la charrue et la plume. Il reparut après les journées de juillet 1830. Il gagna promptement la confiance du roi Louis-Philippe qui remarqua son courage personnel, son énergique habileté pour la répression des émeutes; il fut promu général de brigade, et bientôt après général de division. L'Algérie fut pendant dix ans (1837-1847), le théâtre de sa gloire militaire et de ses talents administratifs; il y conquit le bâton de maréchal et le titre de duc d'Isly.

Je consignerai plus tard nos courtes entrevues au château de Blaye et à Paris. Il m'a raconté son duel avec le député Dulong qu'il tua d'une balle au front; cette affaire, toute d'opinion politique, s'était d'abord arrangée à l'amiable lorsque les journaux, par des articles virulents et provocateurs, forcèrent Bugeaud de vider le différend sur le terrain; il avait conservé un vif regret de l'issue déplorable de cette rencontre.

En 1849, son dévouement à l'ordre et son aversion pour l'anar-

chie le firent venir de Lyon à Paris pour s'entendre avec les hommes d'État; le choléra faisait alors de nombreuses victimes; il fut atteint et supporta les approches de la mort avec tout le courage et la résignation chrétienne de sa grande âme. Mes deux fils me représentèrent aux funérailles de mon illustre ami.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Archambault (Paul-Marie) est nommé aide-préparateur du laboratoire de clinique chirurgicale (hôpital Necker), en remplacement de M. Barbezieum, démissionnaire.

— Un concours pour la nomination à deux places vacantes d'interne titulaire en pharmacie dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine s'ouvrira le lundi 7 décembre 1885, à une heure précise, à l'asile Sainte-Anne, à Paris, 1, rue Cabanis.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, bureau du personnel, pavillon de Flore (Tuileries), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du jeudi 5 novembre 1885 au samedi 21 du même mois inclusivement.

— M. le docteur Stapfer, chef de clinique d'accouchement, commencera son cours particulier le 1er octobre prochain, et le continuera tous les jours à quatre heures.

Ce cours sera complet en deux mois.

MM. les élèves seront d'abord mis au courant des éléments d'obstétrique indispensables au praticien. Ils feront des examens cliniques et des manœuvres.

On s'inscrit à la clinique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur la blennorrhagie chez la femme, par le docteur MARTINEAU, médecin de l'hôpital Lourcine, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Les innovations du docteur Sélectin, par GIRAUD-GODDE. In-12 de 272 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1885, E. Plon, Nourrit et Cie.

Du rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires, par le docteur TUFFIER. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

La prostitution clandestine, par le docteur MARTINEAU. 1 vol. in-18. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Des ruptures de la verge, par le docteur CAMI DEBAT. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

La virilité et l'âge critique chez l'homme et chez la femme, par le docteur de SÉRÉ. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18335.

N° 109. — MARDI 22 SEPTEMBRE 1885. 58e ANNÉE. MARDI 22 SEPTEMBRE 1885. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les traumatismes cérébraux (1).

TROUBLES INTELLECTUELS GRAVES QU'ILS PEUVENT DÉTERMINER.

III

B. L'histoire du *délire* ou plutôt des délires qui accompagnent, dans quelques cas, soit immédiatement, soit à un intervalle de temps toujours court, les violences exercées sur le crâne, est un peu plus complexe que celle des accidents que nous avons jusqu'à présent envisagés. Ces derniers accidents, en effet, peuvent être considérés comme résultant directement du traumatisme, qui paraît suffisant à les produire.

Il n'en est pas ainsi du délire, surtout du délire qui revêt le caractère des délires vésaniques. Ici, le trauma semble n'être le plus souvent qu'une condition accessoire de l'apparition du symptôme ; il est la cause occasionnelle qui met en jeu une prédisposition ; mais la prédisposition au délire (héréditaire ou acquise) est la condition pathogénique dominante du trouble. Certes, il ne faut point généraliser outre mesure cette manière de voir. Et je suis tout le premier à reconnaître que, dans quelques cas, la violence d'un choc peut suffire à engendrer des phénomènes délirants, sans qu'on retrouve chez les malades la preuve décisive d'une prédisposition à la folie. Mais, en règle générale, on peut admettre que cette prédisposition existe, et si elle n'est pas mentionnée dans la plupart des observations, c'est qu'elle n'a pas été suffisamment recherchée. Ne délire pas qui veut : voilà une vérité dont le médecin arrive bien vite à se convaincre. Ne savez-vous pas qu'il existe chez certains individus une tendance tellement marquée au dérangement des fonctions cérébrales que le moindre épisode accidentel ou pathologique amène le délire à sa suite? Vous n'ignorez pas que le délire est fréquent chez les pneumoniques, et cependant tous les pneumoniques ne délirent pas. Ce sont les nerveux, les fils d'aliénés, d'alcooliques, d'épileptiques, d'hystériques, les intoxiqués, chez lesquels, sous l'influence du poison, plomb ou alcool, le système nerveux a acquis une susceptibilité spéciale, ce sont ces prédisposés, dis-je, chez qui l'inflammation pulmonaire détermine aisément des troubles cérébraux. D'autre part, les chirurgiens nous ont appris que les traumatismes opératoires ou autres peuvent avoir, dans les mêmes conditions, une influence identique à celle des maladies internes. Qu'est-ce que le délire nerveux des opérés, si bien décrit au commencement du siècle par Dupuytren, sinon le delirium tremens provoqué chez un alcoolique par une opération chirurgicale? Sachez-le donc : chez un individu qui ne demande qu'à délirer, toute occasion est bonne pour le faire. Cette occasion, ce pourra être sans doute un chagrin, une crainte, une émotion vive, mais ce pourra être aussi une chute, un coup, le travail normal de l'accouchement, une blessure quelle qu'elle soit. En voulez-vous la preuve? Vous la trouverez dans les cas nombreux de folie puerpérale qui ne sont autre chose que des cas de folie développée chez des prédisposées, sous l'influence de l'accouchement ; vous la trouverez encore dans des faits analogues à celui que communiquait à la Société de chirurgie, en 1882, M. Martel (de Saint-Malo). C'est le fait d'une jeune fille qui dut subir l'amputation d'un doigt et fut prise peu après d'accidents maniaques auxquels elle était préparée par son caractère singulier et ses antécédents. « Le traumatisme chirurgical, dit très justement M. Péan, ne saurait à lui seul créer de toutes pièces un délire, chez un individu dont l'état cérébral est absolument régulier; mais c'est une cause déterminante capable de faire entrer dans une période aiguë une manie qui sommeillait (1). »

Eh bien! ce qui est vrai du traumatisme en général est surtout vrai du traumatisme céphalique. Que la violence extérieure s'accompagne ou non de lésions matérielles appréciables du cerveau, elle est plus apte que toute autre à déterminer cette perturbation des fonctions cérébrales, qui attend simplement une occasion pour se produire, parce qu'elle agit plus directement sur le cerveau.

C'est là ce qui explique la fréquence relative des manifestations délirantes et des vésanies à la suite des coups ou des chocs qui portent leur action sur la tête. Ces manifestations seront transitoires ou permanentes, passagères ou durables, suivant que la prédisposition nerveuse sera plus accusée, ou que sera plus profonde et plus irrémédiable la lésion qui aura mis en jeu cette prédisposition.

(1) Suite. — Voir le numéro du 15 septembre 1885.

(1) Péan, *Leçons de clinique chirurgicale*. Paris, 1882.

Quelques exemples vous permettront de suivre la gradation des accidents, depuis les plus bénins jusqu'aux plus graves.

Chassaignac raconte l'histoire d'une femme de quarante-cinq ans qui fait une chute sur la tête, en janvier 1845, et qui, sans perdre connaissance, est prise d'un délire qui dure trois jours. Elle guérit, mais son intelligence est restée très obtuse et son caractère est devenu particulièrement insupportable.

Une femme de quarante-cinq ans, soignée par le même chirurgien, fait une chute sur la tête; peu de jours après, elle est prise de manie avec incohérence et finit par guérir.

Ces deux faits, auxquels je pourrais en ajouter un certain nombre d'autres analogues, sont rapportés par M. Azam. Ici les troubles délirants sont relativement légers. La prédisposition n'est pas mise en relief, peut-être parce qu'on a négligé de la chercher.

Voici, au contraire, des cas dans lesquels l'influence de cette prédisposition sur l'apparition du délire apparaît des plus manifestes.

Un individu, âgé de cinquante-cinq ans, a fait une chute sur la tête à l'âge de quatorze ans. En 1866, à l'âge de cinquante-quatre ans, il fait une autre chute semblable. Porté à la Pitié, il en sort après quatre mois et dix jours. A ce moment, il a perdu le souvenir de tout ce qui s'est passé avant son accident. Il a des absences, il est par moment comme idiot et peut être considéré comme aliéné. Il avait des antécédents héréditaires. (Azam.)

S'il est, dans ce cas, une influence qui soit douteuse, ce serait plutôt celle du traumatisme que celle de la prédisposition nerveuse, qui est ici aussi nette que possible.

L'observation suivante est instructive à méditer, bien que quelques divergences puissent s'élever à l'occasion de son interprétation. Elle a été publiée dans le *Montpellier médical* (1880, p. 315), par M. J. Boyé, interne des hôpitaux.

Fille orpheline, très jeune, amenée à Paris par une tante, caractère insubordonné et hautain, très mobile et très irascible, se livra, dès l'âge de seize ans, à l'inconduite et à la prostitution dans plusieurs villes de France.

En dernier lieu, à la suite d'une altercation avec sa propriétaire, elle l'accusa de vouloir la dénoncer à la police, acheta un revolver et la tua. Aussitôt après elle se tira un coup de feu sous le menton.

Ouverture d'entrée de la balle à 1 centimètre en avant de l'angle de la mâchoire du côté gauche. La balle se logea dans le rocher du même côté, après avoir fracturé la paroi antérieure du conduit auditif externe.

Il ne semble pas que les phénomènes immédiats aient été considérables, puisque deux mois à peine après le crime et sa blessure, elle était condamnée à douze ans de travaux forcés.

Pendant toute la première année de détention, elle se plia facilement au régime ; elle n'avait pas de punitions et travaillait avec habileté à son travail de couture ; mais plus tard, elle devint de plus en plus distraite, supportait très mal les observations, se plaignait que ses aliments fussent empoisonnés, et formulait ses plaintes avec un air d'importance et de grandeur.

Elle fut transférée à l'asile des aliénés de Montpellier. M. Cavalier la déclara atteinte de lypémanie avec perversion sensorielle de la vue, de l'ouïe, du goût, probablement des autres sens, et de la sensibilité générale.

« Sans spécifier nettement la situation sociale et personnelle qu'elle croit avoir, elle s'imagine être supérieure à tous, avoir à sa disposition de très hautes influences et être en relations avec de grands personnages. Comme contre-partie, elle s'imagine être jalousée et même persécutée effectivement par tous ceux qui ont du pouvoir dans la maison, et par certaines de ses codétenues. Ce délire est entretenu, corroboré et exalté par des *perversions sensorielles*, surtout *de la vue* (illusions). »

Elle succomba à une tuberculisation pulmonaire. Elle n'entendait pas du côté gauche, mais parlait avec beaucoup de facilité, elle n'avait aucun trouble de la mastication ni de la déglutition. — Un écoulement muco-purulent persistant de l'oreille gauche, la balle étant restée enclavée.

A l'autopsie, sur tout le lobe temporal gauche, on trouve les lésions caractéristiques de la méningo-encéphalite, et une carie d'une fraction du rocher.

Chez cette femme, le délire, caractérisé, on vient de le voir, par un mélange d'idées de grandeur et de persécution, ne s'est développé que plusieurs mois après le traumatisme. A ce titre, le cas dont il s'agit sort un peu de la catégorie de ceux que nous étudions pour le moment, et rentrerait plutôt dans le groupe des faits que j'envisagerai dans un instant. Ce qu'il faut retenir de ce cas, c'est cette particularité : l'existence de manifestations délirantes aussi bien caractérisées que possible, coïncidant avec une lésion limitée au lobe temporal d'un côté, c'est-à-dire appartenant à la catégorie des altérations qui, au point de vue des troubles intellectuels, restent souvent latentes. Si dans le cas particulier, la lésion a retenti d'une façon aussi bruyante, avec un cortège d'idées mélancoliques et de mégalomanie, on en trouve, ce me semble, la raison dans l'histoire antérieure de la malade, qui, par les dérèglements de sa conduite dans le jeune âge, les actes inconsidérés, coupables ou dangereux auxquels elle s'est livrée, s'est affirmée comme névropathe, c'est-à-dire comme une prédisposée à l'aliénation.

M. Mesnet a rapporté naguère une observation fort curieuse et qui a eu un légitime retentissement. Un jeune soldat, pendant la guerre de 1870, fut atteint par une balle au niveau du pariétal gauche. Il perdit connaissance, et fut transporté à Mayence, dans une ambulance prussienne. Là, il recouvra les sens, mais on constata l'existence d'une hémiplégie, qui ne devait d'ailleurs durer que peu de temps, et tenait certainement à une lésion des circonvolutions motrices. Mais le fait intéressant, c'est que ce jeune homme, depuis sa blessure, est devenu *somnambule*. Il a des accès périodiques de sommeil, durant lesquels il présente des phénomènes très singuliers. Je n'ai pas à entrer ici dans le détail de ces phénomènes. Ce que je veux retenir du cas, c'est l'apparition des accès de somnambulisme à la suite du traumatisme. Il est très vraisemblable que cet individu était un nerveux prédisposé, et que sa blessure du cerveau n'a fait autre chose que de mettre en jeu la prédisposition et faciliter l'éclosion des troubles nerveux. Je ne saurais, à cet égard, partager la manière de voir de M. Azam, qui incline à croire à une relation directe entre le désordre intellectuel observé et la localisation de la lésion chez le malade de M. Mesnet. Les exemples de la destruction des circonvolutions fronto-pariétales sont nombreux, et je ne sache pas qu'on ait souvent constaté la corrélation entre une semblable altération et les phénomènes somnambuliques, ce qui devrait être, si l'hypothèse de M. Azam était fondée.

Je ne m'arrêterai pas à vous décrire l'influence du traumatisme cérébral chez les gens adonnés à l'alcoolisme. Le traumatisme peut intervenir ici au même titre que mille autres causes pour provoquer une attaque de delirium tremens. Je vous ai déjà indiqué le fait, je n'y reviens pas.

Mais il est utile que j'appelle votre attention sur quelques considérations médico-légales auxquelles donnent lieu les cas dont je viens de vous parler. La connaissance du rôle de la prédisposition en matière de manifestations délirantes n'a pas seulement, en effet, une importance spéculative : elle présente aussi un intérêt pratique réel. Supposez le cas où, à la suite d'un accident de chemin de fer, par exemple, un individu qui aura été légèrement atteint à la tête, devienne aliéné. Si la famille du malade peut exercer une action contre la Compagnie, elle ne manquera pas de faire valoir l'état de folie de celui-ci, pour élever le chiffre des dommages-intérêts auxquels elle prétendra. Or, le plus souvent, vous venez de le voir, l'accident n'aura été que l'occasion qui aura facilité l'apparition du dérangement cérébral, et si la famille a droit, de ce fait, à quelque dédommagement, il serait injuste de faire peser sur la Compagnie toute la responsabilité d'une affection mentale qui reconnaît avant tout pour cause la prédisposition héréditaire ou acquise (1).

LE CHOC EN RETOUR ET LE FOUDROIEMENT LATÉRAL (2)

Par M. le docteur F. VINCENT (de Guéret),

Lauréat de l'Académie de médecine.

V

III. — *Observation de Saint-Avit-le-Pauvre.* — Dans la première quinzaine de juillet 1875, un journal de la localité publiait dans ses faits divers la relation, en quelques lignes, d'un accident de la foudre arrivé dans les environs de Saint-Sulpice-les-Champs, près Aubusson (Creuse). Ce fait, qui semblait venir à l'appui de la théorie du choc en retour complexe que j'avais formulée, devait naturellement attirer mon attention, et je m'empressai d'écrire à mon confrère et ami le docteur Bontemps (de Saint-Sulpice-les-Champs), pour le prier de me donner sur cet événement tous les détails que je désirais avoir. Ce confrère distingué y mit la plus grande obligeance, prit la peine de se rendre sur les lieux pour recueillir tous les renseignements que je lui demandais et m'adressa, à la date du 20 juillet, l'observation suivante que je ne puis mieux faire que de reproduire ici textuellement :

« Le 1er juillet 1875, vers six heures du soir, un violent orage partant de deux points opposés venait éclater au midi du bourg de Saint-Avit-le-Pauvre, canton de Saint-Sulpice-les-Champs. Le nommé Jean Bord, beau vieillard de soixante-quinze ans, gardait ses bœufs dans un pâtural situé à près de 600 mètres du bourg et sur la limite d'une superbe futaie de hêtres gigantesques. La pluie devenant torrentielle, Bord eut l'idée de se réfugier au pied d'un très bel arbre à branches touffues et qui lui offrait un abri contre l'eau. A peine y fut-il installé debout, *le dos appuyé après le tronc*, sa face tournée au sud, ayant à la main une très grande aiguillade, qu'il entendit un violent coup de tonnerre et qu'il fut renversé incontinent.

« La commotion qu'il éprouva ne fut pas de longue durée, car il se releva bientôt en s'aidant de son aiguillade, sentit une douleur un peu vive dans les reins, et se disposa à rentrer chez lui, lorsqu'il remarqua que *son sabot gauche était hors de son pied et brisé en plusieurs fragments;* la paille qui garnissait l'intérieur du sabot était projetée au loin. Il partit cependant avec un pied nu et se rendait lentement chez lui lorsqu'il rencontra son fils et son gendre qui, tout inquiets, venaient à son devant. Ils voulurent le porter, mais il n'eut pas besoin de leur aide et marcha difficilement, mais seul.

« En arrivant, on remarqua que ses habits étaient déchirés en plusieurs endroits : en effet, il s'était fait à la veste, au gilet, à la chemise et au gilet de flanelle une *large ouverture* au niveau de l'épaule droite ; le *gilet de flanelle seul paraissait brûlé ;* le pantalon avait aussi *deux trous* en arrière et en haut, et *un plus grand* au niveau du mollet gauche ; le cuir des deux bretelles était décousu dans la partie qui embrasse la boucle en fer.

« La peau paraissait offrir des traces de brûlure ressemblant aux suites de l'application d'un vésicatoire avec des irradiations rouges dans tous les sens. On se contenta de mettre dessus de la crème et des feuilles de *verbascum thapsus* cuites dans du lait. Le lendemain, Bord, qui était encore valide malgré son grand âge, se remettait à son travail, sans éprouver autre chose qu'un peu de lassitude et une cuisson au niveau de ses brûlures.

« Je n'ai vu ce vieillard que dix-huit jours après. Il porte encore des traces de la foudre : au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite, il existe une croûte de la largeur d'une pièce de 2 francs, grise, et faisant une saillie de 3 à 4 millimètres. De ce point partent deux lignes rouges représentant un grand V renversé, se dirigeant en bas, l'une se perdant vers le sacrum et l'autre s'arborisant dans la fesse droite où elle se perd. La jambe gauche n'a rien, et, cependant, c'est à cette partie que le pantalon est largement troué. Le pied gauche n'a plus rien, mais il était sillonné par des lignes rouges de suite après l'accident.

« Je me suis transporté auprès des arbres foudroyés avec Bord, que j'ai fait mettre dans la position où il se trouvait au moment où il a été renversé par la foudre.

« L'arbre, sous lequel il était à l'abri, est un hêtre ayant, à hauteur d'homme, 1m,80 de circonférence ; sa hauteur est de 16 à 17 mètres ; *sa ramure est forte :* il est situé sur la limite sud de la futaie et étend ses grandes branches jusque sur le pâtural où étaient les bœufs. Il n'a pas été foudroyé et ne porte aucune trace d'atteinte.

« Mais si cet arbre ne présente aucune trace de la foudre, il n'en est pas de même des deux autres hêtres voisins : le premier, situé à 15 mètres en contre-haut dans la direction du nord-ouest, est un arbre qui, l'écorce étant entièrement enlevée, mesure 3m,10 de circonférence ; il a une ramure magnifique s'élevant au moins à 20 mètres et s'étendant à 7 ou 8 mètres en largeur du côté du Nord où il limite la futaie. Le tronc est entièrement écorcé du haut en bas, et sa partie moyenne est brisée en éclats et semble avoir été tordue ; des éclats volumineux semblent avoir été repoussés de dedans en dehors. Une forte charge de poudre, éclatant au centre de l'arbre, aurait produit moins d'effet. On ne saurait dire de quel côté la foudre l'a frappé.

« Entre cet arbre et celui où était Bord, il en existe un autre, mais de petite dimension, et qui n'a pas été atteint.

« Le deuxième arbre frappé est aussi un hêtre mesurant 4m,48 de circonférence, sur une hauteur de 18 mètres environ, ayant aussi une très belle ramure, mais moins étendu en largeur, étant resserré par les arbres voisins. Il est situé à 22 mètres à l'est du premier et à 13 mètres nord-ouest de celui qui abritait Bord. Il a été déchiré et écorcé dans une grande étendue, surtout dans la partie supérieure du tronc et du côté de l'arbre-abri. L'écorçage a eu lieu par grandes plaques jusqu'à 2 ou 3 mètres du sol.

« Les trois arbres ci-dessus forment les sommets des trois angles d'un triangle irrégulier : les deux arbres frappés par la foudre sont éloignés l'un de l'autre de 22 mètres ; l'arbre-abri est à 15 mètres du premier et à 13 mètres du deuxième. Bord était appuyé sur la face opposé à l'arbre premier, le plus maltraité. »

Cette observation est la confirmation de celle de Chier-du-Prat, tant au point de vue de la théorie du choc en retour complexe qu'à celui de la théorie de l'influence exercée sur la direction et l'intensité des courants par les corps *meilleurs conducteurs* de l'élec-

(1) Les auteurs anglais et américains ont étudié avec une certaine prédilection cette question de l'influence réelle du traumatisme sur la genèse des troubles cérébraux et médullaires, consécutifs aux accidents de chemin de fer. Voir notamment, à ce sujet : Th. Buzzard, « Traumatismes par accidents de chemin de fer ; leur influence sur le système nerveux et leurs résultats », *in Medical Times*, 1867.

(2) Suite. — Voir le numéro du 15 septembre 1885.

tricité ; elle la complète même sous le rapport de la démonstration expérimentale.

L'explication la plus rationnelle de l'accident arrivé à Bord est, en effet, celle que nous avons admise pour rendre raison des faits observés à Chier-du-Prat : le hêtre abritant ce vieillard avec *ses grandes branches* et *sa ramure touffue*, qui offraient à l'accumulation de l'électricité une surface peut-être triple de celle du tilleul 2, formait un vaste appareil chargé d'électricité de nom contraire à celle du nuage orageux. Lors de l'explosion, que cette immense quantité d'électricité soit descendue sur le sol pour neutraliser celle qu'y a versée l'éclair ayant foudroyé les deux arbres atteints, ou que cette dernière soit allée en quantité équivalente la neutraliser sur place, il a dû se former dans le tronc, conducteur très étroit relativement au développement considérable des branches et des feuilles, un courant soit descendant, soit ascendant, d'une grande puissance. L'existence de ce courant n'est pas contestable ici; elle est trop bien attestée par les ravages produits sur la peau et les vêtements de Bord pour pouvoir être niée.

En ce qui concerne l'influence exercée sur la direction des courants par les corps meilleurs conducteurs, cette observation reproduit sous une autre forme celle de Chier-du-Prat, et le corps de Bord, meilleur conducteur que le tronc du hêtre, a joué ici le rôle de la rigole RR de ce dernier lieu. Le courant, selon qu'il a été descendant ou ascendant, s'est porté du tronc du hêtre ou du sol sur le corps humain très bon conducteur, et, par suite, bon attracteur de l'électricité, qui les touchait l'un et l'autre, et a déchiré les habits et brisé le sabot à son entrée et à sa sortie. Ces derniers effets, la déchirure des vêtements et la fracture du sabot, reproduisent celui du perce-carte, la perforation de la lame isolante du condensateur sous l'influence d'une charge trop forte, etc., et sont les analogues de l'excavation de la lame de terre XX′, de Chier-du-Prat, du creusement du canal souterrain de l'observation de M. Colladon. Indépendamment de cet effet d'attraction et de changement de direction du courant, le corps de Bord a dû livrer passage à une quantité proportionnellement plus considérable d'électricité relativement aux surfaces conductrices, si nous en jugeons par analogie avec l'effet produit sur la rigole de Chier-du-Prat.

Enfin cette observation, comme nous l'avons dit, vient compléter la précédente. Dans celle-ci, en effet, nous avons pu suivre la trace matérielle du courant électrique entre l'arbre foudroyé et le tilleul, mais nous avons été obligés de l'admettre hypothétiquement dans le tronc de ce dernier où l'électricité n'a laissé aucune trace de son passage; de plus, c'est par simple induction que nous avons attribué la mort du bœuf B^3 au courant établi entre le peuplier 3 et le peuplier foudroyé 1.

Dans l'observation de Saint-Avit, nulle déchirure, ni brûlure du sol attestant le passage d'un fort courant entre les arbres atteints par la foudre et l'arbre-abri; mais il se trouve, au pied de ce dernier et s'appuyant contre lui, un homme qui, plus heureux que le bœuf 3 de Chier-du-Prat, survit à la commotion et peut rendre témoignage des effets qu'il a éprouvés, lesquels ne peuvent laisser aucun doute sur la cause qui les a produits. Il est présumable qu'une personne, placée dans une position analogue vis-à-vis le tilleul 2, aurait éprouvé des effets analogues aussi.

Après ces explications, il est inutile d'ajouter que si Bord s'était trouvé isolé à la place qu'il occupait en supposant l'arbre supprimé, il n'eût pas été atteint de lésions aussi graves, et que, selon toute probabilité il en eût été quitte pour une simple secousse. Par une induction tout à fait probable, nous trouvons donc, dans ce fait, une preuve nouvelle du peu de danger que fait courir le choc en retour de la deuxième espèce, et à plus forte raison celui de la première.

A propos de ce dernier, bien des personnes m'objecteront que les effets électriques, dont il vient d'être question, doivent lui être attribués. Pour moi, cette hypothèse n'est point admissible ici, pour deux raisons qui me la font complètement rejeter : d'abord l'analogie qui existe entre ce fait et celui de Chier-du-Prat où l'existence d'un fort courant entre les deux arbres ne peut faire l'objet d'aucun doute, permet d'admettre que les choses ont dû se passer exactement de la même manière dans les deux cas; ensuite, ainsi que nous l'avons fait observer dans le précédent chapitre, l'électricité déversée sur le sol par l'étincelle fulgurante bifurquée qui a frappé les deux arbres voisins d'une manière si meurtrière, n'a pu que refouler profondément l'électricité de même nom, et, par suite, que s'opposer à sa recombinaison avec l'électricité libre de nom contraire répandue à la surface de l'arbre abri.

Maintenant, est-ce à dire, pour cela, que des effets analogues ne puissent être produits par le fait du choc en retour de la première espèce ? L'expérience ne s'est point encore prononcée à cet égard; mais le raisonnement indique que la chose n'est point impossible. Supposons, en effet, un arbre à ramure développée et touffue, subissant l'influence d'un nuage orageux : son électricité neutre et celle du sol, sur lequel il repose, seront décomposées; celle de nom contraire, attirée par le nuage, s'accumulera à la surface de l'arbre représentée par celle de ses branches et de ses feuilles, et l'électricité de même nom que celle du nuage sera refoulée dans le sol. Cela étant, si l'explosion vient à se faire entre le nuage voisin et le nuage orageux, l'influence de ce dernier cessant, les deux électricités séparées de l'arbre se recombineront, et celle refoulée dans le sol se concentrera dans le tronc en un courant d'autant plus intense que l'épanouissement de la ramure et du feuillage sera plus considérable. On comprend qu'une personne, exposée à ce courant en s'appuyant contre le tronc, puisse courir un danger réel. Ce serait le choc en retour complexe de la première espèce, le seul qui mériterait réellement ce nom, ainsi que nous le verrons plus loin. Ici, en effet, l'individu subirait l'effet de son propre choc en retour et du choc en retour de l'arbre contre le tronc duquel il s'appuie. Je n'ai jamais eu l'occasion de l'observer, et je n'en ai jamais vu d'exemple cité dans les écrits et statistiques que j'ai consultés.

Des expériences directes pourraient, du reste, facilement confirmer ou infirmer ces vues théoriques. Il serait aisé, en effet, de s'assurer si, chaque fois qu'il tonne au-dessus d'un bois, il s'établit un courant dans le tronc des arbres. Il suffirait, pour cela, d'un appareil composé de deux anneaux métalliques, embrassant à des hauteurs différentes le tronc de l'arbre, et réunis entre eux par un conducteur en communication avec un galvanomètre. En réunissant par un conducteur commun plusieurs appareils semblables appliqués à des arbres différents, on rendrait cet effet bien plus sensible, puisqu'on formerait, de la sorte, un appareil analogue à la pile électrique dont l'intensité du courant se multiplie avec le nombre de ses couples.

LE PRURIT DIABÉTIQUE

AUX PARTIES GÉNITALES DE L'HOMME ET DE LA FEMME.

Par M. le docteur Blanchet (de Vichy).

Chez l'homme, le prurit existe au prépuce, au méat urinaire, au gland; chez la femme, aux parties génitales : grandes et petites lèvres, méat urinaire, vagin, parties internes des cuisses, aux aisselles.

La verge de l'homme peut présenter des gerçures, une irritation douloureuse, un obstacle à l'écoulement de l'urine, de l'œdème, de la gangrène, s'il survient un phimosis ou un paraphimosis très prononcé. Plusieurs des diabétiques qui viennent me consulter, sont souvent au désespoir de cet état local.

Sans suspendre leur traitement thermal, je dis aux hommes : Faites sur ces régions des lotions d'eau alcaline de Vichy, des lotions avec glycérine pure; faites pénétrer ces produits, avec les barbes d'une plume d'oie, sous le prépuce, de manière à imbiber et le prépuce et le gland. Ce simple procédé réussit. Si le phimosis est très sérieux, impénétrable à ces lotions, je me sers de l'éponge préparée; un petit morceau de cette éponge est trempé rapidement dans un liquide d'eau tiède et introduit dans

l'ouverture laissée libre autour du méat urinaire; s'il le faut, on emploie la force pour le faire pénétrer; l'eau tiède excite l'expansion de l'éponge introduite, et bientôt le phimosis se réduit, c'est-à-dire que le gland est découvert et laisse la sortie de l'urine libre. On peut alors, plusieurs fois par jour, nettoyer ces parties, qui en ont toujours grand besoin, avec eau de Vichy, glycérine pure. Souvent il faut introduire un deuxième, un troisième cône d'éponge préparée, tous les jours, pendant une demi-heure matin et soir.

Cette opération, si on peut l'appeler ainsi, se fait sans souffrance.

Si le paraphimosis se déclare, on se sert encore de la glycérine ou d'huile simple, et on emploie les doigts, quand le prépuce est œdématié; une languette de diachylon, appliquée sur la partie gonflée, suffit et évite la gangrène, suite de l'étranglement du gland, gangrène se déclarant au moindre *bobo* diabétique.

Les femmes n'ont pas besoin d'éponge préparée, mais, elles aussi, souffrent et beaucoup dans leurs parties génitales; plusieurs de mes clientes diabétiques, et surtout les grosses, les grasses, sont venues me consulter sur leurs douleurs affreuses; elles me disaient : « C'est l'enfer que nous avons de ce côté-là; nous ne pouvons plus résister et la nuit et le jour; nos ongles seuls nous soulagent, puis la démangeaison est pire encore; des croûtes même se forment, il faut les arracher, et un sentiment atroce de brûlure se fait sentir. »

Pour les soulager, je leur ordonne : bains de siège alcalins pendant soixante minutes; glycérine en lotions sur toutes les parties cuisantes; le bain de siège au son de froment, si on est loin de Vichy; les lotions doivent être faites dans l'intérieur de toutes les lèvres, et, si l'on peut, dans le vagin.

Voici, en outre, une pommade qui m'a parfaitement réussi :

Oxyde de zinc.	25 grammes.
Acide salicylique.	1 —
Glycérolé d'amidon.	25 —

J'engage beaucoup ces malades intéressants à suivre sérieusement leur traitement thermal, avec bains prolongés tièdes, s'il y a irritation aiguë. Cette irritation, chez l'homme comme chez la femme diabétique, vient certainement du passage réitéré de l'urine sucrée; donc, par un traitement rationnel, éviter la trop grande polyurie.

M. Pasteur attribue ces souffrances des parties génitales au développement d'un champignon qui trouve un terrain tout préparé dans le mélange de la matière sébacée avec l'urine diabétique retenue dans le sillon préputial de l'homme, et dans l'espace qui existe entre les lèvres génitales de la femme; au microscope, ce champignon se montre formé de mycélium et de spores en grande quantité. Cela sent un peu le microbe. Nous parlerions donc d'un symptôme parasitaire? Admettons cette idée scientifique, je suis microbien; je suis de ceux qui croient que les microbes jouent un rôle considérable dans un grand nombre de maladies, mais suivons religieusement le régime, nos avis précédents, qui ne peuvent que détruire le microbe.

Depuis longtemps on avait soutenu que les infiniment petits jouaient, en pathologie, un grand rôle; cependant une découverte n'appartient pas à celui qui annonce un fait, mais bien à celui qui le démontre. Or M. Pasteur a le mérite d'avoir prouvé le premier que les fermentations sont dues à des organismes inférieurs, qu'elles ne sont pas le résultat de la génération spontanée, mais bien du développement de germes apportés du dehors. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour le diabète? Pourquoi dans les produits suintants du gland de la verge, des parties génitales de la femme, ne trouverait-on pas le parasite? Il serait alors possible de l'inoculer sur des bœufs, des chiens, etc.; il est prouvé que les animaux peuvent être diabétiques, on verrait alors si le diabète peut se communiquer. M. Pasteur y arriverait certainement par ses cultures successives.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de conchyliologie (1), par M. le docteur Paul Fischer.

Les fascicules VII et VIII de cet important ouvrage sont consacrés à la suite de l'étude des Gastropodes. Voici d'abord la famille des *mitridæ*. On trouve les coquilles de cette famille en grande abondance dans les mers à coraux, et à une profondeur très faible qui ne dépasse guère quelques brasses. Une seule espèce vit dans la zone abyssale, à dix-neuf cents mètres.

L'auteur étudie successivement les *fasciolariidæ*, les *turbinellidæ*, les *buccinidæ*, les *nassidæ*, les *columbellidæ*, et les *muricidæ*.

Les mollusques qui composent cette dernière famille sont tous carnivores et se nourrissent de Gastropodes ou de Lamellibranches, dont ils percent les coquilles au moyen de leur trompe. Ils pratiquent une excavation à bords déclives, facilement reconnaissable et placée de telle façon que les organes essentiels de leurs victimes sont sûrement atteints. On trouve un grand nombre de ces coquilles percées dans les dépôts coquilliers de l'Éocène parisien.

Les familles des *Coralliophilidæ* terminent la seconde subdivision.

Les Tænioglossa ont été divisés en Siphonostomata et en Holostomata. Les Siphonostomata se subdivisent en Canalifera (fam. des *Tritonidæ, Columbellinidæ, Cassididæ* et *Doliidæ*); en Involuta (*Cypræidæ*); en Alata (*Strombidæ, Chenopodidæ, Struthiolariidæ*); en Entomostoma (*Cerithiidæ, Modulidæ, Planaxidæ, Nerineidæ, Trichotropididæ*).

Les Holostomata se subdivisent en Gymnocochlides, Peltocochlides et Cryptocochlides.

Les Gymnocochlides se divisent en Protopoda (*Vermetidæ*) et en Discopoda.

Les Discopoda se divisent en Branchifera, Dipneusta (*Ampullariidæ*) et Pulmonifera.

Les Branchifera se divisent en Entobranchia et Ectobranchia (*Valvatidæ*).

Les Entobranchia comprennent les familles des Turritellidæ, Cæcidæ, Pseudomelaniidæ, Melaniidæ, Pleuroceridæ, Littorinidæ, Fossaridæ, Solariidæ, Homalogyridæ, Skenidæ, Jeffreysiidæ, Litiopidæ, Rissoidæ, Hydrobiidæ et Paludinidæ.

Les Pulmonifera se divisent en Acrophthalma (*Assimineidæ*) et en Basiophthalma (*Cyclophoridæ, Cyclostomidæ, Aciculidæ, Truncatellidæ*).

Les Peltocochlides sont ou Inoperculata (*Capulidæ, Hipponycidæ*), ou Operculata (*Xenophoridæ, Naricidæ*).

Les Cryptocochlides se divisent en Anaspidea (*Lamellariidæ*) et en Aspidophora (*Naticidæ*).

M. Paul Fischer place ensuite sous le titre de « Tænioglossa incertæ sedis » cinq familles qui présentent des caractères assez insolites pour que leurs relations avec les autres familles de cette subdivision ne soient pas encore suffisamment établies.

La quatrième subdivision, celle des Ptenoglossa, comprend les familles des Janthinidæ et Scalariidæ.

L'auteur termine enfin son huitième fascicule en commençant l'étude des Gymnoglossa (*Eulimidæ* et *Pyramidellidæ*).

Cette rapide analyse montre la richesse de ces deux fascicules qui sont traités avec tout le soin auquel nous a habitués le savant aide-naturaliste du Muséum.

Éléments d'anthropologie générale (2), par M. le docteur Paul Topinard.

L'auteur publiait, il y a huit ans, un petit volume ayant pour titre : « l'Anthropologie ». Ce livre, que nous avons, à cette époque, présenté à nos lecteurs, répondait certainement à un besoin. C'était un manuel à la portée de tous, destiné à tracer le pro-

(1) In-8°. — Prix de l'ouvrage complet : 28 francs. — Paris, F. Savy.
(2) Un fort vol. in-8°. — Prix : 24 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

gramme des matières que comporte l'histoire naturelle de l'homme et à servir de vade-mecum aux commençants et aux voyageurs.

Tout autre est le livre que l'auteur intitule : « Éléments d'anthropologie générale. » Il est la substance de huit années de cours à l'École d'anthropologie; c'est une œuvre personnelle et le fruit de recherches incessantes.

Ce livre se partage en trois parties. La première est consacrée aux généralités : historique, principe, méthode générale, question d'ensemble, de type, de race, de milieu, de classification. La seconde s'adresse aux travailleurs de laboratoire, montre les idées qui dirigent les recherches craniologiques et craniométriques, discute les mesures et donne les résultats acquis. La troisième, enfin, concerne les voyageurs; elle insiste sur la conduite qu'ils ont à tenir, sur l'anthropométrie et ses résultats jusqu'à ce jour; elle critique, simplifie et remanie les procédés, et se termine par une double liste d'instructions pour le vivant.

Les « Éléments d'anthropologie générale » laisseront une profonde trace dans l'histoire de l'anthropologie. Cette science, qui, sous la puissante direction de Broca, avait marché d'un pas si sûr dans la vraie voie scientifique, semble, depuis quelques années, s'égarer. M. Topinard a tracé d'une main très ferme le champ de cette science.

Sous le nom d'anthropologie, il reconnaît deux études fondamentales : 1° l'anthropologie proprement dite ou zoologique, qui est générale ou spéciale. La première traite de l'espèce humaine; la seconde des races humaines; 2° l'ethnographie générale (question commune à tous les peuples) et spéciale (description particulière des peuples).

Les sciences anthropologiques sont essentielles ou accessoires : 1° essentielles, comprenant Anatomie humaine, Embryogénie, Physiologie humaine, Psychologie, Sociologie, Pathologie, Tératologie; 2° accessoires, comprenant Histoire, Archéologie préhistorique, Linguistique, Mythologie comparée, Démographie anthropologique et ethnographique, etc.

L'anthropologie se trouve ainsi placée sur son véritable terrain, où la science zoologique doit absolument dominer. Toutes les autres recherches — et Dieu sait ce qu'on a publié sous le titre d'anthropologie — ne doivent venir qu'en second lieu, sous peine de compromettre la véritable anthropologie. Tous les vrais amis de cette science sauront donc gré à M. Topinard de l'effort qu'il a dû faire pour défendre le terrain de la science. Ces « Éléments d'anthropologie générale » seront lus, non seulement avec un grand intérêt, mais encore avec le plus grand profit. Ils donnent, à l'heure qu'il est, la véritable note de l'état de la science et font le plus grand honneur au secrétaire général de la Société d'anthropologie de Paris.

Essai sur la chirurgie du poumon dans les affections non traumatiques (1), par M. le docteur H. Truc, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

La pneumectomie ou résection du poumon, partielle ou totale, pratiquée antiseptiquement, est généralement supportée par divers animaux et compatible avec leur existence. Chez l'homme, appliquée au traitement de la tuberculose, cette opération a donné jusqu'ici des résultats déplorables; dirigée contre le cancer secondaire, superficiel et circonscrit du poumon, elle paraît utile et peu dangereuse.

La pneumotomie ou ouverture des excavations pulmonaires mérite d'entrer pleinement, pour des cas déterminés, dans la pratique chirurgicale. Elle peut être avantageuse : 1° dans certains abcès d'origines diverses déterminant des phénomènes graves, et dont le diagnostic topographique est bien établi; — 2° dans la gangrène circonscrite provoquant des accidents infectieux et dont le siège est exactement reconnu; — 3° dans la bronchite putride, grave et localisée; — 4° dans les formes rares de tuberculose limitée, représentée par une excavation isolée, superficielle, dont les produits septiques occasionnent des symptômes infectieux capables de compromettre directement la vie du malade; — 5° dans les kystes hydatiques volumineux dont la guérison spontanée ne survient pas ou n'est pas obtenue par les moyens ordinaires; — 6° dans les corps étrangers intra-pulmonaires ayant résisté aux manœuvres habituelles, donnant lieu à des accidents phlegmasiques ou à la fonte du parenchyme et dont le siège peut être suffisamment précisé.

(1) In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Alcan.

Les ponctions exploratrices, faites avec soin, sont généralement innocentes; elles donneront le plus souvent de précieux renseignements diagnostiques. — Les adhérences pleurales ne sont pas indispensables dans la pneumotomie; mais elles constituent une condition éminemment favorable. Leur absence, dans certains cas, est une contre-indication formelle à l'intervention.

Le bistouri peut être employé dans l'opération, mais le thermocautère, aussi utile et moins dangereux, lui sera ordinairement préféré. — La résection costale doit être généralisée. Elle convient particulièrement à l'ouverture des grandes excavations pulmonaires et en facilite la guérison rapide. Son étendue sera en rapport avec celle de la lésion. — Le drainage et les lavages antiseptiques paraissent toujours utiles et souvent nécessaires. Les drains doivent être souples et quelquefois multiples; une ou plusieurs contre-ouvertures sont parfois indiquées.

Les injections antiseptiques intra-caverneuses, en dehors de la pneumotomie, semblent peu favorables. — Les injections intra-parenchymateuses, chez l'animal comme chez l'homme, sont bien supportées, à condition d'être faites avec précaution, avec des liquides peu irritants et à doses modérées. — Les injections intra-parenchymateuses, chez les tuberculeux, n'aggravent pas l'état local et n'arrêtent pas la marche des lésions pulmonaires. Elles ont procuré, dans certains cas, un léger amendement symptomatique.

On peut agir sur divers points de la paroi thoracique; les régions sous-claviculaires et axillaires sont les plus abordables et les moins dangereuses.

Des ruptures de la verge (1), par M. le docteur P. Cami-Debat.

L'auteur désigne sous le nom de rupture de la verge la solution de continuité accidentelle du *fascia penis*, accompagnée de la désagrégation des mailles du tissu caverneux.

La rupture ne peut se produire que si la verge se trouve en état d'érection complète ; c'est surtout à l'occasion du coït que cette lésion prend naissance. On devra la soupçonner, dès le début des accidents, si le blessé déclare avoir perçu un craquement sec dans l'intérieur de l'organe. On sera en droit d'affirmer son existence, dans la suite, si l'on constate une perte de substance des corps caverneux s'accompagnant d'une attitude vicieuse de la verge. Enfin, après la guérison, la présence d'une virole solide au niveau du point lésé, la persistance de la déformation du membre, donnant parfois lieu à l'impotence fonctionnelle, fourniront des éléments plus que suffisants au diagnostic.

Cet accident est généralement assez bénin; mais, dans certaines circonstances, il présente une gravité exceptionnelle, soit par le fait des complications, soit à cause des désordres locaux irrémédiables qui peuvent en être la conséquence. Ces considérations ont amené l'auteur à établir plusieurs classes de rupture.

Le traitement, tout puissant quand il s'agira de prévenir les complications ou de combattre leurs funestes effets, ne sera guère apte à modifier la marche du traumatisme; il sera tout à fait incertain dans ses résultats, lorsqu'il se proposera de remédier à une infirmité consécutive.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour la nomination à trois places vacantes d'interne en médecine et en chirurgie à l'hôpital civil de Mustapha,

(1) In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

dont une pour Douéra, s'ouvrira à l'École de médecine d'Alger, le mardi 3 novembre 1885, à une heure de l'après-midi.

Les candidats devront se faire inscrire personnellement ou par écrit, au secrétariat de la direction de l'hôpital civil de Mustapha, au plus tard le lundi 2 novembre, jusqu'à quatre heures du soir, et déposer en même temps toutes les pièces nécessaires.

Bien que le concours ne soit annoncé que pour trois places, il pourrait se faire que le nombre des vacances devînt d'ici là supérieur à ce nombre. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er décembre prochain; ils sont nommés pour trois ans.

— Un concours pour la nomination à neuf places d'internes préparateurs en pharmacie, au même hôpital de Mustapha, s'ouvrira aussi, le mardi 3 novembre 1885, à l'École de médecine d'Alger.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la direction de l'hôpital, au plus tard le lundi 2 novembre, jusqu'à quatre heures du soir. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er décembre prochain; leur nomination est faite pour trois années.

— M. Morizot, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Bordeaux.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Henriet, chirurgien des hôpitaux de Paris, décédé le 18 septembre à l'âge de trente-six ans; et de M. le docteur Fontredon, de Chevannes (Yonne).

Nouveau Manuel de la garde-malade, à l'usage des mères de famille, des institutrices, des infirmières, etc., par le docteur Bérillon. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18340.

N° 110. — JEUDI 24 SEPTEMBRE 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 24 SEPTEMBRE 1885. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La trêve aux discours sur le choléra a laissé l'accès de la tribune libre aux lectures. Après un rapport de M. Gariel sur les résultats de recherches expérimentales entreprises par M. le médecin de la marine Maurel, relativement aux causes des variations nychthémérales de la température normale des êtres vivants, résultats que le rapporteur n'accepte que conditionnellement et sous réserve d'une nouvelle étude plus complète du sujet, l'Académie a entendu deux communications. L'une est de M. le docteur Brondel (d'Alger), sur la « diélectrolyse », nom sous lequel ce médecin désigne l'introduction dans l'économie de certains médicaments au moyen de l'électricité; — c'est une voie nouvelle ouverte à la thérapeutique et qui ne demande qu'à faire ses preuves. — La seconde communication a été faite par M. le docteur Dubousquet-Laborderie. Elle avait pour objet l'exposé de la constitution médicale actuelle de Saint-Ouen. De cet exposé très net et très clairement présenté, il ressortirait que cette commune est en ce moment en proie à une épidémie d'un caractère mixte qui tiendrait à la fois de la fièvre typhoïde et du choléra, sorte d'épidémie complexe d'accidents typhoïdiques et de phénomènes cholériformes, qui pourrait bien n'être autre chose que l'une de ces périodes préépidémiques dont parlait justement M. J. Guérin dans la précédente séance, à l'occasion des communications de MM. Peter et Le Roy de Méricourt. Au moment où M. Dubousquet, venant de terminer sa lecture, descendait de la tribune, nous entendions dire autour de nous : « Pourquoi n'entend-on pas plus souvent à l'Académie des communications de cette nature? » Nous avions exactement la même pensée.

HOTEL-DIEU. — M. Tillaux.

De l'équinisme au premier degré; ténotomie double du tendon d'Achille.

Lorsque le talon fortement attiré et maintenu en haut ne permet au pied que de poser sur le sol par l'extrémité antérieure du métatarse et même par les orteils, cette difformité constitue l'équinisme ou le pied équin. Il n'y a pas alors d'erreur possible; pour tout le monde, le malade est atteint de pied bot. L'équinisme est en général le résultat d'une rétraction plus ou moins considérable du tendon d'Achille, et quelle que soit la force que l'on emploie pour fléchir le pied sur la jambe, il est impossible d'arriver à le mettre à angle droit.

Mais il existe un degré d'équinisme tellement léger qu'il peut passer inaperçu, et cependant il détermine à la longue, dans la marche et dans la station verticale, des troubles graves. Le malade peut faire porter le pied sur le sol par toute la face plantaire, et durant nombre d'années, bien que la lésion primitive soit probablement congénitale, l'enfant marche, saute, court à peu près comme tous les autres enfants. C'est plus tard que les déformations apparaissent; la marche devient défectueuse, douloureuse, et le chirurgien est seulement alors appelé à intervenir. C'est ainsi que le jeune homme qui fait l'objet de cette leçon est âgé de vingt et un ans, et que j'ai opéré de la même affection une femme de vingt-six ans.

Voici d'abord l'observation de notre malade, prise par M. Marciguey, l'interne de service :

C..., âgé de vingt et un ans, marchand de bois, est entré dans le service, le 8 mai, et occupe le n° 7 de la salle Saint-Côme.

Plusieurs personnes de sa famille, un oncle et deux de ses frères sont morts de tuberculose pulmonaire. Son père et sa mère sont en bonne santé. Il a toujours été susceptible de la poitrine, présentant des bronchites fréquentes.

La respiration est un peu rude et saccadée au sommet gauche. Tous les autres viscères sont indemnes.

A l'âge de cinq ans, il eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui frappa les jambes et probablement les pieds, mais il ne peut spécifier quelles ont été les jointures atteintes. A partir de cette époque, il a toujours souffert des pieds, surtout quand il portait des chaussures un peu étroites.

Depuis deux ans, ces douleurs sont devenues chaque soir très vives dans les deux pieds; il éprouve même des crampes avec contracture musculaire lorsqu'il a marché beaucoup dans la journée, son métier le forçant à se tenir debout et à faire de longues courses.

Les pieds se sont sensiblement déformés, et aujourd'hui il marche sur l'avant-pied.

État actuel. — A première vue, les jambes et les cuisses paraissent bien constituées. Cependant, la circonférence de la jambe gauche, en son milieu, est de 5 centimètres plus petite que celle de la droite.

La longueur du pied gauche, prise du sommet du talon à l'ex-

trémité du gros orteil, est de 2 centimètres plus courte que celle du pied droit.

Enfin sa circonférence, en son milieu, est de 1 centimètre plus courte que celle du droit.

Lorsque le malade est couché, les pieds sont étendus sur la jambe; leur axe, au lieu d'être à angle droit sur celui de la jambe, tend donc à se rapprocher de ce dernier.

Ils se placent dans l'adduction, leur bord externe étant un peu abaissé, et l'interne relevé.

Le creux de la voûte du pied est très accentué des deux côtés.

La tête des métatarsiens fait sur la face plantaire une saillie très accentuée. De chaque côté existe un durillon causé par la marche, preuve que le poids du corps repose principalement sur cette région.

Les orteils sont subluxés en haut. On voit sur la peau le relief formé par les tendons extenseurs des orteils.

Les tendons d'Achille forment une corde appréciable sous la peau.

Il faut que le jeune homme fasse un effort assez considérable pour remettre les pieds à angle droit sur les jambes; il ne peut même parvenir à relever complètement le gauche, et il lui serait impossible de prolonger cet effort pendant un quart d'heure, la fatigue survenant très rapidement dans le triceps sural. Les tendons d'Achille forment alors un relief très accentué sous la peau.

Pour redresser les pieds, il faut appuyer fortement sur leur face plantaire, et la reporter en dehors.

Ils se placent habituellement en varus équin.

Après un repos prolongé, le malade ne souffre plus.

Lorsqu'il marche, la fatigue est rapide, le pied ne reposant plus que sur son segment antérieur.

Ainsi donc voilà un malade qui, pendant toute son adolescence, a marché comme les autres enfants, n'éprouvant qu'un peu plus de fatigue; et il ne souffre en réalité que depuis deux ans. C'est à partir de l'âge de dix-neuf ans que les douleurs sont devenues chaque soir très vives dans les deux pieds. Ceux-ci se sont peu à peu déformés, et aujourd'hui le malade ne marche plus que sur l'avant-pied. Vous pouvez vous rendre compte, d'après ce dessin, de l'attitude des deux pieds à l'état de repos; la déformation est considérable, très complexe, et exige une analyse assez détaillée pour être bien comprise.

Voyons donc comment les phénomènes se sont produits, et quel a été leur ordre de succession. Ils sont peu connus, si même ils ont été complètement décrits, car je ne les ai pas trouvés signalés dans les leçons si complètes de mon ancien maître Bouvier. J'ajoute que de l'analyse que je vais faire devant vous, découle un traitement sérieux dont la nécessité ne s'impose pas de prime abord à la famille, ni même à des médecins, ainsi que j'en ai vu, il n'y a pas longtemps encore, un exemple.

La difformité qui frappe tout d'abord est un renversement presque complet des cinq orteils sur le métatarse. Le gros orteil surtout forme un angle droit avec le premier métatarsien, dont la tête fait une saillie considérable à la face plantaire. Les tendons extenseurs font relief sous la peau; ils sont tendus comme des cordes et paraissent en état de contracture. L'écueil consiste précisément à faire de cette contracture apparente des extenseurs la maladie principale, ce qui est d'autant plus explicable que le malade, je le répète, arrive à poser son pied à plat sur le sol, qu'on peut placer le pied à angle droit sur la jambe, et que pendant de longues années la marche s'est effectuée d'une façon sensiblement normale.

Mais la contracture des extenseurs n'est que secondaire, et elle se produit de la manière suivante :

Le tendon d'Achille est suffisamment long pour que le pied puisse être ramené à angle droit en le fléchissant avec une certaine force, et aussi pour que, sous la pression du poids du corps, le pied puisse reposer à plat quand on ordonne au malade de le faire, mais il est en réalité trop court, et la preuve, c'est que l'on ne peut faire dépasser au pied l'angle droit sur la jambe, ce qui est toujours possible sur un pied bien conformé. Il résulte de ce raccourcissement que le malade a une tendance à marcher sur l'avant-pied, sur ce que nous appelons le talon antérieur. Comment peut-il suppléer à ce léger raccourcissement du tendon d'Achille? C'est en mettant en jeu les extenseurs des orteils et le jambier antérieur qui sont aussi des fléchisseurs du pied sur la jambe. Grâce à cette contraction instinctive, la difformité est en grande partie masquée pendant les premières années. Il se produit un phénomène analogue à celui qui se passe dans l'œil, lorsque le muscle ciliaire se contracte pour permettre, pendant un certain nombre d'années, l'accommodation chez les hypermétropes jusqu'à ce que, le muscle se fatiguant, l'hypermétropie devienne manifeste, comparaison d'autant plus juste que cette affection consiste, elle aussi, en un raccourcissement de l'axe optique par rapport à l'appareil dioptrique de l'œil. On conçoit donc que les extenseurs luxent peu à peu les orteils sur le métatarse. Mais à la longue, ces muscles se fatiguent, deviennent impuissants à lutter contre le tendon d'Achille, et le malade finit par ne plus poser le talon et marche sur l'avant-pied, ce dont témoigne l'état de la peau des saillies sous-métatarsiennes.

Le pied peut ainsi rester de longues années à l'état d'équinisme direct, mais il peut aussi subir d'autres déformations, et c'est même la règle. La contraction du jambier antérieur finit par porter le pied en dedans, en relevant le bord interne, c'est-à-dire en varus. Le long péronier latéral entre alors en scène; luttant contre ce soulèvement du bord interne du pied, il se contracte activement et produit le pied creux. De telle sorte que, finalement, à la suite d'une lésion initiale en apparence légère, le malade finit par être atteint d'un pied bot équin varus avec subluxation des orteils et pied creux : ce qui est le cas de notre malade.

Il y a donc avantage à agir le plus tôt possible contre cette malformation. Or, il résulte de ce qui précède que le seul traitement rationnel et efficace consiste dans la section du tendon d'Achille.

Nous allons la pratiquer, sur notre jeune malade, des deux côtés. Je profiterai de l'occasion pour vous rappeler en quelques mots l'historique de cette intéressante opération, que l'on peut considérer comme le point de départ de la méthode sous-cutanée, et vous indiquerai ensuite le meilleur procédé opératoire à mettre en usage.

La première opération de ténotomie du tendon d'Achille, avec conservation de la peau qui le recouvre, fut pratiquée par Delpech, le 9 mai 1816, sur un garçon âgé de neuf ans. Il a rapporté lui-même cette observation avec de grands détails dans sa *Chirurgie clinique de Montpellier* (t. I[er], p. 177). Delpech était animé d'une conviction profonde, ainsi qu'en témoigne la phrase suivante : « Après de mûres réflexions, nous crûmes notre projet praticable, et nous l'exposâmes aux parents du jeune malade, en leur faisant connaître la vérité tout entière, et jusqu'à nos incertitudes. Il s'écoula plus d'un mois, pendant lequel on consulta, à notre insu, un grand nombre de praticiens qui traitèrent notre avis de folie. »

Le but que Delpech se proposait d'atteindre était l'allongement du tendon, mais il pratiqua une opération bien différente de celle que je ferai aujourd'hui.

Il fit de chaque côté du tendon une incision verticale, longue de 1 pouce (2 cent. 1/2), puis, introduisant un bistouri convexe par l'incision interne, il divisa le tendon d'avant en arrière en respectant la peau. Il plaça ensuite le pied dans une forte extension pour mettre en contact les deux bouts du tendon, avec la pensée que le tissu qui les réunirait céderait aisément plus tard sous l'influence de la flexion du pied.

Cette opération ne fit pas tout d'abord fortune en France; mais reprise en 1831 par Stromeyer et Dieffenbach, elle fut employée en Allemagne un très grand nombre de fois, nous revint alors d'outre-Rhin et fut de suite acceptée avec enthousiasme.

On trouverait d'autres exemples de cette singulière disposition d'esprit de notre pays. Morand ne fit-il pas un voyage en Angleterre pour étudier la taille latéralisée, d'abord pratiquée chez nous, mais dédaignée?

Certes, l'opération de Delpech n'était pas irréprochable, mais le principe était posé : couper un tendon faisant obstacle au redressement du pied et respecter la peau qui le recouvre. Il n'est pas douteux que le chirurgien de Montpellier avait inspiré Dupuytren lorsque ce dernier pratiqua, en 1882, la célèbre opération de section sous-cutanée du tendon du sterno-mastoïdien pour un torticolis.

Grâce aux divers perfectionnements qui y ont été apportés, la section du tendon d'Achille est devenue très simple et manque rarement son but : piquer la peau (de préférence au côté interne du tendon, pour éviter plus sûrement la blessure de la tibiale postérieure) avec un ténotome pointu; introduire par cette plaie minuscule un ténotome mousse entre la peau et le tendon; sectionner le tendon préalablement tendu par la flexion du pied, tels sont les trois temps dont se compose l'opération. C'est à peine s'il s'échappe quelques gouttes de sang, de telle sorte que la section peut être pratiquée aussitôt après la naissance sans faire courir à l'enfant aucun danger.

Au lieu de rapprocher les deux bouts du tendon divisé, comme le fit Delpech, il faut au contraire les écarter le plus possible en ramenant de force le pied dans la position normale, de façon (passez-moi cette expression) à mettre une rallonge au tendon trop court.

Comment maintenir le pied dans cette nouvelle position? On peut appliquer de suite un appareil orthopédique : c'était la pratique de Bouvier; mais il y a mieux à faire. J'eus l'idée (et je pense avoir été le premier) d'appliquer, immédiatement après la section, l'appareil à attelles plâtrées si ingénieux que Maisonneuve venait d'imaginer pour les fractures de jambe, et je publiai, en 1867, dans le *Bulletin de thérapeutique*, cinq ténotomies traitées de cette manière. Quand les attelles sont en place, le chirurgien donne au pied, en employant la force nécessaire, la position qu'il juge convenable, et l'y maintient jusqu'à ce que le plâtre soit sec. Le pied est ainsi absolument immobilisé, et le tendon se répare dans une étendue en rapport avec la nouvelle position du pied, ce qui exige un mois environ. Je n'ai pas agi autrement depuis 1867 dans les nombreuses ténotomies que j'ai pratiquées, et je ne saurais trop vous recommander ce procédé qui remplit rigoureusement le but que l'on se propose. Il m'est arrivé, en employant à la vérité une grande force, presque de la violence, de redresser et de maintenir redressés, chez des adolescents, des pieds bots qui tout d'abord ne paraissaient justiciables que de la tarsotomie. Je vous en ai montré dernièrement un exemple. L'appareil à attelles plâtrées, outre sa puissance, présente l'avantage d'être toujours bien supporté et, circonstance capitale, de n'exercer de pression douloureuse sur aucun point du pied.

L'opération a été pratiquée en suivant les règles qui précèdent. Les deux tendons d'Achille se sont complètement reconstitués, et le malade est sorti de l'hôpital en appuyant d'aplomb la face plantaire sur le sol et sans éprouver aucune douleur.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

Deux cas d'insuffisance aortique.

I. Au nº 19 de la salle Saint-Luc, était couché un malade dont le diagnostic ne nous avait laissé aucun doute — il était atteint d'une insuffisance aortique — et dont le pronostic nous paraissait fatal à brève échéance, dès son arrivée à l'hôpital. Et de fait, il a succombé ces jours derniers.

A son entrée dans le service, nous l'avions trouvé dans un état fort grave, dans une grande agitation, un malaise général très prononcé. Le cœur était volumineux, son bord droit ne mesurait pas moins de 19 centimètres. La pointe, située très en dehors, était aussi fortement abaissée, elle ne descendait pas à moins de 6 centimètres au-dessous du mamelon. Enfin, à la base, on entendait très distinctement un souffle diastolique caractéristique.

Mais ce n'était pas tout encore, le malade était, de plus, sous l'influence d'une fièvre intense, et la température présentait, du matin au soir, des oscillations considérables; en effet, tandis que, le soir, le thermomètre montait jusqu'à 40°,4, le matin, au contraire, il tombait à 36°,4.

A quoi pouvions-nous attribuer un mouvement fébrile aussi accentué? Nous examinâmes tour à tour les organes respiratoires, le tube digestif, les reins, le foie; mais dans aucun d'eux nous ne pûmes découvrir la moindre lésion, ces divers appareils étaient parfaitement indemnes. De sorte que, par exclusion, nous revînmes de nouveau à l'organe central de la circulation où nous trouvâmes en effet l'affection organique, compliquée d'accidents inflammatoires aigus, c'est-à-dire d'une endocardite ulcéreuse secondaire. Les phénomènes morbides, en raison de leur extrême gravité, n'eurent qu'une courte durée, et le malade succombait huit jours après son entrée à l'hôpital, sans avoir présenté aucun autre symptôme plus confirmatif. On sait en effet combien, en pareils cas, l'auscultation et la percussion ont peu de valeur, combien il est difficile de constater les signes de cette affection. En général, on n'a guère que des présomptions, tant que celles-ci ne sont pas confirmées par des phénomènes typhiques ou des accidents d'embolie, des hémorrhagies rénales, des infarctus dans l'organe splénique.

Or, chez notre malade, si, d'une part, nous n'avons pas trouvé de sang dans les urines, par contre, nous avons pu constater, pendant les derniers jours de l'existence, une tuméfaction notable de la rate, tuméfaction caractéristique de l'endocardite ulcéreuse.

D'ailleurs les accidents ont été promptement en s'aggravant, et l'autopsie est venue vérifier l'exactitude de notre diagnostic. Voici, en effet, les lésions que nous avons ren-

contrées : aucune trace d'insuffisance mitrale, aucun rétrécissement aortique, et, en cela, il diffère de la femme du nº 1 de la salle Sainte-Adélaïde, dont nous allons vous parler dans quelques instants. Mais nous avons trouvé une insuffisance aortique parfaitement caractérisée. Les valvules sigmoïdes de l'aorte déchirées présentent des végétations très bien marquées. L'aorte n'est pas rétrécie, mais elle nous montre une certaine tendance à devenir athéromateuse, c'est-à-dire que l'on aperçoit quelques plaques d'athérome en voie de formation. Les artères coronaires sont saines et perméables. Le muscle cardiaque est pâle. Les deux ventricules sont dilatés et concourent tous deux à former la pointe du cœur. Le poumon gauche est emphysémateux; le droit, congestionné, présente une certaine quantité de petits tubercules.

La rate ou mieux son bord antérieur mesure 19 centimètres de longueur et renferme un infarctus récent, du volume d'une noisette, infarctus qui est une nouvelle confirmation de l'endocardite ulcéreuse. Tous les autres organes sont sains; le rein gauche est seulement un peu volumineux.

En somme, il s'agit très manifestement d'une endocardite ulcéreuse avec lésions bien peu considérables, en réalité, pour des phénomènes aussi graves. Les valvules, comme nous l'avons déjà dit tout à l'heure, sont déchirées; sur leur bord libre on constate l'existence d'inégalités qui ne sont autre chose que des végétations multiples. Dans quelques cas et à une certaine période de la maladie, on a vu quelquefois ces végétations s'interposer entre les valvules, de façon à faire disparaître passagèrement tous les signes de l'insuffisance et à présenter toutes les apparences d'une guérison de cette affection. Mais ce n'était là qu'une pseudo-guérison transitoire, durant le temps seulement pendant lequel ces végétations pouvaient oblitérer l'orifice. Mais, dès qu'elles se rétractaient ou qu'elles se trouvaient détruites, tous les phénomènes de l'insuffisance reparaissaient comme auparavant.

Chez notre malade il s'agissait donc bien, en résumé, d'une insuffisance aortique compliquée, à un moment donné, par une endocardite végétante et ulcéreuse occupant les valvules sigmoïdes de l'aorte et qui s'est terminée par une mort rapide.

Ainsi, si les malades atteints d'insuffisance aortique succombent parfois tout à coup; s'ils sont frappés quelquefois de mort subite; si, d'autre part, cette maladie donne souvent lieu aux phénomènes les moins pénibles, il faut savoir aussi que, dans certains cas, elle peut se terminer brusquement par les accidents les plus graves d'endocardite, par des ulcérations des valvules, sur la nature parasitaire desquelles nous ne sommes pas encore suffisamment édifiés.

II. Nous avons aussi, au nº 1 de la salle Sainte-Adélaïde, une autre malade, une femme, atteinte d'insuffisance aortique, mais d'une insuffisance s'accompagnant d'un rétrécissement mitral, complication assez fréquente du reste. Ce n'est pas de sa maladie, à proprement parler, que je veux vous entretenir, mais bien plutôt, à son occasion, de l'action de la digitaline sur cette maladie.

J'ai cru devoir administrer à cette femme ce médicament, malgré l'opinion de quelques médecins qui le prohibent absolument dans les lésions de l'aorte. La vérité est que, si l'on a rarement l'occasion de prescrire la digitaline en pareils cas, c'est parce que le pouls est généralement régulier et que les phénomènes d'asystolie y sont rares.

Chez notre malade, nous observions quelques accidents, tels que précipitation des battements du cœur, œdème des extrémités, albuminurie, etc.; et nous avons ordonné la digitaline. Non seulement une diurèse rapide en a été la conséquence comme d'habitude, mais encore nous avons constaté une amélioration notable du côté du cœur, ainsi que des modifications remarquables de l'organe central de la circulation.

Ainsi, du jour au lendemain, le cœur a diminué considérablement de volume dans sa totalité. Et ce qui prouve bien que ces modifications sont dues à ce médicament, c'est que, dès que l'emploi en a été suspendu, le cœur a repris son volume primitif. La dose de digitaline pour avoir cette influence doit être très minime — nous n'avons donné qu'un milligramme — et la forme sous laquelle elle doit être prescrite est aussi très importante. C'est ainsi que, sous la forme de granules, son action est presque nulle et que l'on est forcé de la continuer pendant plusieurs jours pour obtenir quelque effet, tandis qu'en solution, son influence est des plus prononcées, même à très faible dose. Ici l'action tient à la rapidité avec laquelle le médicament en solution est absorbé, surtout si l'estomac est vide. J'insiste tout particulièrement sur ces différences qui sont d'une très haute importance dans la thérapeutique de ces affections.

FRACTURE COMMINUTIVE DE LA JAMBE DROITE

COMPLIQUÉE DE PLAIE, HÉMORRHAGIE, ÉRYSIPÈLE, EMPHYSÈME, PHLYCTÈNES, ABCÈS, ESQUILLES, CHEZ UN ATAXIQUE, CONSOLIDÉE EN QUARANTE-SEPT JOURS PAR L'APPLICATION DE LA BOÎTE-GOUTTIÈRE A SUSPENSION.

Par M. le docteur Philippe (de Saint-Mandé).

I

Les chirurgiens sont loin d'être d'accord pour le traitement des fractures compliquées. Ils n'ont point de règles fixes dans l'emploi des appareils que nécessitent ces accidents. Les moyens mécaniques généralement adoptés ne remplissent pas toutes les indications que comportent les solutions de continuité osseuses avec complications.

Les uns, en effet, contiennent mal les fragments ou exercent sur le membre une compression fâcheuse; les autres, en soustrayant la région malade aux yeux du chirurgien, s'opposent à l'observation scrupuleuse de la marche de la fracture, et par conséquent au choix des moyens propres à remplir les indications nécessaires, entre autres celle du rétablissement immédiat des rapports des extrémités osseuses.

Il est une de ces indications à laquelle nul appareil usité ne peut toujours répondre : agir directement sur le fragment le plus déplacé, quelque situation qu'il occupe, quelque exigu qu'il soit, de manière à obtenir la coaptation immédiate des fragments et à éviter ainsi une foule de complications : hémorrhagies, par exemple, inflammation, gangrène, abcès, etc., produits par la séparation et la migration des extrémités osseuses.

Or j'espère que l'observation qui va suivre, et qui a présenté presque toutes les complications les plus graves des fractures, servira à démontrer les avantages de l'emploi de la boîte-gouttière à suspension, à l'aide de laquelle toutes les indications que je viens d'énumérer ont été suivies avec succès. C'est la soixante-douzième fois que je l'applique pour des cas de fractures.

Voici l'observation :

M. M..., âgé de cinquante ans, d'une forte constitution, sabotier à Paris, a été renversé par deux chiens, le 16 mai 1884, près des fortifications, à trois heures de l'après-midi, en causant avec quelqu'un. Il était atteint d'ataxie locomotrice depuis deux ans.

Je suis appelé immédiatement après l'accident par M. le docteur Foucher (de Saint-Mandé), pour donner des soins au malade avec lui et lui appliquer mon appareil à suspension.

M. le docteur Dupré se joint à nous pour nous assister.

Nous constatons une fracture complète, comminutive de la jambe droite ; très oblique, située en dedans et en bas, immédiatement au-dessus de la malléole interne ; en dehors et en haut, le long du bord externe du tibia, à 5 centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne.

La fracture du péroné siège à 6 centimètres au-dessus de la malléole externe. Le fragment supérieur du tibia chevauche sur l'inférieur, faisant saillie au-devant de celui-ci sous la peau.

Les fragments sont très mobiles ; leur déplacement est complet. Il y a une déviation considérable du pied en dehors, qui repose complètement sur son bord externe.

On observe en outre une petite plaie, à 6 centimètres au-dessus de la malléole interne, située à la partie moyenne du corps du tibia ; cette plaie a les dimensions d'une tête d'épingle et a été produite sans doute par l'extrémité aiguë du fragment supérieur du tibia ; elle rend encore un peu de sang, mais elle en avait fait perdre beaucoup au blessé, immédiatement après la chute.

Il y a, de plus, de l'emphysème dans toute l'étendue du mollet, avec épanchement sanguin à la même région.

J'applique mon appareil, aidé de MM. les docteurs cités plus haut, à huit heures du soir.

Le blessé éprouve un soulagement immédiat. Après la réduction de la fracture, l'hémorrhagie se reproduit faiblement par la petite plaie : application de compresses graduées et de quelques jets de bandes qui arrêtent rapidement l'effusion du sang.

Le 17, au matin, le malade nous dit qu'il a passé une bonne nuit et n'a presque pas souffert de sa fracture.

L'hémorrhagie s'est montrée de nouveau très faiblement et s'est arrêtée facilement par l'application du bandage compressif.

Le 18, nuit calme ; réduction des fragments. Ceux-ci bien en rapport ; presque pas d'hémorrhagie ;

(Sixième jour.) — Le 21, les fragments parfaitement placés. Le malade a eu une nuit très agitée ; de la fièvre. La face est vultueuse ; la parole brève, saccadée.

Température : 38 degrés ; 96 pulsations ; anxiété ; excitation générale.

La région antérieure de la jambe, dans son tiers inférieur, est d'un rouge violacé, noirâtre en certains points ; présentant les caractères de l'érysipèle qui a gagné le pied ; on observe trois phlyctènes à la même région qui est brûlante. La plaie ne donne plus de sang.

(Septième jour.) — Le 22, cette dernière s'est beaucoup agrandie et commence à suppurer. Pansement phéniqué au 1/100e.

On prescrit du bouillon au malade, du grog pour tisane ; potion antispasmodique.

Le 23, mauvaise nuit ; état général grave ; facies altéré ; 84 pulsations.

Température presque normale ; suppuration abondante de la plaie sanguinolente, fétide ; décollement assez étendu du foyer ; un peu de déplacement des fragments, réduction à l'aide de quelques tractions sur le membre.

(Neuvième jour.) — Le 24, nuit très mauvaise ; a beaucoup souffert de la fracture ; soubresauts des muscles qui soulèvent fortement la jambe avec de grandes douleurs ; facies hippocratique ; pouls à 96.

Température peu élevée (37 et quelques dixièmes) ; suppuration considérable et de mauvaise nature par la plaie qui s'est encore élargie.

Drainage de l'abcès ; j'agrandis la plaie immédiatement au-dessus de l'articulation et je pratique la deuxième incision en haut et en dehors du tibia, à 5 centimètres de la première, en suivant une ligne oblique au devant du corps du tibia.

Immédiatement après l'opération, le blessé se trouve bien soulagé ; le pouls est tombé de 96 à 85.

Pansement phéniqué. Potion antispasmodique renouvelée.

Le 26, amélioration marquée ; pouls à 81.

Température normale ; état général très satisfaisant ; nuit bonne. Les fragments en rapport ; beaucoup moins de suppuration qui n'est plus aussi fétide ; l'inflammation de la jambe notablement diminuée et d'un aspect bien meilleur ; l'érysipèle s'est borné.

Même pansement. On commence à nourrir le malade ; grogs ; vin vieux ; bouillons.

(Treizième jour.) — Le 28, déplacement considérable des fragments pendant la nuit, causé par les soubresauts des muscles du membre ; saillie très prononcée du tibia sous la peau. Le malade a souffert à la suite de ces contractions spasmodiques. Pouls à 92 ; état général amélioré ; engorgement de la jambe moins développé.

Manœuvres de réduction.

Le 29, M. le docteur Vallon (de Vincennes) constate avec moi un déplacement marqué, consistant dans un aplatissement très prononcé de la face interne du tibia, qui se porte en arrière et en dedans. État général satisfaisant ; appétit ; régime reconstituant.

On n'a pu réduire complètement la fracture.

(Quinzième jour.) — Le 30, M. le docteur Doré (de Paris) voit avec moi le malade dans des conditions relativement bonnes, quoiqu'il ne soit pas sans inquiétude sur les suites de la blessure.

L'aspect des plaies du drainage est très favorable. Le blessé ne souffre plus ; les soubresauts musculaires ont cessé ; les nuits sont calmes ; le pouls à 92 ; état moral excellent.

La séparation des fragments, ainsi que l'aplatissement du tibia, persistent.

Les manœuvres d'extension ordinaires sont complètement impuissantes pour amener la réduction, que j'obtiens parfaitement en soulevant le tibia très fortement, à l'aide de ma main que je place sous le mollet, en pressant ce dernier de bas en haut : c'est ce que j'appelle la *coaptation immédiate*. La réduction est ainsi complète, et pour la maintenir j'interpose un fort tampon d'ouate entre la jambe et le plan horizontal de la gouttière. Ce procédé suffit seul.

Le 1er juin, état général excellent ; plaies du drain d'un bon aspect ; la jambe a repris ses dispositions presque normales ; suppuration très peu abondante ; encore un peu d'aplatissement du tibia qu'on soulève de nouveau pour la coaptation ; plus d'infiltration sanguine du mollet.

Le 3 juin, les soubresauts des muscles se sont reproduits la nuit ; déplacement considérable des fragments ; réduction efficace par l'interposition du tampon d'ouate.

(Vingt-unième jour.) — Le 5, les plaies du drainage commencent à bourgeonner et ne donnent presque plus de suppuration.

Le malade a pu fléchir le genou de lui-même.

Le 7, nouveau déplacement des extrémités osseuses dû à la même cause et auquel on remédie comme devant ; cautérisation des bourgeons des plaies avec le crayon ; état général parfait ; pouls à 90.

Température normale.

Un deuxième abcès se forme, à 6 centimètres au-dessus de la malléole interne, le long du bord interne du tibia, à 3 centimètres en arrière du premier abcès et à son niveau.

(Vingt-septième jour.) — Le 11, suppuration nulle ; on enlève le drain ; consolidation avancée de la fracture ; plus de déplacement ; très peu de mobilité des fragments : celle-ci est plus marquée à l'extrémité inférieure du fragment supérieur du tibia, à cause de la présence supposée d'une esquille ; pouls à 85 ; cautérisation des plaies.

Le 17, dépression du tibia encore prononcée ; réduction comme à l'ordinaire.

(Trente-neuvième jour.) — Le 23, le blessé a pu lever un peu la jambe spontanément.

(Quarante-sixième jour.) — Le 30, il s'est tenu debout, seul; la consolidation est complète, si ce n'est à l'extrémité inférieure du fragment supérieur, sur une très petite surface d'ailleurs, où l'on perçoit encore une certaine mobilité qui ne nuit en rien à la solidité du membre.

(Quarante-huitième jour.) — Le 1er juillet, les plaies sont nivelées.

Le malade peut se lever; mais il se tient très difficilement en équilibre sur ses membres, à cause de l'ataxie locomotrice dont il était atteint et qui a pris une nouvelle intensité depuis sa fracture; il marche cependant assez facilement, en s'aidant de béquilles.

Prescription de pilules de sulfate de strychnine.

Le 14 août, formation d'un troisième abcès, au côté externe du fragment supérieur du tibia, à 10 centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne; en dehors et au-dessus du premier abcès.

Pansement avec le vin aromatique.

Le malade marche bien avec ses béquilles; les mouvements du membre se rétablissent comme avant la fracture, en conservant toutefois les dispositions ataxiques qu'il présentait antérieurement.

Le blessé peut faire quelques pas seul. Il y a encore un peu de mobilité à l'extrémité inférieure du fragment supérieur, mais à un moindre degré qu'auparavant; on sent, en ce point, un vide assez prononcé au niveau de l'articulation dû à la grande obliquité de la fracture, et qu'on peut attribuer aussi à la présence d'une esquille.

Le 29, la première plaie, celle du drain, est cicatrisée; la seconde, bien que diminuée, donne encore un peu de sang.

Le 21 septembre, une très petite esquille se fait jour d'elle-même à travers le deuxième abcès; le blessé l'extrait facilement.

Le lendemain sort spontanément une esquille, d'une très faible dimension, semblable à la première, traversant la même ouverture.

M. le docteur Dupré avait été appelé la veille, 20 septembre; en apprenant ce qui s'était passé, il craint la présence d'une deuxième esquille. Il revient deux heures après et pratique une large incision pour aller à sa recherche; il extrait avec difficulté une esquille beaucoup plus forte que les deux autres, ayant 2 centimètres de long sur 1 de large.

Il est à remarquer que les trois esquilles occupaient la même région et sont sorties par la plaie du deuxième abcès.

Le 22 septembre, le malade marche en s'aidant d'une canne ou même sans son secours.

La plaie inférieure correspondant au troisième abcès persiste encore et contient probablement une quatrième esquille.

Le 21 novembre, les deux premiers abcès sont presque entièrement cicatrisés.

Le 10 mai 1885, je revois le malade pour la dernière fois. Voici son état :

L'ataxie locomotrice s'étant améliorée, il est plus solide sur ses jambes qu'avant l'accident, le membre fracturé est même plus fort que l'autre.

Il reste encore deux points fistuleux, correspondant aux deuxième et troisième abcès, qui n'ont point d'importance.

La seule modification qu'on observe dans l'état de la région fracturée est la présence d'une dépression occupant le point de jonction des deux fragments du tibia, immédiatement au-dessus de la malléole interne; le fragment inférieur, qui est très court, étant plus enfoncé que le fragment supérieur et porté en arrière, disposition due à l'absence de la portion du fragment supérieur détachée de l'os par l'extraction de la plus grosse esquille.

D'ailleurs le membre a recouvré ses fonctions.

Il y a un léger raccourcissement de 1 1/2 centimètre, facile à corriger.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 septembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

Elle comprend plusieurs communications relatives au choléra. (Commission du choléra.)

M. le Président rend compte à l'Académie de la part que le bureau et un certain nombre de membres de l'Académie ont prise aux obsèques de M. Baudrimont.

M. Méhu, sur l'invitation du président, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Compagnie, sur la tombe de son collègue.

RAPPORT

Variations nychthémérales de la température normale des êtres vivants. — M. Gariel, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Le Roy de Méricourt, rend compte à l'Académie d'un travail de M. Maurel, médecin de première classe de la marine, intitulé : *Recherches sur les causes des variations nychthémérales de la température normale des êtres vivants.*

Les conclusions que M. Maurel a déduites de ses expériences sur des lapins sont les suivantes :

1° En modifiant les conditions d'existence d'un lapin, relatives aux repas, à l'éclairage, au mouvement, on peut à volonté déplacer le maximum de la température nychthémérale, maximum qui dépasse le minimum de 0°,5 à 0°,9;

2° L'influence des repas est la plus considérable. Elle se traduit par une différence de 0°,3 à 0°,5; celle de l'éclairage et celle des mouvements produisent chacune une différence de 0°,2. Les autres influences paraissent négligeables.

M. le rapporteur pense, avec M. Maurel, que les trois influences qu'il a étudiées ont une action sur les variations de la température. Comme lui, il pense que, dans les conditions où ses expériences ont été faites, à la Guadeloupe, où la température varie peu du jour à la nuit, il a pu négliger la température ambiante et ne se préoccuper que de l'éclairage.

M. le rapporteur accepte donc d'une manière complète les conclusions du mémoire de M. Maurel, mais à la condition qu'elles seront restreintes aux cas où les circonstances seront identiques à celles qu'il a réalisées. On n'en peut tirer aucune conséquence certaine pour le cas où la température ambiante varierait du jour à la nuit.

Il lui semble surtout utile de spécifier qu'il ne paraît pas possible d'étendre à d'autres animaux ni à l'homme les résultats obtenus chez le lapin.

Ces réserves faites, qui empêchent de regarder les expériences de M. Maurel comme résolvant absolument la question des causes de variations de la température, M. le rapporteur croit juste de féliciter l'auteur de ses recherches et propose, comme conclusions, de lui adresser des remerciements et de déposer son travail dans les archives de l'Académie.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

LECTURES

Diélectrolyse. — M. A. Brondel (d'Alger) fait une communication sur *l'introduction dans l'économie de certains médicaments au moyen de l'électricité.*

Si on fait passer un courant dans une dissolution d'un sel, ce sel est décomposé : le métal se rend au pôle négatif et le métalloïde ou l'acide vont au pôle positif. C'est cette opération que M. Brondel a réussi à accomplir au travers de l'organisme et à laquelle il a donné le nom de diélectrolyse. Pour l'iode, qui est un métalloïde très facilement diélectrolysable, il applique sur une partie du corps une plaque d'amadou trempée dans une solution d'iodure de potassium, et, par-dessus cette plaque, le pôle négatif d'une pile dont le pôle positif est placé sur une autre partie du corps; l'iode se sépare du potassium qui reste au pôle négatif, et chemine à travers les tissus organiques vers le pôle positif, où il arrive très ra-

pidement, comme on peut s'en assurer au moyen d'un papier amidonné qui bleuit. C'est là une méthode hypodermique, ou plutôt intra-organique, sans effraction de la peau, c'est-à-dire sans douleur.

Un grand nombre de corps simples pourront ainsi traverser l'économie, et les applications de la méthode nouvelle peuvent être très nombreuses et très importantes. M. Brondel a ainsi guéri des fibromes utérins, un cas de périmétrite, une névralgie ovarienne rhumatismale, plusieurs cas de rhumatisme chronique.

Les recherches ultérieures de l'auteur doivent porter sur diverses maladies : les tumeurs parasitaires et malignes, les affections de la peau, la syphilis, les névralgies, etc., et surtout la phthisie pulmonaire, où il compte essayer l'action de divers antiseptiques minéraux : arsenic, mercure, fluor, etc., que la diélectrolyse permet de faire pénétrer jusque dans le tissu pulmonaire. (Renvoyé à l'examen d'une commission.)

Constitution médicale actuelle de Saint-Ouen. — M. DUBOUSQUET-LABORDERIE donne lecture d'un exposé de la constitution médicale actuelle de la commune de Saint-Ouen.

Le plus grand nombre des habitants de cette commune, dit M. Dubousquet, sont malheureux ; on y voit à chaque pas l'encombrement, lié aux privations, aux excès, à toutes les causes qui engendrent ou entretiennent les épidémies.

Saint-Ouen ne le cède en rien à Aubervilliers, ni aux localités les plus malsaines. Aussi est-ce le pays de prédilection de la fièvre typhoïde, de l'athrepsie, des diarrhées, des troubles gastro-intestinaux.

Déjà, l'année dernière, M. Dubousquet avait observé, en même temps que l'épidémie de fièvre typhoïde, un très grand nombre de cas de diarrhée, d'embarras gastrique, bien avant le premier cas de choléra qui a été mortel.

Cette année, il s'est attaché à consigner tous les cas se rapportant aux troubles gastro-intestinaux, et ses observations ont été journalières du 26 août au 17 septembre.

Il examine successivement dans son travail : 1° l'athrepsie et la diarrhée chez les enfants ; 2° la diarrhée chez les adultes ; 3° la coïncidence et la corrélation possible entre la fièvre typhoïde et le choléra.

L'athrepsie a fait à Saint-Ouen des ravages considérables. La mortalité ordinaire a subi une augmentation des plus sensibles. Quant à la diarrhée chez les enfants à partir de un an, il ne se passe pas de journée depuis le mois de juin qu'on ne la constate. Du 1er juillet au 17 septembre, par athrepsie ou dérangements gastro-intestinaux (cholérine, diarrhée cholériforme, entérite aiguë), il y a eu 49 décès.

Chez les adultes, les troubles gastro-intestinaux sont aussi très fréquents. Du 26 août au 17 septembre, on trouve 30 cas dont plusieurs ont été de véritables cas de choléra atténué.

Il est difficile, ajoute-t-il, de ne pas voir dans ces faits des ébauches d'un état qui pourrait devenir épidémique et se transformer par transition insensible en choléra asiatique.

L'épidémie de fièvre typhoïde de cette année a présenté moins de cas que celle de l'année dernière. Presque tous sont caractérisés par une prédominance manifeste de la diarrhée et des vomissements. Dans presque tous on observe ces deux ordres de symptômes au début. Chez d'autres, la diarrhée ne devient inquiétante que dans le cours de la maladie.

Qu'il y ait là une forme particulière de la fièvre typhoïde, ou qu'elle emprunte cette forme à la constitution médicale régnante, les faits cliniques semblent établir entre les deux maladies une sorte de combinaison, une corrélation possible.

Le travail de M. Dubousquet est renvoyé à la commission du choléra.

La séance est levée à quatre heures et demie.

L'épidémie cholérique prend une extension de plus en plus grande en Italie, et si bien que pour la journée seule de lundi dernier, 21 septembre 1885, les chiffres officiels sont : 1399 cas et 820 décès dans toute l'Italie.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18316.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sommeil pathologique pendant une première période de sept mois sans interruption. Dernière période de quinze mois consécutifs.

Aux rares exemples de sommeil pathologique plus ou moins prolongé que renferment les annales de la science, et parmi lesquels nous rappellerons notamment les faits consignés dans le *Dictionnaire des sciences médicales* et dans le *Journal de médecine et de pharmacie* de 1754 et de 1766, dans les *Transactions philosophiques de la Société royale de Londres* de 1790, dans le *Traité de pathologie de J. Frank*, dans les *Traités des maladies nerveuses* de Louyer-Villermay et de Sandras, enfin les faits plus récents rapportés dans les *Archives générales de médecine*, en 1863 et 1866, et la belle observation de notre collaborateur M. Legrand du Saulle (*Gazette des hôpitaux*, 1869), il faut ajouter celui que vient de nous faire connaître tout récemment M. le docteur Semelaigne, dans une très intéressante brochure que nous avons sous les yeux.

Nous allons tâcher de résumer le plus possible cette longue histoire, sans lui faire perdre rien de son intérêt essentiel.

Le dormeur observé par M. Semelaigne était un homme âgé de cinquante-six ans, assez bien constitué, né de parents névropathiques, ayant eu un frère aîné qui a succombé à une maladie de la moelle, de nature indéterminée, n'ayant rien présenté lui-même de particulier dans son enfance, si ce n'est une fièvre typhoïde à dix-huit ans. Marié à vingt-neuf ans, devenu veuf à quarante-trois ans, remarié quelque temps après, il ne tarda pas à s'apercevoir que sa constitution avait subi une fâcheuse atteinte que vinrent aggraver encore des préoccupations d'affaires. Il se mit à maigrir, son caractère jusque-là bienveillant devint morose. Après une excursion à la campagne, par un soleil ardent, en juin 1873, il se plaignit d'une violente céphalalgie qui persista plusieurs jours. Des illusions sensorielles se manifestèrent. Le 6 août de la même année, la folie éclatait. M. X..., en proie tout à coup à de vagues terreurs, s'imaginait que la maison qu'il habitait allait s'écrouler et l'ensevelir sous ses ruines; tout craquait autour de lui; les domestiques qui le gardaient étaient des gendarmes déguisés. Ce délire hallucinatoire dura jusqu'au 12. Un calme notable lui succéda durant environ un mois; puis il y eut quelques alternatives de reprise du délire, de maux de tête, de tristesse, d'affaiblissement et de retour apparent de la santé et des forces, jusqu'au mois de septembre où survint une nouvelle phase de la maladie. M. X... se mit au lit pour le garder avec constance pendant plus d'une année. Il ne s'alimenta plus dès lors que d'une façon irrégulière et insuffisante. Parfois tous les trois ou quatre jours seulement, il consentait à manger un potage ou un biscuit; le reste du temps il n'avalait que de petites quantités d'eau sucrée.

Dès cette époque, M. X... sentit lui-même que son intelligence semblait se couvrir d'un nuage, et il éprouva des hallucinations de la vue.

Au printemps de l'année 1874, la faiblesse était telle qu'il ne voyait presque plus clair. Autour de lui tout était brouillard et confusion. Il était resté six semaines sans ingurgiter autre chose que de l'eau sucrée.

Le 23 mai 1875, il y avait dix-sept mois que cette phase durait. La voyant s'aggraver, on résolut d'avoir recours à l'internement dans un asile. Au bout d'un mois, il paraissait et on le crut encore une fois guéri. Son intelligence était lucide; quoique faible encore, il pouvait se tenir sur ses jambes et faire quelques pas. Sa voix voilée avait recouvré son timbre normal. Il demanda sa sortie, et l'obtint.

Mais, comme en 1873, à peine rentré chez lui, il retomba aussitôt dans l'apathie et la tristesse. Au bout de huit jours, il accusait de vives douleurs du côté de l'estomac, de la céphalalgie, des pesanteurs de tête. Alité, il ne répondit bientôt plus à l'appel et aux interpellations de son entourage; mutisme complet; il ne reconnaissait plus ou paraissait, du moins, ne reconnaître plus personne. Il reproduisit, mais pour le conserver cette fois beaucoup plus longtemps, le geste qu'il avait déjà fait précédemment, consistant à appliquer sa main gauche sur les arcades orbitaires, le pouce écarté de l'index et pressant le globe de l'œil. L'alimentation redevint de nouveau impossible.

Voici, à la date du 19 août 1875, quelle était sa situation,

qui ne devait pas, comme on va le voir, changer de sitôt.

Immobilité complète, mutisme absolu, refus passif de toute nourriture, mâchoires fortement serrées, paupières abaissées, yeux tournés en haut. Station debout impossible, ses jambes fléchissant sous le poids de son corps. Assis, il croisait la jambe gauche sur la droite, le coude gauche appuyé sur sa cuisse ou sur le bras de son fauteuil, dans l'attitude de la méditation; la figure calme, impassible, sans expression aucune. Installé dans son fauteuil, il y semblait rivé pour la journée. On eût dit une statue. Couché, il s'étendait dans le lit tout de son long, sa main droite reposant sur la poitrine. Dans les deux situations, sa main gauche ne quittait pas la région orbitaire. A quelque heure qu'on pénétrât chez lui, on le retrouvait dans la même attitude affaissée et silencieuse. Ni le bruit, ni les cris, ni une lumière éclatante, ni les odeurs, si fortes qu'elles fussent, ne le faisaient sortir de sa torpeur. La sensibilité cutanée était obtuse par tout le corps. Les piqûres ne provoquaient que des mouvements réflexes très peu étendus et d'une extrême lenteur.

M. X... étant incapable de prendre par lui-même aucune nourriture, on dut, dès l'apparition de cet état léthargique, l'alimenter avec la sonde œsophagienne, ce que l'on faisait deux fois par jour.

Le pouls était petit, peu fréquent (60 pulsations), mou; la respiration normale, paisible; la peau fraîche; température axillaire, 36°,7.

Sept mois s'écoulèrent ainsi, les fonctions végétatives s'accomplissant convenablement, sauf une constipation opiniâtre, qui nécessitait l'emploi de légers purgatifs.

On constata, pendant cette longue période, que le sommeil nocturne différait sensiblement de l'engourdissement diurne : la respiration, la nuit, était plus lente, plus profonde et plus bruyante.

La seule médication tentée pour combattre cet état a été l'électricité, qui n'a donné aucun résultat satisfaisant.

Le 28 mars 1876, dans la soirée (la période léthargique remontait au 16 août 1875), M. X..., étant dans son fauteuil, s'agite, remue, et prononce quelques paroles confuses, demandant à manger. On lui apporte un potage et du vin qu'il prend sans résistance. Sa main gauche s'est éloignée du front. Toutefois, ce n'est pas encore le réveil complet. La nuit et le lendemain se passent encore dans le même état de demi-sommeil. On le nourrît à la cuillère. Au milieu de la nuit du 29 au 30, tout à coup il appelle son domestique, auquel il adresse plusieurs questions, lui demandant où il est, depuis quand, etc. A partir de ce moment, l'intelligence avait repris possession d'elle-même. Il s'entretient affectueusement avec sa femme, comme s'il s'était endormi la veille et se réveillait après un sommeil ordinaire. Le temps qui s'est écoulé, il ne se le figure que comme ayant eu la durée d'une nuit. Toute notion du temps lui a échappé. La première émotion dissipée, après qu'on lui a fait connaître ce qui s'était passé, il s'exprime avec une telle netteté de langage et un tel bon sens, que ses facultés intellectuelles et ses sentiments affectifs semblent n'avoir subi aucune altération.

Interrogé un peu plus tard par M. Semelaigne sur tout ce qu'il a pu ressentir pendant ces sept mois de torpeur léthargique, il répond de façon à montrer que la conscience du *moi* avait totalement disparu. Aucun souvenir ne lui est resté des diverses sensations réflexes qu'il a pu éprouver. Il est sorti de cet état comme d'un sommeil profond qu'aucun rêve n'a traversé. Toute vie de relation avait cessé; le monde extérieur n'existait plus pour lui.

A partir de ce moment, M. X... a ressaisi la vie; il parle, il lit, il veille, il dort comme tout le monde, son sommeil est régulier, naturel. L'appétit est excellent, les digestions faciles. Il lui reste, toutefois, une faiblesse extrême des jambes, qui ne peuvent le soutenir. Quoiqu'il se nourrisse très bien, ses forces ne reviennent que lentement. Ne pouvant marcher, même avec l'aide d'un bras, on le promène tous les jours à l'air dans une petite voiture. Il lit et cause d'une manière raisonnable sur toutes sortes de sujets dans la journée.

Vers le milieu d'avril, en plein espoir, l'amélioration physique progressant, M. X... est tourmenté par des visions comme il en a eu autrefois. Il a des hallucinations pénibles le jour comme la nuit. Rien cependant ne faisait prévoir une rechute. Un peu d'embonpoint était revenu, on pouvait considérer l'ensemble de son état comme satisfaisant, lorsque le 30 avril, au matin, son domestique le retrouva immobile et muet dans son lit, dans la même attitude d'affaissement qu'auparavant, sa main gauche ayant repris sa position sur les orbites. On essaie de nouveau et avec plus d'énergie les courants faradiques, mais sans plus de résultats.

A dater de cette époque, les crises de sommeil et les réveils avec retour de la lucidité, se succèdent à des intervalles et avec des durées variables, oscillant entre quatre jours et soixante-quinze jours, s'arrêtant, sans périodicité saisissable, à une foule de chiffres intermédiaires. Deux de ces crises ont été d'une longueur exceptionnelle : la première, qui a duré deux cent vingt-un jours, plus de sept mois; la dernière, la trente-neuvième, qui a duré quinze mois et qui s'est terminée de la manière suivante :

M. X... dormait depuis le 10 avril 1882, lorsque le 19 juillet 1883, on accourut chercher M. Semelaigne, un changement grave étant survenu dans son état. La figure était rouge, la respiration fréquente, le pouls petit et rapide. Sans qu'aucune lueur de connaissance se fût manifestée, en moins de deux heures la mort avait remplacé le sommeil.

En résumé, en un peu moins de huit années d'existence, il y avait eu mille six cent quatre-vingt-dix-huit jours, soit quatre ans et sept mois et demi de sommeil pathologique.

Voici ce qu'a montré l'examen du cerveau : substance cérébrale généralement ramollie, tendant à la diffluence. Ni foyer, ni tumeur soit à la surface, soit dans les profondeurs de l'organe. Adhérences partielles de la pie-mère et altérations caractérisées de la substance grise sous-jacente dans les régions suivantes des circonvolutions :

1° Le lobule paracentral, et particulièrement la circonvolution frontale ascendante, dans sa partie supérieure, dans l'hémisphère droit comme dans le gauche;

2° Les circonvolutions voisines et limitrophes de la grande scissure sylvienne, dans la région temporo-pariétale, à droite et à gauche également;

3° Les trois circonvolutions occipitales, de chaque côté.

Dans tous ces points, la substance superficielle suit par lambeaux l'enlèvement de la pie-mère, de façon à laisser comme des plaques à forme ulcérative qui décapitent le sommet des circonvolutions impliquées. C'est le processus nécrobiotique partiel, parfaitement caractérisé par la forme et l'aspect extérieur, et confirmé par l'examen histologique qu'en a fait M. Mathias Duval.

Ces lésions étaient tout à fait symétriques dans leurs loca-

lisations, ne présentant de différence que sous le rapport de leur étendue notablement prédominante du côté droit. On remarquera que leur siège principal réside dans les régions psycho-motrices ou centres psycho-moteurs.

M. Semelaigne ne s'est pas cru autorisé à tirer de cet examen anatomique la moindre conclusion ferme, relativement à la pathogénèse du symptôme prédominant présenté par ce malade. Nous n'aurons certainement pas la témérité d'aller plus avant que lui. C'est ce symptôme prédominant, avec sa continuité et sa rare persévérance, qui constitue l'intérêt principal du fait.

Quelques préceptes opératoires pour le traitement chirurgical des néoplasmes mammaires.

Dans une très bonne thèse sur le traitement chirurgical des néoplasmes mammaires, l'un des élèves de M. Verneuil, M. le docteur Émile Valude, vient d'exposer avec une telle exactitude et une telle netteté les principes qui guident son maître dans la recherche des indications et des contre-indications de l'intervention et dans le choix des méthodes opératoires que réclament les néoplasmes de la mamelle, que nous croyons bon et utile, bien que nous ayons déjà plus d'une fois appelé l'attention de nos lecteurs sur quelques-uns des faits qui y ont trait, d'en présenter ici un résumé sommaire.

Voyons d'abord quelles sont, aux yeux de M. Verneuil, les raisons qui militent en faveur de l'intervention dans les tumeurs bénignes, sauf les cas de généralisation ou d'extrême vieillesse. S'il est vrai, comme le prétendent les partisans de l'abstention, que les fibro-adénomes de la mamelle restent souvent stationnaires, indolents, qu'ils disparaissent parfois après la ménopause et ne sont nullement inquiétants pour l'avenir, il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. L'accroissement du tissu morbide peut être continu, arriver à la peau, qui s'ulcère; les fibro-adénomes peuvent subir des métamorphoses. Témoin le fait cité par M. Verneuil dans l'une de ses leçons, d'une dame qui, atteinte dans sa jeunesse d'un fibrome du sein, le conserva sur l'avis de son médecin. A l'âge de la ménopause, ce fibrome grossit et devint une tumeur fibro-plastique aux allures envahissantes et malignes. Aussi est-il d'avis qu'il faut opérer les tumeurs bénignes et les opérer de bonne heure, afin que le délabrement ne soit pas aussi grand qu'il serait nécessaire de le faire plus tard.

L'intervention dans les tumeurs malignes est basée sur cette règle que le cancer, qui est le type clinique de la tumeur maligne, est un mal, d'abord local, qui se dissémine et se généralise ensuite, pendant que le néoplasme primitif suit une marche progressive aboutissant à l'envahissement des parties voisines et à l'ulcération. Or, il est un moment où le cancer est encore localisé et où son extirpation complète peut amener une guérison durable; c'est celui qu'il faut choisir pour opérer.

Mais cette période de choix est variable suivant la nature des diverses tumeurs.

L'adénome, le fibro-adénome restent longtemps sous un petit volume. Mais, survienne une grossesse, ils peuvent prendre un accroissement subit; l'influence de la ménopause provoque souvent leur transformation en tumeurs fibro-plastiques.

Les tumeurs kystiques, les sarcomes ou myxosarcomes, n'infectent les ganglions et ne se généralisent qu'assez tardivement, mais leur progression locale est assez rapide. Enfin on connaît la rapidité avec laquelle l'épithélioma et surtout le carcinome s'étendent et deviennent inopérables. Ce n'est plus par années, comme pour les formes précédentes, c'est par mois qu'il faut évaluer cette période pendant laquelle le néoplasme localisé est encore opérable.

Choix du procédé. — Nous ne nous arrêterons pas à la discussion des diverses méthodes d'exérèse proposées pour la cure des tumeurs mammaires. Il ne sera question ici que de l'exérèse par le bistouri, l'instrument à la fois le plus simple, le plus sûr et le plus facile à manier dans cette région. Mais quelle étendue faut-il donner à l'excision? quelles limites ne doit-on pas dépasser? S'il n'y a pas lieu à hésitation pour les petites tumeurs bénignes nettement circonscrites, il n'en est pas de même en présence d'une tumeur maligne. Peut-on n'enlever que la tumeur seule? Faut-il enlever avec elle une portion plus ou moins étendue de la mamelle qui l'entoure ou sur laquelle elle repose? Dans quels cas faut-il l'enlever tout entière, avec ses enveloppes? Enfin dans quels cas l'incision devra-t-elle s'étendre jusqu'à l'aisselle pour en extraire les ganglions?

La règle qui doit guider dans le choix et la détermination de l'étendue à donner à l'exérèse repose sur l'étude et la connaissance de la théorie de la zone suspecte.

Théorie de la zone suspecte. — Ce n'est pas seulement l'étendue proprement dite de la tumeur qui doit guider l'exérèse; c'est la considération de la zone suspecte qui environne cette tumeur. Voici, d'après M. Verneuil, quelles devront être les limites opératoires selon la nature des tumeurs.

L'extirpation de la tumeur seule n'est applicable qu'aux tumeurs bénignes, circonscrites et assez petites pour être limitées à une faible partie de la glande. Mais elle n'en devra pas moins être extirpée avec la coque fibreuse qui lui sert ordinairement d'enveloppe, et non pas seulement énucléée.

L'opération qui consiste à enlever la glande mammaire en partie, à extirper un département de la mamelle, est rarement indiquée; elle ne serait justifiable qu'au début de l'épithélioma, alors que, la production maligne occupant une partie d'un segment mammaire, il ne se trouverait de suspect que les canaux efférents de ce même cône glandulaire.

L'ensemble du cône glandulaire dans lequel est incluse la tumeur forme donc une zone suspecte qu'il faudra enlever en totalité, même si elle semble d'aspect normal, et avec plus de soin encore si l'incision exploratrice faite séance tenante a démontré le début d'une altération impossible à reconnaître avant l'opération.

L'extirpation totale de la mamelle avec ses enveloppes s'impose d'une manière absolue dans toutes les tumeurs qui envahissent tout le sein ou seulement son centre, au point où convergent les éléments qui constituent le système efférent de tous les segments glandulaires. Ces tumeurs, qui sont principalement des épithéliomas plus ou moins étendus et surtout des sarcomes polykystiques, adhérant communément à la peau et aux parties profondes, leur extirpation doit comprendre, non seulement la mamelle, mais toute la peau qui la recouvre, les enveloppes de la glande sur une large étendue et profondément même l'aponévrose du grand pectoral.

Faute de toutes ces précautions, il est à craindre de voir

la récidive se faire *in situ,* surtout pour les tumeurs fibro-plastiques offrant à leur périphérie des tractus fibreux (zone suspecte) qui semblent souvent de bonne nature au moment de l'opération et qui, négligés alors, deviennent plus tard l'origine d'une repullulation.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que l'extirpation de tout le mal devra être faite avec le même soin pour les tumeurs accompagnées de l'engorgement des ganglions de l'aisselle, ces néoplasmes envahissant habituellement toute la glande. En eussent-elles épargné une partie, on n'en devra pas moins extirper largement toute la mamelle avec la peau, qu'elle soit adhérente ou non, ainsi que l'aponévrose du grand pectoral, le muscle même s'il est envahi, et enfin les ganglions axillaires avec le tissu cellulaire qui les entoure et le bout de peau qui relie ces ganglions à la mamelle et qui contient les lymphatiques efférents.

Une autre question plus délicate se présente, qui, à juste titre, a préoccupé les chirurgiens : Une tumeur de nature manifestement maligne a envahi une étendue plus ou moins grande de la mamelle et de la peau, mais sans engorgement axillaire apparent. Y a-t-il lieu de se borner à l'ablation de la tumeur mammaire, comme si le mal y était exclusivement localisé? Ou faut-il considérer, dans ces cas-là, la région axillaire comme zone suspecte, malgré son intégrité apparente et agir en conséquence? — Les faits connus et assez communs de récidive dans l'aisselle, après ablation large de la région mammaire, tendraient à justifier cette dernière manière d'agir. C'est aussi l'un des préceptes que formule M. Verneuil. Sans aller jusqu'à faire la toilette de l'aisselle pour tous les cas indistinctement, il n'hésite pas à conseiller et à mettre lui-même en pratique ce complément de l'opération, non seulement dans les engorgements ganglionnaires manifestes, mais même dans les cas douteux. La plus grande gravité de l'opération est compensée dans ces cas par la plus grande sécurité contre les récidives et atténuée par le soin avec lequel sont faits et surveillés les pansements.

En résumé, dans toutes les tumeurs malignes du sein, enlever largement, au delà des limites du mal, mamelle, enveloppes, aponévrose du grand pectoral, muscle lui-même, et prolonger l'incision jusqu'à l'aisselle pour reconnaître et extirper tout ce qui s'y trouve de suspect, ganglions et tissu cellulaire intermédiaire aux ganglions et à la tumeur, sans oublier les lymphatiques allant à l'aisselle et la peau qui les recouvre, telle est la manière d'agir de M. Verneuil.

Nous terminerons cet exposé sommaire des préceptes sur lesquels M. Verneuil base sa pratique, en donnant, comme pièce justificative, le résumé du relevé des extirpations de néoplasmes mammaires faites dans son service dans le cours de l'année 1884.

Le nombre de ces opérations est de 31 :

6 ablations partielles de la tumeur seulement (4 adénomes, 1 fibrome, 1 épithélioma sudoripare de la peau de la région externe de la mamelle), sans accidents post-opératoires, toutes suivies de guérison;

11 ablations totales de la mamelle sans incision de l'aisselle (1 adéno-sarcome, 2 maladies kystiques de la mamelle, 4 épithéliomas, 1 épithélioma intra-canaliculaire avec kyste racémeux, 1 cas de noyaux récidivés dans une cicatrice consécutive à l'ablation du sein, 2 sarcomes kystiques), sans accidents post-opératoires, sauf un petit abcès à la périphérie de la plaie dans l'un des cas de maladie kystique de la mamelle, 10 guérisons, 1 cas encore en traitement, avec récidive probable.

14 ablations totales de la mamelle avec ouverture et toilette de l'aisselle (7 carcinomes, 3 squirrhes, dont 1 récidive après opérations partielles, 3 épithéliomas, 1 cas de récidive dans la cicatrice des ganglions après opération partielle et incomplète) ; 11 guérisons, 1 mort à la suite d'hémorrhagies secondaires, 2 cas de récidive.

Ce qui donne au total, pour 31 opérations, dont 25 pour des cas graves, 27 guérisons, 1 mort, 2 récidives et 1 récidive probable, mais non encore réalisée.

LE CHOC EN RETOUR ET LE FOUDROIEMENT LATÉRAL (1)

Par M. le docteur F. Vincent (de Guéret),
Lauréat de l'Académie de médecine.

VI

IV. *Observation de Villameillas.* (Dangers plus grands auxquels sont exposés les animaux.) — Cette observation, moins démonstrative que les précédentes au point de vue du choc en retour complexe, offre néanmoins un intérêt aussi grand, en ce sens qu'elle nous donne l'explication d'un fait constaté depuis longtemps, mais non encore expliqué : je veux parler des dangers plus grands que la foudre fait courir aux animaux qu'à l'homme. Ce sujet, que je n'avais pas même abordé dans ma *Contribution à l'histoire médicale de la foudre*, a été traité pour la première fois par moi, au Congrès de Clermont, en 1876.

Le 13 septembre 1873, Darraud (Charles), âgé de quarante-cinq ans, et son fils, âgé de quatorze ans, l'un et l'autre cultivateurs au village de Villameillas, commune de Sainte-Feyre, à 6 kilomètres de Guéret, sont surpris, vers cinq heures du soir, dans les champs, par un orage qui les oblige à cesser leur travail pour regagner leur logis éloigné de 600 à 700 mètres. C'est pendant ce trajet, que tous les deux, en train de franchir un mur de clôture en pierres sèches *bordé d'une longue file de jeunes chênes*, sont renversés par un coup de foudre, qui frappe deux de ces arbres situés à leur droite. Le premier de ces chênes, situé à 1 *mètre* seulement de distance, sec et sans branches, porte du haut en bas des traces du passage de la foudre. Le deuxième, situé à 3 mètres du premier, et, par conséquent, à 4 mètres des deux personnes en question, vivant, avec branches et feuillage, présente, à la partie inférieure du tronc, à partir de 1 mètre au-dessus du sol, une rainure profonde, large d'un pouce, comprenant l'épaisseur de l'écorce et une partie du bois.

Le jeune homme, placé presque au pied du premier chêne *à gauche*, éloigné de 1m,50 seulement du premier arbre foudroyé, éprouve une forte commotion, tombe accroupi et peut se relever à l'instant même, pour courir au village appeler au secours de son père. Il ne présente sur le corps et les habits aucune trace de lésion et, le lendemain, il ne se ressent plus de son accident.

Le père, moins heureux, en train de franchir la muraille sur laquelle il est à califourchon, les deux mains appuyées sur les pierres plus ou moins mouillées par la pluie, *par conséquent à peu près dans la station quadrupède*, est projeté à 3 mètres de distance dans le champ voisin, les membres écartés, ayant à demi perdu connaissance. Avec l'aide de ses voisins accourus en toute hâte, et soutenu par deux d'entre eux, il peut marcher et regagner sa demeure. Cet homme ne présente ni contusion, ni brûlure, et ses habits sont intacts. Les troubles fonctionnels qu'il éprouve consistent d'abord en nausées et vomissements, avec un peu de douleurs à l'épigastre, accidents qui sont de courte durée; ensuite, en douleurs très vives, quelquefois lancinantes, occupant les deux bras, mais principalement le gauche, depuis l'épaule jusqu'au bout des doigts, qui sont aussi le siège de fourmillements.

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 septembre 1885.

Ces douleurs, qui n'ont pas pour siège exclusif les articulations, et se font sentir aussi dans les masses musculaires, sont accompagnées d'un affaiblissement très manifeste de l'énergie des muscles. Elles persistent trois semaines dans le bras droit, et près de six mois dans le bras gauche, où les changements de temps les réveillent encore comme dans les vieux rhumatismes et les vieilles blessures; depuis cette époque, ce membre est resté faible, et, après neuf ans écoulés, il n'a pu recouvrer sa force première. Je dois ajouter que, trois semaines après l'accident, l'*épiderme des deux mains et des poignets s'enlève;* ce qui prouve que l'électricité, pour n'avoir pas produit de brûlure, n'en a pas moins agi sur la vitalité du derme.

Cette observation est résumée ici uniquement au point de vue du sujet que je traite. Dans ma *Contribution à l'histoire médicale de la foudre*, j'en ai donné une relation beaucoup plus étendue que l'on pourra consulter au point de vue de la pathologie et du traitement que j'ai fait suivre au malade.

Bien que les deux personnes atteintes soient presque au pied de l'arbre le plus maltraité par la foudre, je n'hésite pas à mettre l'accident qui leur est arrivé sur le compte d'un courant intense établi entre les arbres foudroyés et la longue file de jeunes chênes placés à gauche. Les raisons qui militent en faveur de cette manière de voir sont d'abord la direction de la foudre de l'arbre mort à l'arbre placé à 3 mètres à droite, par conséquent en sens contraire de la direction des deux personnes (1); ensuite les troubles fonctionnels éprouvés par Darraud, qui ont pour siège principal et surtout persistant les deux bras. Ces membres placés nécessairement l'un au-devant de l'autre, à cause de l'étroitesse du mur, ont formé un circuit meilleur conducteur que les pierres, lequel *le courant électrique a suivi de préférence.* C'est une reproduction, sous une autre forme, de ce que nous avons vu dans les deux observations précédentes. L'exfoliation de l'épiderme des mains et des poignets, appuyés sur le mur et formant de la sorte l'entrée et la sortie du courant, en est une preuve manifeste. Les habits, mauvais conducteurs de l'électricité, ont mis les autres parties du corps plus ou moins à l'abri de son passage; mais, par cela même, ils me paraissent avoir été la cause de la projection à distance de l'individu, absolument comme lorsque la foudre dépouille sa victime de ses vêtements qu'elle projette au loin.

A propos de ces deux derniers effets de la foudre, j'ouvre ici une parenthèse. Ils ne sont pas rares dans les annales de la science : Boudin, dans son *Histoire médicale de la foudre*, en rapporte un grand nombre d'exemples recueillis un peu partout, parmi lesquels deux surtout sont remarquables : dans l'un, la personne fut projetée à 23 mètres, et dans l'autre, transportée hors de l'église dans la rue, en passant par-dessus la tête des assistants à l'office. Dans quelques cas où la victime avait été dépouillée de ses habits, on a retrouvé ces derniers suspendus à des branches quelquefois très élevées d'un arbre voisin. Pour mon propre compte, j'ai eu occasion d'observer plusieurs cas de ce genre que je vais rappeler ici : Darraud, dont il vient d'être question, projeté à 3 mètres; Couchon, projeté aussi à 3 mètres de l'endroit où il fut frappé par l'étincelle fulgurante; Bouchonnet, transporté d'une chambre dans une autre et dépouillé de son pantalon et de sa montre qui fut transportée à 2 mètres de là sur la tablette d'une croisée; l'enfant de Jouhet, cité quelques lignes plus bas, qui fut roulé sur le pavé de la maison; l'homme de Grandcheix, déjà cité, dont les pieds sont soulevés à quelques pouces au-dessus du sol; enfin le chien de ce dernier qui fut roulé sous le lit.

Dans le numéro du 23 octobre 1876 du *Petit Moniteur universel*, je relève le fait suivant qui appartient à cette même catégorie d'effets : « Vendredi soir, à Margny-les-Compiègne, M. Pollet, cultivateur, revenait des champs. Tout à coup, assailli par l'orage, il se voit enveloppé par le fluide électrique qui le laisse étourdi sur place. Un peu revenu à lui, au bout de quelques minutes, quel ne fut pas son étonnement de voir ses deux chevaux *privés de leurs harnais jetés sur le sol*, comme si un palefrenier était passé par là. »

Le fait suivant, qui m'a été rapporté par un témoin oculaire, le sieur Bordet, poseur du chemin de fer, présente la plus grande analogie avec le précédent : Il y a plusieurs années, le tonnerre tombe au bourg de La Brionne sur une maison d'habitation, entre par la porte et sort par la cheminée. Parmi les dégâts qu'il commet, se trouve celui-ci : il rencontre une scie à bois sur son passage, *sépare la monture en bois de la lame en acier et défait la corde* servant à tenir cette dernière tendue.

Les auteurs qui se sont complus à citer ces effets comme des curiosités scientifiques, ou mieux comme des excentricités de la foudre qu'ils ont dépeinte pleine de caprices, n'ont pas cherché à les expliquer; et ils ont bien fait, car l'auréole merveilleuse qui les entoure aurait disparu devant toute explication valable qu'on eût pu en donner. Cette explication me paraît cependant des plus simples : lorsque le tonnerre atteint un individu d'une manière plus ou moins directe ou plus ou moins complète, cet individu et le sol sur lequel il repose se trouvent chargés d'électricité de même nom, et, par suite, doivent se repousser mutuellement. Or comme le sol est fixe et l'individu mobile, c'est ce dernier naturellement qui est repoussé avec plus ou moins de force, et, par suite, projeté à une distance plus ou moins grande. Pour le déshabillement, les choses ne se passent pas autrement : la peau de l'individu foudroyé, et les habits qui lui sont contigus par leur face interne sont aussi chargés d'électricité de même nom, et, par conséquent, doivent se repousser aussi. Si cette répulsion est assez énergique, il y a séparation, et c'est alors que les habits, libres et chargés de l'électricité de l'éclair émané du nuage orageux, peuvent être attirés par un arbre voisin chargé d'électricité de nom contraire non encore neutralisée, et aller se suspendre à ses branches, à la manière de la balle de sureau du pendule électrique.

Cette explication rentre donc complètement dans la loi des attractions et des répulsions électriques formulée, il y a un siècle et demi, par Dufay.

Ces effets me paraissent surtout se produire lorsque les deux surfaces ou les deux corps contigus sont de conductibilité inégale, c'est-à-dire lorsque l'un est bon et l'autre mauvais conducteur, ou bien lorsqu'ils sont mauvais conducteurs l'un et l'autre. C'est une opinion que je ne veux pas ériger en loi, mais que je me permettrai de signaler à l'attention des physiciens en position de la vérifier.

Cette digression finie, je ferme ma parenthèse et reviens à l'observation de Darraud.

Bien qu'en matière de science il ne faille pas toujours conclure du particulier au général, une particularité de cette observation me paraît cependant mériter de fixer l'attention d'une manière toute spéciale, parce qu'elle met sur la voie de l'explication d'un fait qui, comme nous l'avons dit plus haut, a été constaté depuis longtemps, mais non encore expliqué : je veux parler de la différence d'effet produit chez le fils Darraud, qui, se trouvant dans *la station debout*, n'a éprouvé qu'une commotion relativement légère qui l'a forcé seulement à s'accroupir, et chez le père qui, dans une *station en quelque sorte quadrupède* sur le mur qu'il enjambait, a été projeté sans mouvements à 3 mètres de distance, ayant presque perdu connaissance et souffert pendant longtemps d'accidents consécutifs.

C'est un fait depuis longtemps acquis à la science, que les animaux sont beaucoup plus exposés que l'homme aux dangers de la foudre; et si, comme je crois l'avoir établi et comme le prouverait au besoin cette observation, le choc en retour est peu à redouter pour le dernier, on ne peut en dire autant pour les animaux. Grosnier, cité par Boudin, a émis cette opinion à une époque déjà reculée; les trois bœufs tués à Chier-du-Prat en seraient une preuve nouvelle après beaucoup d'autres rapportées depuis cet auteur. Dans l'accident de Jouhet, cité plus haut et

(1) Voir la gravure fig. 3, dans ma *Contribution à l'histoire médicale de la foudre*.

consigné dans ma *Contribution à l'histoire médicale de la foudre*, le tonnerre tombe sur la maison d'habitation où il produit de nombreux dégâts : un jeune garçon de quinze ans est roulé de la porte au milieu de la cuisine avec paralysie pendant quelques minutes, sans autre accident; une jeune fille qui se trouve dans le même appartement, sent uniquement le fluide passer sous ses jupons, tandis qu'un chien est tué dans un chenil attenant, mais hors de la maison, et qu'une vache, ayant récemment vélé, est frappée de paraplégie dans une écurie, séparée du bâtiment foudroyé par une cour de 20 mètres de large.

Dans un article de M. de Parville, publié en 1876 dans l'*Écho du Nord*, nous lisons : « Les animaux sont frappés plus gravement que les hommes. Les moutons, les bœufs, les chevaux, les chiens, les chats, sont foudroyés souvent quand le berger ou le conducteur s'en tire sain et sauf... Est-ce que le voisinage des animaux pourrait nous garantir? Le chien, déjà l'ami de l'homme, deviendrait-il le paratonnerre de l'appartement? »

Sans nier en aucune façon la sensibilité aux influences électriques, plus grande chez les animaux que chez l'homme, je reste convaincu que *la station quadrupède* contribue, dans une large proportion, à accroître le danger chez les premiers. Dans la station debout, qui lui est habituelle, l'homme se trouve en quelque sorte tangent au courant qui ne le traverse pas de haut en bas, et ne fait que développer chez lui une quantité plus ou moins grande d'électricité, à la manière de l'aimant dans le morceau de fer doux présenté à une faible distance ou mis en contact avec lui. Ajoutons que l'homme se trouve encore protégé par sa chaussure et ses habits, plus mauvais conducteurs que le sol plus ou moins mouillé que l'*électricité parcourt alors de préférence*.

Chez les animaux quadrupèdes, les conditions diamétralement opposées se rencontrent : à la manière des deux bras de Darraud qui sont restés pendant si longtemps douloureux et à demi paralysés, les pieds de devant et les pieds de derrière, que ne protège aucune espèce de chaussure, forment avec le corps un demi-circuit, ou un double demi-circuit, beaucoup meilleur conducteur que le sol que l'électricité abandonne pour suivre cette nouvelle voie plus facile. Nous avons vu, en effet, à propos de l'observation de Chier-du-Prat, que de deux *bons* conducteurs, l'électricité suit le *meilleur* de préférence, et, d'après le professeur Bouchardat (cours de sciences physiques, 1845), le corps des animaux, comme conducteur de l'électricité, tient le premier rang après les métaux. Cette conductibilité plus grande doit même avoir pour effet de concentrer, dans ce courant à travers l'animal, une quantité considérable de l'électricité déjà dispersée sur une large surface du sol, à la manière de l'excitateur qui met en communication les surfaces très développées et chargées d'électricité de nom contraire d'une forte batterie électrique, ou du mince fil de cuivre qui fait communiquer les deux pôles d'une forte pile. De plus, si le courant trouve plus de facilité à son entrée, à sa sortie, passant d'un corps bon conducteur dans un corps qui l'est moins, il doit éprouver une difficulté qui doit accroître la commotion, et, par suite, le danger.

Enfin, n'oublions pas de mentionner une circonstance qui me paraît singulièrement aggravante chez les herbivores : Lorsque ces animaux paissent dans un pacage, leur museau touche le sol, et leur tête devient le point d'entrée ou de sortie du courant qui doit nécessairement faire éprouver au cerveau une bien plus forte commotion. Je doute, en effet, que Darraud en eût été quitte à aussi bon marché, si le courant, au lieu de traverser les bras, fût entré par la tête, pour sortir par les pieds.

Les expériences sur les lapins et les cochons d'Inde, faites par M. Dechambre, pour la rédaction de son article : Fulguration du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, viennent à l'appui de cette opinion que j'ai émise pour la première fois en 1876, au Congrès de Clermont. En faisant passer de forts courants électriques de différents points de la colonne vertébrale au sacrum, ce savant médecin a toujours vu que les effets les plus redoutables étaient produits lorsqu'un des pôles de l'appareil était placé sur le museau ou le front. Dans ce cas, l'animal succombait souvent, ce qui n'arrivait plus lorsque le même pôle était placé sur un point quelconque de la colonne vertébrale.

Il nous est peut-être facile, maintenant, de répondre aux questions que s'est posées plus haut M. de Parville. Oui, les animaux, placés auprès de nous, peuvent nous garantir des dangers de la foudre en attirant l'électricité, en lui procurant un écoulement plus facile et en changeant la direction du courant, à la manière de ces tiges métalliques que M. Colladon a proposé de mettre au pied des peupliers pour faire servir ces arbres de paratonnerres.

Cette explication plus facile de faits jusqu'alors inexpliqués me paraît une preuve nouvelle à l'appui de la théorie que j'ai émise sur le mécanisme du choc en retour de la deuxième espèce.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité complet d'ophthalmologie (1), par L. de Wecker et E. Landolt. Tome III. Premier et deuxième fascicules.

Dans ces deux fascicules, M. Landolt expose la *Réfraction* et l'*Accommodation*. La compétence de M. Landolt en pareille matière est universellement connue; de savants mémoires, des recherches originales publiées en toutes langues, des leçons faites à l'École pratique, constituent autant de titres à l'appui de notre assertion. Mais, en même temps, la connaissance de ses travaux antérieurs ne laissait pas que de nous inspirer une certaine appréhension. Nous craignions qu'il n'exposât l'optique physiologique à la manière de certains physiciens qui, se préoccupant peu des aptitudes de la moyenne des médecins, supposent les éléments de cette science connus de tous. Il n'en a rien été. M. Landolt, prenant par la main les néophytes, leur inculque progressivement *ab ovo* les notions indispensables à l'ophthalmologiste, leur fait toucher du doigt les applications pratiques, de sorte que, graduellement, les vices de réfraction, leurs causes, leur mécanisme, leur évolution, leurs symptômes, leur diagnostic, leur traitement apparaissent dans toute leur netteté aux yeux du plus faible des mathématiciens. Libre, du reste, à ceux qui s'intéressent d'emblée ou finalement, d'une façon toute particulière, aux questions de physique, de méditer la partie mathématique isolée du reste de l'ouvrage et d'en approfondir plus spécialement la teneur. Tel est l'esprit qui préside à cet ensemble très satisfaisant pour la logique comme pour l'observation.

Nous ajouterons que M. Landolt ne néglige aucun des éléments de la bibliographie; toutes les questions connexes lui sont familières, par exemple l'hygiène de la vue. Il écrit en outre avec une clarté parfaite, avec une élégance attrayante.

L'appréciation générale qui précède résume notre impression. C'est à cela que nous devons nous borner, car les problèmes relatifs à la réfraction statique et dynamique prêtent peu à la concision de la part du critique. La chaîne étant continue, on est obligé de lire *in extenso* le traité qui nous occupe. Nous nous permettrons cependant de signaler une petite erreur. En ce qui concerne la détermination de l'astigmatisme à l'image droite (p. 307), l'idée d'adapter derrière le miroir des verres cylindriques appartient bien à Schœler (de Berlin), mais l'exécution en est l'œuvre du docteur Parent, chef de clinique de Galezowski ; c'est à Parent également que revient le mérite d'avoir précisé des points de repère intra-oculaires qu'il faut viser dans l'espèce.

La prostitution clandestine (2), par M. le docteur L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine.

Tandis que le flot de la syphilis monte et que les médecins spéciaux poussent un cri d'alarme, il est encore toute une classe de publicistes qui demandent la liberté de la prostitution. M. Martineau, placé sur un terrain spécial, et dont le nom est déjà connu

---

(1) In-8°. Le tome III comprendra 3 fascicules. — Prix du volume complet : 17 francs. — Paris, 1883-1885, Delahaye et Lecrosnier.

(2) In-12. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

par de nombreuses publications, vient aujourd'hui nous apporter une étude de pathologie morale d'un grand intérêt.

Après avoir étudié la police des mœurs avant 1789, il nous expose l'état actuel de la question. La prostitution doit-elle être libre? A cette demande si l'on peut répondre par le respect de la liberté individuelle, on ne doit pas oublier qu'il faut aussi sauvegarder la salubrité publique. L'hôpital de Lourcine est le quartier général de la prostitution clandestine; l'auteur nous donne des renseignements sur la population de cet hôpital. Il montre la liberté absolue laissée aux malades, la neutralité de la police, la facilité de la contamination et le recrutement des prostituées.

Montrant ensuite la progression du nombre des admissions à l'hôpital de Lourcine, il fait remarquer la fréquence des sorties avant guérison; il insiste sur la nécessité du dispensaire et compare les femmes insoumises et les femmes en carte au point de vue des risques de la santé publique. Soulevant alors le voile qui recouvre l'exercice de la prostitution clandestine, il nous dit ce qu'est une prostituée; il en établit les diverses catégories : femmes publiques, femmes galantes, lionnes pauvres. Il nous montre comment se fait une prostituée, nous donne le relevé d'un certain nombre de cas de défloration à Paris et hors Paris, montre l'enseignement qu'on peut tirer de ce relevé.

M. Martineau nous fait assister ensuite aux divers modes d'action de la prostitution clandestine : la rue, les gares, les hôtels, les marchands de vin, les brasseries à femmes, les boutiques et les arrière-boutiques, les amants anonymes, les maisons de passe. Il en tire les conséquences au point de vue de la famille.

Un chapitre est consacré aux monstruosités de la prostitution saphique et sodomique; et, ce terrain mis ainsi à découvert, nous voici en présence de la syphilis, de ses ravages et de ses conséquences pour l'individu, pour la famille, pour la société.

Mais la femme ne joue pas seule un rôle dans la prostitution clandestine; l'homme aussi y joue un rôle. De là, l'étude du souteneur, de son influence et de son action.

Il faut maintenant se résumer : M. Martineau expose l'opinion des partisans de la liberté de la prostitution et discute les arguments invoqués. Il montre la nécessité des hôpitaux spéciaux et des dispensaires.

Après un aperçu historique sur les mesures prises contre la propagation de la syphilis, il insiste sur la nécessité d'une réglementation formelle. La prostitution est un métier aussi bien pour l'homme que pour la femme. A tout prix il faut réprimer la prostitution clandestine. Surveillance, visites médicales, dispensaires, hospitalisation, telle est, en résumé, la conclusion que l'on peut tirer de cette intéressante étude.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 septembre, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Réteaud, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

Au grade d'aide-pharmacien. — M. Passérieux, aide-pharmacien de la marine, démissionnaire.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Charité, commencera un nouveau cours de technique microscopique le lundi 28 septembre, à quatre heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. — On s'inscrit, de midi à une heure, chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18356.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les traumatismes cérébraux (1).

TROUBLES INTELLECTUELS GRAVES QU'ILS PEUVENT DÉTERMINER.

IV

II. Nous avons envisagé jusqu'à présent les troubles cérébraux qui sont la conséquence immédiate ou rapprochée du traumatisme, mais il existe une autre catégorie de phénomènes, sur laquelle je dois maintenant fixer votre attention. Il s'agit de ceux qui surviennent à longue échéance, encore en vertu d'une prédisposition, mais d'une prédisposition créée par le traumatisme lui-même. C'est au regretté professeur Lasègue (2), que revient le mérite, je vous l'ai dit, d'avoir bien mis en relief les cas de cet ordre. « Un homme de vingt-cinq ans, dit Lasègue, fait une chute de cheval ; il est jeté à terre, on le relève sans connaissance, il reste dans un état subcomateux pendant une heure ou deux ; le chirurgien appelé constate qu'il n'y a ni fracture, ni lésion grave. Après quelques jours de surveillance, il se retire et dit que cet homme est convalescent ou guéri. A partir de ce jour, ce ne sera plus au chirurgien qu'appartiendra le malade, mais au médecin. Au bout de six mois, un an, dix ans, quinze ans, on vient vous consulter avec l'appréhension de quelque menace cérébrale ; la famille vous parle de troubles cérébraux confus, d'accès mal caractérisés; vous-même, après le plus attentif examen, vous ne reconnaissez pas les symptômes d'une affection primitive et définie dans cette maladie secondaire, greffée sur une souche autre que celle de la santé. Alors, poussant plus loin l'interrogatoire, vous apprenez qu'à une certaine période de la vie, il y a eu une chute ou une blessure. Ce traumatisme, qu'il ait lésé le crâne ou l'encéphale, a eu pour résultat de faire du cerveau un terrain sans parité avec le terrain cérébral d'un individu indemne... Il existe donc, ajoute Lasègue, une catégorie d'individus touchés cérébralement, et, si vous me passez ce mot, ayant perdu leur virginité cérébrale, sujets, du fait de ce précédent, à des affections cérébrales d'un ordre tout particulier. Je les appelle des *cérébraux.* »

Ces cérébraux sont des prédisposés à leur façon, ou du moins des prédisposés chez lesquels la prédisposition est née de toute pièce avec le traumatisme. Blessés aujourd'hui, ils parcourront une étape plus ou moins longue de la vie, sans présenter de trouble mental appréciable, du moins grossièrement appréciable ; puis à un moment donné, on les verra devenir celui-ci épileptique, à petit ou à grand mal, celui-là délirant ambitieux, aliéné à forme torpide ou paralytique général. Je reviendrai dans un instant sur la paralysie générale consécutive aux lésions traumatiques du crâne. Avant d'y arriver, laissez-moi vous citer un bel exemple d'aliénation mentale chez un « cérébral ». Ce cas est un de ceux que Lasègue se plaisait à rappeler.

Un officier de cavalerie tombe de cheval dans une manœuvre ; sa tête a porté sur le sol, et il est relevé sans connaissance. Guéri, après quelque temps, il reprend ses fonctions ; deux années se passent, et sa famille voit se modifier peu à peu son caractère et ses habitudes ; il devient querelleur, violent, désagréable dans ses rapports avec son entourage ; lui qui se couchait à minuit, se couche à neuf heures, ne va plus au café, et on remarque chez lui des goûts singuliers ; cependant toujours homme du monde, militaire consciencieux, personne ne se doute de rien, sauf peut-être sa femme et ses enfants. Pour ne citer qu'un exemple, ils le voient se délecter de mets qu'il avait autrefois en horreur. « Mon mari a mangé ce matin des crevettes, il faut qu'il soit bien malade », disait sa femme à M. Lasègue. On le voit aussi porter sur telle ou telle personne qu'il connaît depuis longtemps un jugement tout à fait inattendu.

Mais le temps se passe, et au milieu de la santé physique et intellectuelle en apparence la plus parfaite, l'officier met en oubli un devoir professionnel considérable ; ce qui n'était qu'une distraction devient une lacune grave ; lui, peu sensible d'habitude, il s'émeut et pleurniche au théâtre ou à la lecture d'un livre dont autrefois il aurait ri ; en un mot, il est devenu singulièrement sentimental. Bientôt les accidents physiques apparaissent, et sa volonté s'affaisse : il donne raison au premier venu, et, s'il n'avait pas de famille, ferait en sa faveur son testament. Enfin il est devenu très maladroit de ses mains, bientôt gâteux et imbécile. — Peu

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 septembre 1885.
(2) Congrès international de médecine mentale, séance du 9 août 1878, et *Arch. gén. de médecine.* 1880.

après, mille petits faits reviennent au souvenir de la famille et des amis. Notre officier se trompait souvent en comptant ses points de piquet, il rabâchait sans cesse les mêmes histoires et avait sur le point d'honneur des opinions invraisemblables.

III. Indépendamment des troubles fonctionnels, du délire à caractère vésanique, tels que je viens de vous les signaler, les traumatismes cérébraux peuvent être l'occasion de l'éclosion et du développement d'une méningo-encéphalite interstitielle diffuse : c'est là un fait sur lequel s'accordent aujourd'hui la plupart des auteurs. Mais s'il n'est pas douteux que la violence exercée sur le crâne ou les lésions du cerveau soient susceptibles d'amener à leur suite la paralysie générale, la part qu'il convient d'attribuer exactement au traumatisme dans la genèse de cette affection reste encore à établir. C'est qu'en effet la question de la prédisposition individuelle est ici encore à agiter. Qu'un coup porté sur la tête soit susceptible de servir de cause occasionnelle à une encéphalite interstitielle, le fait n'est pas douteux; ce qui l'est en revanche, c'est de savoir si le traumatisme peut à lui seul déterminer cette encéphalite, s'il n'exige pas le concours de circonstances accessoires, s'il ne demande pas, par exemple, que le terrain ait été préparé soit par les conditions héréditaires du sujet, soit par ces mille influences, toxiques ou autres, qui interviennent d'ordinaire à titre d'élément accessoire ou fondamental dans l'étiologie de la paralysie générale.

La question ne peut guère être tranchée actuellement. Ce qui est certain, c'est que le traumatisme, qu'il soit ou non susceptible de produire par sa seule influence la méningo-encéphalite chronique, en déterminera d'autant plus aisément l'apparition, qu'il agira sur un terrain préparé à l'avance.

L'époque du début de la paralysie générale à la suite d'une blessure du crâne et la rapidité d'évolution de l'affection sont très variables. Il est des sujets chez lesquels il n'y a pour ainsi dire pas d'intervalle entre le traumatisme et l'apparition des premiers accidents de la folie paralytique. Cet intervalle est du moins comblé par des symptômes sans signification précise, mais qui remplissent la lacune d'ailleurs courte existant entre le moment du choc sur la tête et le développement des manifestations de la paralysie générale.

G..., âgé de quarante ans, est bleui à la tête par un coup de wagon; à la suite, congestion cérébrale avec convulsions, perte de connaissance; depuis, embarras de la parole, actes puérils, insuffisance intellectuelle, la mémoire disparaît, le malade ne peut plus écrire, il a de nouvelles attaques; à son entrée à Charenton, la paralysie générale est très avancée (1).

Un avocat de mes amis, âgé de quarante ans, fils d'un apoplectique, avait fait des démarches pour se faire assurer sur la vie auprès d'une grande Compagnie. Il était alors extrêmement bien portant. Par suite d'un rendez-vous manqué, il ne signe pas sa police et part en province pour une affaire urgente. A son retour, il est victime d'un accident de chemin de fer, et est violemment tamponné à la région pariétale gauche, sans aucune blessure apparente. Après quelques soins, il remonte en wagon, encore tout étourdi, et rentre à Paris. Au bout de quarante-huit heures, il me fait appeler, et je le trouve très excité et bégayant. Je porte le pronostic le plus grave, je songe à une paralysie générale traumatique, et, sous un prétexte, j'empêche mon ami de signer sa police d'assurance. Très rapidement tombé en démence, il a succombé vingt-six mois plus tard. J'ai fait actionner la Compagnie du chemin de fer, tout en ne cachant point le fait de la prédisposition possible, par suite de l'apoplexie cérébrale chez le père, et un arrangement amiable est intervenu. Quant à la police d'assurance, si je l'eûs laissé signer, j'aurais sciemment contribué à infliger une perte sérieuse à une Société financière.

(1) Decorce. *Considérations sur la chirurgie des aliénés*. Th. de Paris, 1871.

Chez un malade, dont M. Laffite (1) a publié l'observation dans les *Annales médico-psychologiques*, les symptômes de la folie paralytique firent tout aussi brusquement leur apparition. Ils débutèrent le lendemain même d'un violent coup de poing sur la tête.

Dans les cas de cet ordre, la violence extérieure n'intervient-elle qu'à titre de cause occasionnelle, pour rendre apparente une paralysie générale qui était déjà en voie d'évolution latente? C'est là l'opinion de quelques auteurs. « Nous ne saurions admettre, dit M. Vallon (2), qu'un choc même violent puisse créer d'emblée, et de toute pièce, une maladie dont l'évolution est en somme lente à se faire. »

D'ordinaire, entre l'accident et le début de l'encéphalite, — au moins le début appréciable, — il existe un intervalle plus ou moins long. Dans le cas suivant, cet intervalle fut d'une année.

Il s'agit d'un individu, âgé de trente-huit ans, sans antécédents héréditaires, — l'observation est rapportée par M. Decorce, — qui fit une chute de cheval sur la tête. *Un an* après, il fut pris d'embarras marqué de la parole, de déviation des traits du visage, d'affaiblissement graduel de l'intelligence.

L'année suivante, exacerbation marquée, brusque, puis rémittente; au moment de son entrée abolition presque complète des sentiments et des instincts, parole inarticulée, affaiblissement physique considérable. Le malade gâte.

Enfin, dans le plus grand nombre des cas, c'est seulement plusieurs années après le traumatisme qu'apparaît la maladie, si bien que la relation entre l'un et l'autre pourrait échapper si l'on n'interrogeait attentivement l'entourage du malade sur l'histoire antérieure et le passé de celui-ci. Le cas que voici, que j'ai observé il y a quelques années est un fait de cet ordre :

Un notaire de petite ville, âgé de trente-huit ans, de bonne constitution, fait une chute de voiture; il est relevé sans connaissance et demeure ainsi plusieurs heures; très bien soigné, il guérit et reprend ses occupations ordinaires. Cinq ans après, sa femme remarque chez lui quelques bizarreries de caractère, ses clients s'étonnent de lui voir émettre des opinions singulières, et il m'est amené à Paris. Je reconnais facilement en lui une paralysie générale commençante; mais la cause en est obscure, car M. X... avait une existence des plus régulières, et n'a aucune hérédité morbide; enfin, sollicitée par mes questions, Mme X... se souvint de l'incident arrivé, il y a cinq ans, et des variations singulières du caractère qu'elle a observées chez son mari; de plus, elle me dit que celui-ci se plaignait fréquemment de douleurs de tête d'une extrême violence qui le forçaient à interrompre son travail. Dès lors, pour moi, les obscurités

(1) *Ann. méd. psychol.*, année 1881, p. 233.

(2) Vallon. *De la paralysie générale et du traumatisme, dans leurs rapports réciproques*. Th. de Paris, 1882.

s'éclaircissent ; M. X... est atteint d'une paralysie générale qui a pour cause le traumatisme cérébral, et, pendant cinq années, il a passé par les phases prodromiques de cette terrible maladie, lesquelles portent, vous le savez, surtout sur le caractère, les sentiments et l'intelligence.

Je me borne à vous rappeler ces quelques exemples, qui seront suffisants, je l'espère, pour vous convaincre de l'étroite relation qui existe entre la paralysie générale et le traumatisme. Ce n'est là qu'un côté de mon sujet, sur lequel je ne puis m'appesantir outre mesure, à la fin d'une leçon déjà longue.

J'espère vous avoir convaincu de l'influence importante que peuvent avoir sur le développement des troubles intellectuels les traumatismes du cerveau. Ces traumatismes, vous l'avez vu, peuvent agir de diverses manières, tantôt en imprimant à la substance cérébrale une commotion qui vient en déranger le fonctionnement régulier toujours dans le présent, souvent aussi dans l'avenir. Ils peuvent enfin être le point de départ d'un processus d'inflammation rapide ou lente de la gangue conjonctive, et aboutir à la paralysie générale progressive.

M. Duret (1) a très heureusement résumé les différentes étapes que parcourent les accidents nerveux consécutifs aux violences sur le crâne. Permettez-moi, en manière de conclusion, de rapporter ce qu'il en dit :

« Les accidents nerveux déterminés par le traumatisme, écrit M. Duret, peuvent être distingués en primitifs, secondaires et tertiaires.

Pour nous, les accidents primitifs sont ceux dont le début a lieu au moment de la blessure ou dans les heures qui suivent, et ce sont ces états pathologiques si complexes auxquels on a donné les noms de commotion, compression et contusion cérébrales.

Les accidents secondaires ont leur point de départ dans la réaction inflammatoire excitée par les lésions produites, au sein des centres nerveux, par la violence extérieure ; ils n'apparaissent guère avant le deuxième ou le troisième jour : nous voulons parler de la méningite, de l'encéphalite, des abcès cérébraux, etc.

Lorsque le calme s'est fait, que tous les troubles généraux ont disparu, et que l'on peut croire le malade plus ou moins complètement guéri, souvent après des mois, des années, se manifestent ou s'accusent des troubles, dont l'origine est dans les résidus pathologiques du traumatisme et de sa réaction ; ce sont alors les accidents tertiaires des traumatismes cérébraux. Ces troubles consistent pour la sphère de l'intellect dans des affections mentales et des délires locaux ou généralisés, tels que la paralysie générale, la perte de la mémoire, du langage, etc. »

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

I. Épithélioma de la langue. — II. Pustule maligne.

I. J'ai opéré l'autre jour, pour un épithélioma de la langue, un de nos pauvres malades qui, depuis lors, a succombé, et, je puis le dire, je ne l'ai fait qu'avec une certaine répugnance ; mais cet homme souffrait tellement qu'après m'être tout d'abord refusé à intervenir chirurgicalement, j'ai cependant fini par céder.

L'opération était considérable. Il s'agissait, en effet, d'enlever plus de la moitié de la langue, d'aller couper tout près des insertions avec l'os hyoïde.

De plus, les adhérences que le néoplasme avait contractées avec la mâchoire inférieure m'ont forcé de pratiquer la résection de l'os maxillaire, afin de prévenir, autant qu'il est possible, une récidive, à peu près constante lorsque la tumeur adhère au tissu osseux.

J'ajouterai enfin que la langue était tuméfiée et que nous avons constaté l'existence d'un engorgement des ganglions sous-maxillaires et de quelques-uns des ganglions carotidiens.

Voici, d'ailleurs, en raison même de l'état des parties malades et du voisinage, comment nous avons été forcé de procéder dans cette longue opération :

Dans un premier temps, nous avons fait une incision externe, nous avons placé deux fils à ligature sur l'artère faciale et nous avons coupé cette artère. Nous avons procédé ensuite à la mise à nu de la face externe de l'os maxillaire. Dans le second temps, nous avons réséqué la mâchoire. Dans le troisième temps, nous avons lié l'artère linguale et enlevé les ganglions malades. Enfin le quatrième temps a consisté dans l'ablation de la langue.

Le premier et le second temps de l'opération ont été d'une exécution assez facile et se sont bien passés. L'extirpation des ganglions sous-maxillaires s'est faite assez facilement aussi. Mais il n'en a pas été de même des ganglions carotidiens dont l'ablation a été beaucoup plus laborieuse. Nous avons été forcés de placer deux ligatures sur la veine jugulaire interne et de la couper sur une longueur de 3 à 4 centimètres à cause des adhérences que plusieurs ganglions avaient contractées avec ses parois.

Enfin, je procédais à l'ablation de la langue en la détachant dans le voisinage de ses insertions et j'allais la diviser avec le thermo-cautère, lorsqu'une des ligatures de la veine jugulaire s'est détachée (sans que je puisse m'expliquer comment), et un flot de sang est venu inonder le champ opératoire. Nous avons immédiatement tamponné et placé en divers sens des pinces à forcipressure.

Puis nous avons lié de nouveau et successivement les deux bouts du vaisseau : d'abord le bout cardiaque, ensuite l'autre bout qui donnait aussi du sang par le plexus pharyngien. Enfin, après des tentatives multiples pour arrêter l'hémorrhagie, nous avons laissé trois pinces à forcipressure dans la plaie.

Mais la perte de sang avait été assez considérable pour affaiblir, d'une façon dangereuse, notre opéré, qui était déjà très anémié, qui avait déjà perdu depuis un certain temps la plus grande partie de ses forces, et par la maladie et par une nourriture insuffisante. Bref il a succombé hier dans la soirée.

Cette opération que j'ai ainsi tentée dans les plus mauvaises conditions, un de mes collègues s'était refusé à la pratiquer. Peut-être aurais-je dû l'imiter et ne pas la faire non plus, sachant surtout que des vaisseaux envahis par les ganglions allaient nécessiter de procéder à leur dénudation. Mais, d'autre part, cet homme souffrait tellement que j'ai fini par céder à ses supplications.

Aujourd'hui, pour une affection de même nature et siégeant sur le même organe, — un épithélioma de la langue, — nous aurons à pratiquer une opération en apparence plus grave, mais en réalité plus bénigne.

(1) Duret. *Études expérimentales sur les traumatismes cérébraux.* Th. de Paris, 1878.

II. Je tiens vivement à appeler votre attention, en quelques mots seulement, sur la pustule maligne et son traitement, à propos d'un malade de notre salle des hommes.

La pustule maligne est une affection apyrétique, et lorsque, dans certains cas, elle s'accompagne de phénomènes fébriles, c'est que la maladie se complique de lymphangite, c'est-à-dire d'un élément morbide de plus.

D'ailleurs les habitudes du malade, en pareil cas, ont une influence véritable sur le pronostic de la pustule maligne. C'est ainsi que, chez les garçons d'abattoir, comme celui que nous traitons en ce moment, individus robustes et souvent alcooliques, on voit la pustule maligne se compliquer de fièvre, de lymphangite et de sphacèle, phénomènes entièrement dus à l'alcoolisme. Le malade est donc alors sous l'influence d'une double intoxication : celle du charbon et celle de l'alcool.

Quant au traitement, voici en quoi il consiste : en un traitement destructeur, en un traitement révulsif et en un traitement désinfectant, c'est-à-dire l'ablation de la pustule avec le thermo-cautère, et des pointes de feu tout autour; des injections de teinture d'iode au centième dans les parties œdématiées; une atmosphère phéniquée continue comme désinfectant.

FRACTURE COMMINUTIVE DE LA JAMBE DROITE (1)

COMPLIQUÉE DE PLAIE, HÉMORRHAGIE, ÉRYSIPÈLE, EMPHYSÈME, PHLYCTÈNES, ABCÈS, ESQUILLES, CHEZ UN ATAXIQUE, CONSOLIDÉE EN QUARANTE-SEPT JOURS PAR L'APPLICATION DE LA BOITE-GOUTTIÈRE A SUSPENSION.

Par M. le docteur PHILIPPE (de Saint-Mandé).

II

Cette observation me paraît d'un grand intérêt, à cause des nombreuses complications qu'a présentées le sujet et de l'heureuse et prompte terminaison des accidents graves qui l'ont caractérisée.

En effet, on a vu que la fracture était extrêmement oblique, — de 45 degrés au moins, — d'une cassure très irrégulière et dentelée, située immédiatement au-dessus de la malléole interne en bas et en dedans, à 5 centimètres au-dessus de ce même point, en haut et en dehors; qu'il s'était produit un déplacement considérable; le pied étant fortement dévié en dehors et reposant complètement sur son bord externe; il y avait chevauchement du fragment supérieur du tibia sur l'inférieur.

Le péroné était brisé à 16 centimètres au-dessus de la malléole.

On remarque, à 6 centimètres au-dessus de l'articulation, à la partie moyenne de la face externe du corps du tibia, une petite ouverture, de la dimension d'une tête d'épingle, par laquelle s'échappe du sang en assez grande abondance. Cette hémorrhagie s'était reproduite pendant les trois premiers pansements, mais on s'en était rendu maître facilement par un bandage compressif ordinaire.

Cette plaie avait été produite sans doute par l'extrémité inférieure du fragment supérieur du tibia qui était aiguë, ou peut-être par la présence d'une esquille.

Il y avait aussi emphysème compliqué d'une large ecchymose provenant d'un épanchement occupant toute la région du mollet.

Le 21, cinq jours après l'accident, le malade, bien que les fragments fussent en rapport, présente des symptômes assez graves de traumatisme : la face est vultueuse; la parole brève, saccadée; il y a excitation générale; 96 pulsations.

Température presque normale; accidents produits par des phénomènes inflammatoires très prononcés et même septicémiques.

En effet, la région antérieure de la jambe, à son tiers inférieur, en partant de la fracture, est brûlante; d'un rouge violacé; d'un noir ardoisé en certains points; présentant aussi les caractères de l'érysipèle dans son ensemble, ce dernier gagnant le pied.

Trois phlyctènes se sont élevées à la même région, contenant de la sérosité qu'on a vidée; derniers accidents qui pouvaient faire redouter la gangrène.

Le 22, septième jour, la petite plaie qui s'est agrandie commence à suppurer. Cette suppuration vient du foyer de la fracture; elle avait fusé jusqu'à la petite plaie de l'hémorrhagie située 6 centimètres plus haut.

Pansement phéniqué.

Le 23, état général grave; facies altéré; 84 pulsations.

Température normale; suppuration considérable par la plaie.

Le 24, neuvième jour, la nuit a été très mauvaise; les accidents septicémiques s'accentuent davantage. Le malade souffre beaucoup de soubresauts musculaires; la suppuration augmente sensiblement; elle est de mauvaise nature, fétide, sanguinolente.

Vu la gravité de la situation, je n'hésite pas à appliquer un drain dont je fais passer un des bouts par la plaie déjà existante, que j'agrandis, et l'autre par une incision, dirigée de bas en haut et de dedans en dehors, à une distance de 5 centimètres environ de la première.

Immédiatement après cette opération, le malade obtient une amélioration et un soulagement instantanés; le pouls, qui était à 96, est tombé incontinent à 85.

Pansements antiseptiques continués; régime reconstituant, toniques.

A partir de ce mode de traitement, les grands accidents traumatiques sont conjurés; l'érysipèle s'est limité; la suppuration devient de bonne nature et beaucoup moins abondante.

Jusqu'alors la fracture n'a pas subi de déplacements notables si l'on excepte quelques dérangements causés par les secousses musculaires et que de légères tractions ont fait disparaître en grande partie.

Le 28, reproduction des contractions musculaires qui ont amené un déplacement considérable des fragments; le supérieur faisant une forte saillie sous la peau. Réduction.

Le 29, mêmes accidents provoqués dus à la même cause; il y a de plus toutefois un retrait du tibia en arrière, caractérisé par un aplatissement très marqué de cet os. Réduction incomplète de la fracture.

Le 30, l'affaissement du tibia persiste : les tractions extensives sont infructueuses. Pour y remédier, je fais la coaptation immédiate des fragments, en soulevant fortement avec la paume de la main la diaphyse de l'os, de manière à les mettre exactement en contact et maintenant ce contact par l'interposition d'un fort tampon d'ouate entre le membre et la gouttière de la boîte.

D'ailleurs l'état du blessé est très satisfaisant; il y a peu de suppuration qui est louable et de bonne nature; la plaie est fort belle.

Le 3 juin, mêmes accidents que le 28 mai; mêmes manœuvres exercées avec succès.

Le 5, vingt-unième jour, les plaies du drainage bourgeonnent; presque plus de suppuration. Le malade a pu fléchir un peu le genou de lui-même.

Le 7, déplacement notable des fragments par contractions musculaires; on y remédie à l'aide du procédé habituel.

Cautérisation des bourgeons de la plaie à l'azotate d'argent.

(Vingt-septième jour.) — Le 11 juin, un petit abcès se forme à 6 centimètres au-dessus de la malléole interne, à 3 centimètres en arrière du premier abcès et au même niveau; il est causé par la présence d'une esquille.

Il n'y a plus de suppuration; on enlève le drain.

(Trente-neuvième jour.) — Le 23, le malade a pu lever un peu la jambe.

(Quarante-sixième jour.) — Le 30, il s'est tenu debout seul : la consolidation est partout achevée, excepté dans un point très limité situé à l'extrémité inférieure du fragment supérieur où l'on

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 septembre 1885.

perçoit encore un peu de mobilité ; ce qui ne nuit pas d'ailleurs à la solidité du membre.

(Quarante-huitième jour.) — Le 1er juillet, il marche en s'aidant de béquilles, non sans difficulté, à cause du défaut d'équilibre produit par l'ataxie locomotrice qui s'est aggravée. Prescription de sulfate de strychnine.

Le 14 août, formation d'un troisième abcès, à 10 centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, le long du bord externe du tibia.

Le malade fait quelques pas, seul, sans béquilles ; les symptômes ataxiques persistent.

Les plaies du premier abcès sont cicatrisées le 29. Le deuxième abcès est beaucoup moins étendu et donne seulement un peu de sang.

Le 21 septembre, une petite esquille est sortie d'elle-même du deuxième abcès. M. le docteur Dupré, appelé en mon absence, présume une autre esquille et pratique une incision par laquelle il peut extraire une esquille beaucoup plus grosse que la première, ayant 2 centimètres de long sur 1 de large.

Le 22, l'ataxie est revenue au même point qu'avant la fracture ; le malade marche avec une canne ou même sans son secours.

Une troisième esquille semblable à la première sort spontanément par la même ouverture que les deux autres.

Le 1er mars 1885, le deuxième abcès a laissé un point fistuleux qui donne encore un peu de sang à la pression.

Le point fistuleux restant encore du troisième abcès se ferme et se rouvre alternativement.

Voici l'état du membre :

L'ataxie locomotrice s'est améliorée ; la jambe a repris sa forme naturelle, ou du moins, avec quelques modifications consistant surtout en une dépression, un enfoncement assez marqués au point de jonction des deux fragments et produits principalement par l'absence de la portion du fragment supérieur détaché de l'os, à la suite de l'extraction de l'esquille.

Le membre a recouvré ses fonctions.

Il y a un léger raccourcissement d'un demi-centimètre.

Cette observation suggère des considérations cliniques d'une grande importance, au point de vue de la gravité, de la multiplicité des complications ainsi que du traitement mis en usage pour les combattre.

Le malade, âgé de cinquante ans, était affecté d'ataxie locomotrice depuis deux ans ; et l'on sait que les os sont beaucoup plus fragiles chez les personnes atteintes de cette maladie. Les trois malades que j'ai observés dans les mêmes circonstances, ont eu les os fracturés par des causes légères, à la suite de chutes ordinaires.

Tous ont présenté des solutions de continuité très obliques, avec chevauchement considérable ; les fragments étaient d'une cassure irrégulière et dentelée ; il y avait des complications plus ou moins graves ; inflammation ; érysipèle avec phlyctènes ; tendance à la gangrène ; hémorrhagie ; soubresauts musculaires ; accidents septicémiques ; consolidation de la fracture beaucoup retardée. Malgré ces conditions défavorables, cette dernière s'est opérée rapidement chez mon malade, en quarante-sept jours.

Dans un cas aussi compliqué, il est très probable que les appareils ordinairement usités eussent été insuffisants, à cause de la difficulté de contention des extrémités osseuses, par la brièveté excessive du fragment inférieur fortement porté en arrière et n'offrant aucune prise aux agents de réduction.

M. le professeur Gosselin (*Clinique*, dernière édition) cite des cas de fractures sus-malléolaires compliquées dans lesquelles on n'avait pu mettre les fragments en contact, et dont un des sujets est mort. Il conseille même, en pareille occurrence, la section du tendon d'Achille préconisée par Laugier, l'application du clou de Malgaigne.

La science est donc loin d'être fixée sur le choix des appareils pour le traitement de ce genre de fractures.

En effet, les bandages inamovibles sont tout à fait contre-indiqués pendant la période inflammatoire et au début, la compression qu'ils exerceraient devant aggraver les accidents ; en outre ils offrent l'inconvénient capital de ne pas permettre de se rendre compte de la marche des complications dans bien des cas.

La gouttière ordinaire est inapte à contenir les fragments qui, par leurs déplacements, deviendraient une cause incessante d'irritation et pourraient donner lieu ainsi aux plus graves complications.

On doit placer dans la même catégorie le bandage de Scultet.

Il y a une indication très importante à remplir pour les fractures compliquées, que les appareils généralement employés ne peuvent satisfaire, même les appareils hyponarthéciques à suspension ordinaires, bien que ces derniers soient plus efficaces que les autres, en cas de complications : c'est de pouvoir agir immédiatement sur chaque fragment.

Or, quelles que soient les dispositions réciproques de ceux-ci ; quelles que soient leurs dimensions, ma boîte-gouttière offre les moyens les plus simples et les plus pratiques de les mettre en contact et de les y maintenir.

On a vu en effet que chez mon malade, malgré les déplacements incessants des extrémités osseuses résultant de l'obliquité excessive de la fracture, de l'exiguïté du fragment inférieur et surtout des soubresauts musculaires répétés qui soulevaient le membre fortement au dessus de la boîte, je suis parvenu à faire disparaître l'aplatissement considérable du tibia et à rétablir les rapports des fragments, en interposant la paume de ma main entre la face postérieure de l'os et la gouttière, et soulevant par une forte pression le tibia surbaissé, de manière à opérer directement la réduction ; manœuvres que je désigne sous le nom de *coaptation immédiate*.

On a pu voir qu'il a fallu revenir souvent à cette opération.

Aucun autre appareil connu n'aurait permis ce procédé de réduction qui ne devait être durable et efficace que grâce aux dispositions de ma boîte-gouttière présentant un point d'appui suffisant aux fragments, et une immobilisation plus ou moins complète de la fracture par la suspension qui enraye l'action musculaire (pour la description de la boîte-gouttière, voir le *Manuel de petite chirurgie*, de Jamain-Terrier, édition de 1880).

Chez mon malade, les complications ont été graves et nombreuses : ainsi, cinq jours après l'accident, des symptômes alarmants de septicémie commencent à apparaître ; érysipèle, phlyctènes ; teinte noirâtre de la peau pouvant faire craindre la gangrène ; fièvre, 96 pulsations ; température élevée ; facies altéré ; agitation ; anxiété.

Le septième jour, la petite plaie de l'hémorrhagie commence à suppurer, en s'agrandissant.

Les accidents septicémiques s'aggravent d'une manière inquiétante.

En présence d'une situation aussi grave, chez un blessé affaibli déjà par d'assez fortes pertes de sang et par la maladie de la moelle épinière dont il était atteint antérieure-

ment, je n'hésite pas à appliquer un drain qui d'ailleurs ne correspondait pas avec le foyer de la fracture.

Immédiatement après l'opération, les symptômes de septicémie tombent sensiblement ; le pouls, qui était à 96, descend instantanément à 85 ; un calme général succède à l'anxiété et à l'agitation du malade.

A partir de ce moment, les accidents septiques sont conjurés et disparaissent rapidement.

La fracture compliquée est devenue une fracture simple, bien que présentant encore de grandes difficultés pour la coaptation des fragments et leur contention.

Ces dernières circonstances soulèvent une question pratique des plus importantes : il est évident que l'issue facile de la suppuration produite par l'application d'un drain a eu les plus heureux résultats sur la marche de la fracture et sur l'état général du blessé, et que c'est surtout à la précocité de cette opération (huit jours après l'invasion des accidents) qu'ils doivent être attribués.

Cette pratique sort de l'ordinaire : il est d'usage de drainer beaucoup plus tardivement, et je ne me rappelle pas avoir vu dans les hôpitaux opérer dès le début de la maladie, d'autant plus que quoique l'abcès ne fût pas tout à fait au niveau du point fracturé, il en était très rapproché, et qu'on avait été obligé d'agrandir la plaie primitive pour poser le drain.

C'est un point pratique très important sur lequel j'appelle particulièrement l'attention des chirurgiens.

D'un autre côté, on a pu remarquer que, malgré la gravité de la fracture et de ses complications, la consolidation osseuse s'est opérée presque aussi rapidement que dans un cas de fracture simple.

Le vingt-unième jour, le malade a fléchi le genou, seul.

Le trente-neuvième jour, il s'est tenu debout sans être aidé.

Le 1er juillet, quarante-septième jour, il marche avec des béquilles.

Le 14 du même mois, soixantième jour, son membre fonctionne sans secours artificiel.

Quant au traitement local et général de la fracture, on a mis en usage les moyens antiseptiques, l'emploi des toniques, des reconstituants et d'un régime réconfortant.

Je me résumerai en faisant ressortir les avantages exceptionnels que présente la boîte-gouttière à suspension dans les cas de fractures compliquées pour lesquelles l'indication de son application est toute spéciale, et l'on pourrait dire même formelle.

En effet, la fracture avec complications se convertit en fracture simple par la contention soutenue des fragments ; par la liberté donnée au membre dégagé de toute compression et de toute cause d'inflammation ; par l'atténuation de l'action musculaire et l'immobilisation plus ou moins complète du point fracturé ; par la facilité avec laquelle on remédie aux diverses complications locales, les parties malades se trouvant toujours à la disposition de l'homme de l'art qui peut agir immédiatement sur les régions affectées ; le membre étant à découvert et dégagé de toute entrave.

Ces conclusions reposent sur 72 observations de fractures et sur une pratique de dix-sept ans soit dans les hôpitaux, soit dans la médecine civile.

OBSERVATION D'ÉCLAMPSIE PENDANT LE TRAVAIL

EXTRACTION D'UN ENFANT VIVANT, GUÉRISON DE LA MÈRE.

Par M. le docteur E. HÉBERT (d'Audierne).

Le 19 février 1885, je fus appelé au village de Kerandron, auprès d'une femme en couches.

A mon arrivée, deux heures du matin, je trouvai la nommée Jeanne P..., robuste paysanne, vingt-quatre ans, primipare, atteinte de crises éclamptiques.

D'après les renseignements de la famille, grossesse normale.

Au dire de la sage-femme qui l'assiste, le travail a commencé la veille, vers six heures du soir.

La rupture de la poche des eaux a eu lieu à une heure après minuit, et c'est à ce moment que s'est déclarée la première crise.

La malade a déjà eu six attaques ; elle est complètement inerte. Perte absolue de connaissance ; respiration stertoreuse ; facies vultueux ; langue mordue, épaisse et faisant saillie entre les arcades dentaires.

Au moment de cet examen, nouvelle attaque qui dure dix minutes environ, et dont j'attends la fin.

Je constate ensuite : utérus normalement développé, dilatation complète, présentation du sommet, position O. P. I. D.

Je décide l'application du forceps, et pendant les préparatifs de cette opération, nouvelle attaque qui dure encore dix minutes.

Cette crise terminée, j'applique immédiatement le forceps et j'extrais un enfant mâle, en état de mort apparente. Une légère saignée du cordon a facilement raison de cet accident.

Puis, l'utérus me paraissant suffisamment contracté sous la forme d'une boule dure, au-dessus du pubis, et la main droite de la sage-femme laissée à demeure sur le fond de la matrice pour maintenir l'organe revenu sur lui-même, j'extrais le placenta.

A peine la délivrance est-elle terminée et la malade replacée dans son lit, nouvelle crise qui dure quinze minutes, et après laquelle *large inhalation de chloroforme.*

Cinq heures du matin : nouvelle crise ; durée, huit minutes ; nouvelle inhalation de chloroforme.

Six heures trente minutes : nouvelle crise ; durée, quinze minutes ; nouvelle inhalation de chloroforme.

Enfin, depuis cette dernière attaque jusqu'à onze heures du soir (19 février), dix autres crises, de durée variable, mais de plus en plus courtes, grâce aux inhalations de chloroforme.

De cela je puis répondre, n'ayant pas quitté un seul instant la malade.

Enfin, vers minuit elle s'endort, jusqu'au lendemain matin six heures.

Je revois l'accouchée vers huit heures du matin (20 février). Hébétude complète.

Je réussis à lui faire prendre quelques gorgées d'une infusion de tilleul orangé.

Le sentiment revient peu à peu, vers le soir. L'accouchée prend avec plaisir une tasse de bouillon, et s'endort.

Le lendemain (21 février), au réveil, à part une grande lassitude, il ne lui reste plus que le souvenir de cette redoutable complication. L'allaitement fut commencé trois jours après. Suites de couches normales.

Je n'ai pu examiner les urines que six heures environ après la délivrance ; elles étaient faiblement albumineuses.

Les inhalations de chloroforme commencées aux premiers signes d'agitation automatique, indice certain de l'approche d'une crise, ont été suspendues pendant toute sa durée et reprises après elle jusqu'à cessation complète de l'agitation et production du sommeil anesthésique.

L'influence heureuse du chloroforme sur la marche et l'issue de ces accidents éclamptiques au terme d'une grossesse me paraît digne d'être signalée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêtés ministériels en date du 24 septembre 1885, des concours s'ouvriront le 25 mars 1886, savoir :

1° Devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant d'histoire naturelle et pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

2° Devant l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— Par arrêté en date du 24 septembre, une session extraordinaire, exclusivement réservée aux engagés conditionnels d'un an, doit s'ouvrir devant les Facultés des lettres et des sciences, le 25 octobre 1885, pour les épreuves du baccalauréat.

— Un concours pour l'emploi de maîtresse sage-femme de l'École de la Maternité du département de l'Hérault s'ouvrira le 5 novembre 1885.

Les sages-femmes de première classe, âgées de trente ans au moins, qui désireraient prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de l'Hérault avant le 20 octobre prochain.

— L'Association des médecins de la Seine informe le public médical que la bourse fondée par le docteur Moulin, pour l'entretien au lycée Saint-Louis du fils d'un médecin français sans fortune, se trouve actuellement vacante.

Les conditions à remplir par les candidats sont les suivantes :

1° Être fils d'un médecin français ;

2° Être en âge et en état de faire des études classiques ;

3° Être dépourvu de moyens d'existence.

Adresser les demandes, avec pièces justificatives, à M. le docteur Louis Orfila, secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine, 2, rue Casimir-Delavigne, avant le 1er novembre 1885.

— M. le docteur Dufraigne a été élu hier sénateur du département de Seine-et-Marne.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur Pierre Astès, décédé à Bordeaux à l'âge de quatre-vingt-six ans, et celle de M. le docteur Auguste Gérardin, médecin aide-major, qui vient de succomber au Tonkin où il était arrivé depuis quelques mois seulement.

— L'ouverture des cours de l'École et de l'hôpital dentaires de Paris, pour l'année scolaire 1885-1886, aura lieu au siège de l'institution, 23, rue Richer, le lundi 2 novembre 1885.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18367.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La diélectrolyse n'existe pas, — du moins jusqu'à présent. — Elle est le résultat d'une erreur d'expérimentation, loyalement reconnue d'ailleurs par son inventeur M. Brondel. C'est ce que M. Dujardin-Beaumetz, qui ouvre généreusement son service aux expérimentations thérapeutiques présentant toutes les garanties de prudence et de sécurité voulues, est venu déclarer hier à la tribune, après une épreuve décisive. Du même coup, dans cette sorte de rapport verbal sommaire, se trouve jugée la valeur des réclamations de priorité adressées dans cette séance même à l'Académie.

M. G. Sée a occupé la tribune pendant la plus grande partie de cette séance, pour y développer de vive voix une théorie physiologique des causes de la transformation graisseuse du cœur et de l'obésité en général, et les indications thérapeutiques qui s'en déduisent. Le temps n'ayant pas permis à M. G. Sée de terminer sa communication, la parole lui a été réservée pour le commencement de la séance prochaine. On trouvera dans le compte rendu de la séance l'analyse de cette première partie de sa communication.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Corps étranger de l'urèthre. Épingle en crochet arrêtée dans la portion bulbeuse de l'urèthre. Extraction par uréthrotomie externe.

(Leçon recueillie par M. DERVILLE, interne du service.)

Le nommé P..., Léopold, boulanger, âgé de quarante-deux ans, entra le 13 juillet 1885 dans la salle Saint-Jean, et nous raconta ce qui suit :

Croyant avoir un rétrécissement de l'urèthre, il avait, à différentes reprises, introduit dans ce canal une tige de bouleau en guise de cathéter.

Le 10 juillet, une de ces tiges se brisa et il en resta dans les voies urinaires un morceau d'une longueur de 5 centimètres. Voulant à tout prix retirer lui-même ce morceau de bois, le malade recourba une épingle en crochet, fixa ce crochet au bout d'une autre tige de bouleau, et introduisit cet instrument tout à fait primitif dans l'urèthre. Il chercha à ramener le morceau de bois, mais quand il retira cet instrument improvisé, il constata avec stupéfaction que l'épingle était restée dans l'urèthre.

Il est probable que cet homme, qui a longtemps servi dans la marine marchande et militaire, se masturbe, et, à la façon des Chinois, introduit des morceaux de bois dans son urèthre, dans un but lubrique. D'ailleurs la facilité avec laquelle on pénètre dans l'urèthre exclut toute idée de rétrécissement.

Pour constater, et la présence et la situation de l'épingle, M. Després introduisit dans l'urèthre une sonde métallique légèrement recourbée.

Lorsque l'extrémité de l'instrument arriva au niveau du collet du bulbe, la sensation d'un contact métallique fut nettement perçue. Quant à la recherche du morceau de bois, elle ne fut pas tentée, étant donnée la difficulté de sentir un objet de bois déjà ramolli, dont la consistance diffère peu de celle des tissus.

Pendant trois jours, le malade fut mis au repos ; chaque jour il prit un grand bain. L'excitation à laquelle il se trouvait en entrant à l'hôpital, se calma ; les vomissements sympathiques qui existaient depuis plusieurs jours cessèrent, et l'extraction du corps étranger fut décidée pour le 17 juillet.

Les procédés employés pour extraire les corps étrangers de l'urèthre ont beaucoup varié avec la nature de ces corps.

On a, en effet, trouvé dans l'urèthre des objets bien divers, mais parmi les plus fréquents, on peut citer les fragments de calcul. On y a rencontré aussi des médailles, des perles, des aiguilles, des tuyaux de pipe, etc., et chacun de ces corps a entraîné l'application de divers instruments.

Les fragments de calcul sont extraits tantôt avec les pinces de Hunter, tantôt avec la curette articulée de Leroy d'Étiolles, tantôt enfin avec le brise-pierre uréthral.

Pour les objets piquants et droits, les épingles, par exemple, on s'est servi des pinces de Hunter ou du lithotriteur ; mais toujours on a échoué. Dans un cas semblable, M. Boinet a fait saillir la pointe du corps étranger à travers les téguments, l'a saisie avec de fortes pinces et a dégagé ensuite la tête. Quant aux aiguilles, elles cheminent beaucoup plus aisément dans les tissus, et après vingt-quatre à quarante-huit heures, on trouve dans la verge ou le scrotum l'aiguille qui fait saillie. Il suffit de la saisir avec des pinces, après avoir fait passer la pointe à travers la peau.

Mais quand le corps piquant : épingle, aiguille, est recourbé en crochet, aucun instrument ne peut l'enlever, et il faut d'emblée faire l'uréthrotomie externe avec conducteur.

Après avoir attaché le malade dans la position de la taille périnéale et l'avoir chloroformé, M. Després se servit comme conducteur de la pince de Hunter fermée. Lorsque la sensation de frottement des deux corps métalliques fut perçue, M. Després cessa

d'introduire l'instrument, et, recourbant la verge sur le ventre, fit saillir son extrémité au-dessous des bourses relevées. En ce point, il fit une incision large et parallèle à la direction du canal uréthral. Cette incision fut ensuite agrandie avec des ciseaux. L'urèthre était ainsi incisé un peu en avant du bulbe, c'est-à-dire dans une région normalement dilatée. L'index put être introduit dans le canal et aller à la recherche de l'épingle. Il la rencontra sur le côté gauche de l'urèthre, et avec des pinces à forcipressure le corps étranger fut aisément amené au dehors.

Mais il restait encore le morceau de bouleau, et suivant toute probabilité, il était dans la vessie. M. Després introduisit le lithotriteur par la plaie dans l'urèthre et la vessie. Cette manœuvre fut facile, car avec la boutonnière périnéale, l'instrument n'avait à parcourir que les portions membraneuse et prostatique de l'urèthre, c'est-à-dire 4 centimètres environ. L'introduction du lithotriteur fut aussi facile que chez la femme.

Malgré de nombreuses recherches, M. Després ne parvint pas à sentir le morceau de bois. Ce résultat d'ailleurs était facile à prévoir. La sensation que donne un morceau de bois tendre (bouleau) entre les mors du lithotriteur ne diffère pas en effet sensiblement de celle que donne la muqueuse vésicale entre les branches de l'instrument.

Au bout de trois minutes, M. Després cessa cette recherche; d'ailleurs la plaie uréthrale saignait, et le col de la vessie était lui-même le siège d'un léger écoulement de sang. Une serre-fine fut placée sur un point de la plaie qui saignait. Le malade, reporté à son lit, fut pansé exclusivement ce jour, et jusqu'à guérison, avec des cataplasmes de farine de graine de lin.

Mais que deviendra ce morceau de bois? De deux choses l'une : ou bien il macérera dans la vessie et sortira par morceaux comme par une sorte d'élimination insensible; ou bien il s'incrustera de sels calcaires et formera un calcul que nous enlèverons. Ce calcul sera brisé et avec chaque fragment sortira un fragment du morceau de bois.

M. Després a traité déjà un malade qui avait dans la vessie le tiers d'une sonde ordinaire. Cette sonde était incrustée; elle fut brisée avec le lithotriteur et enlevée par morceaux avec des fragments de calcul (voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, p. 41).

Après cette opération, nous avions à craindre surtout deux accidents : d'une part, l'hémorrhagie, qui quelquefois persiste pendant trois et quatre jours, et tient à la division des vaisseaux du tissu spongieux; d'autre part, il fallait redouter la septicémie urineuse, consécutive à l'absorption de l'urine par ces mêmes vaisseaux.

Nota. — Notre malade a eu le lendemain un frisson d'une heure; la température s'est élevée à 41 degrés. C'était là un accès de fièvre urineuse. L'ouverture du tissu spongieux et l'absorption de l'urine, ainsi que les manœuvres faites sur le col de la vessie pour aller à la recherche du morceau de bois l'expliquent suffisamment. Le lendemain et le surlendemain, la température présenta encore quelques oscillations.

Quant à la plaie périnéale, elle continue à être en bon état. Pendant trois jours, toute l'urine a passé par cette boutonnière. Depuis, elle passe en partie par le méat urinaire, en partie par la plaie. Avec le temps, cette plaie se refermera, et le malade ne conservera pas de fistule. Aujourd'hui, il ne sort plus d'urine par la fistule; la plaie est cicatrisée. Le malade a des intermittences du jet de l'urine, ce qui semble indiquer qu'un calcul se forme. M. Després se propose de tenter la lithotritie ou la taille dans un mois.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Duguet.

Tumeur syphilitique du coronal.

Nous avons reçu, le 27 du mois dernier, dans la salle Saint-Vincent, un homme de trente-quatre ans, garçon coiffeur, dans un tel état de débilité générale que le pronostic en était, au premier abord, des plus sérieux.

On constatait l'existence d'une tumeur située sur le front, derrière la bosse frontale gauche, un peu au-dessus de la fosse temporale, tumeur grosse comme une petite mandarine que l'on aurait coupée par la moitié, d'aspect un peu conique. La peau qui la recouvrait était peu mobile et affectait une teinte brune résultant de l'application répétée de vésicatoires, lesquels, disons-le tout de suite, n'avaient eu aucune action sur la tumeur. La base de celle-ci se confondait complètement avec l'os frontal; de là une sensation osseuse au palper, si ce n'est à son sommet, mou et semi-fluctuant. Cette partie molle était séparée de la portion dure par des arêtes brutes, comme dans le cas où il s'agit d'un céphalématome.

La tumeur était très douloureuse à la pression, douloureuse aussi spontanément, surtout depuis six mois, et principalement la nuit. Le malade ne dormait plus, il avait perdu l'appétit, ses forces diminuaient de jour en jour et il ne pouvait plus travailler. Il avait été traité successivement par quatre médecins et toujours sans aucun résultat, par des applications répétées de vésicatoires sur la tumeur et derrière les oreilles, par la brucine, la codéine, la morphine, la strychnine, les arsenicaux, etc.

Le diagnostic ne paraissait pas douteux cependant, il s'agissait d'une tumeur gommeuse; il restait seulement à déterminer de quelle nature elle était.

S'agissait-il d'une gomme scrofuleuse? Or, voici quels étaient les antécédents du malade : à trois ans, pneumonie, puis glandes au cou; à huit ans, abcès d'assez longue durée sur la partie antérieure de la cuisse; à vingt ans, au commencement de 1871, pleurésie droite soignée à Necker, affaiblissement et maigreur consécutives; à vingt-quatre ans, en 1875, réformé du service militaire à Montpellier pour bronchite chronique tuberculeuse; marié en 1878; nouvelle pleurésie droite en 1879, traitée pendant dix-huit mois, se terminant par plusieurs vomiques successives et laissant une grande susceptibilité de l'appareil respiratoire; a eu 4 enfants, en a perdu 1 à dix-huit mois, mort de convulsions.

Depuis 1879, toux très fréquente, expectoration mucopurulente, amaigrissement, respiration rude dans toute la hauteur du poumon droit. Néanmoins, nous ne trouvons aucun signe évident de tuberculose, rien aux deux sommets, et la maigreur pourrait tout aussi bien être le résultat des différentes manifestations morbides auxquelles cet homme a été sujet et des régimes auxquels il a été soumis, que d'un état scrofuleux ou tuberculeux. De plus, une gomme scrofuleuse, isolée, serait un fait rare, rare aussi son apparition sur le coronal, tandis que les sièges les plus ordinaires sont les vertèbres, les côtes et les membres inférieurs ou supérieurs. Enfin, nous ne trouvons aucun antécédent héréditaire en rapport avec cette hypothèse : un père, mort à soixante-deux ans d'une affection du cœur datant de quinze ans; une mère, migraineuse, morte à soixante ans d'apoplexie cérébrale; une sœur vivante, âgée actuellement de quarante ans et migraineuse aussi. Lui-même présente bien plutôt aussi les attributs de l'arthritisme; il a des migraines fréquentes, il se plaint d'hémorrhoïdes sujettes fréquemment à fluer; de plus, en 1873, à Avignon, première atteinte de rhumatisme articulaire généralisé avec fièvre durant plusieurs mois; en 1879, nouveau rhumatisme polyarticulaire; en 1880, troisième atteinte qui cède, en un mois, à l'emploi du salicylate de soude, dans le service de M. Siredey, à l'hôpital Lari-

boisière, ne laissant après elle ni déformations articulaires, ni altérations valvulaires du cœur.

Cependant la tumeur du coronal n'est pas de nature arthritique; mais bien, pour le dire dès maintenant, d'origine syphilitique, tumeur développée sur son siège de prédilection; car, après le tibia, viennent les os du crâne, et, parmi ceux-ci, le coronal en première ligne.

Pourtant notre malade — et il paraît de très bonne foi — ne se souvient pas d'avoir eu le moindre chancre, ni aucun des accidents primitifs ou secondaires de la syphilis. Tout est muet chez lui à cet égard. De plus, il ne peut s'agir, dans le cas actuel, d'un accident tertiaire *précoce*, sans quoi sa femme s'en serait certainement ressentie. Elle n'a fait aucune fausse couche, et, sur les quatre enfants qu'elle a mis au monde, les trois qui vivent actuellement ne présentent aucune altération syphilitique. Enfin, sur lui, nous n'avons pas trouvé la moindre trace d'une syphilis récente.

Si donc syphilis acquise il y a, elle n'est précoce ni de quelques mois ni de quelques années. Sa tumeur gommeuse est-elle donc un accident tertiaire d'une syphilis ancienne? A ce sujet, nous n'avons aucun renseignement, nous ne trouvons aucune trace de syphilis. Tout ce que nous découvrons, c'est une petite cicatrice ovalaire à peau mince, lisse, sur la fesse droite, mais c'est là trop peu de chose pour que nous puissions l'attribuer à quelque ecthyma syphilitique, accident dont la région fessière est d'ailleurs rarement le siège.

Nous ne saurions davantage regarder notre malade comme entaché de syphilis héréditaire à accidents tardifs, en raison de son âge (trente-quatre ans); car, passé vingt-cinq ans, elle est tout à fait exceptionnelle; en raison aussi de l'état de santé de ses parents : sa mère n'a jamais fait de fausse couche; en raison, chez lui, de toute absence de rachitisme, d'infantilisme, d'arrêt ou de retard de développement, etc.

Nous en arrivons donc, la nature syphilitique de la tumeur ne faisant aucun doute, à considérer cet homme comme ayant ignoré l'accident primitif de sa syphilis, le chancre induré primitif, comme ayant eu des accidents secondaires si fugaces qu'ils passèrent inaperçus, enfin, par suite, comme un syphilitique vierge de tout traitement spécifique.

Cette gomme du frontal est bien chez lui la seule manifestation tertiaire de sa maladie. En effet, la parésie relative de la main droite qui au dynamomètre marque 15, tandis que la gauche marque 38, et la monoplégie brachiale du même côté, ne sauraient être attribuées à la maladie constitutionnelle, mais bien à certain traumatisme remontant à l'époque de la guerre; elles résultent d'une blessure reçue à la bataille de Champigny, d'une balle de revolver qui a traversé les branches nerveuses qui animent le membre supérieur droit, pour venir se loger dans le triceps brachial où elle forme une tumeur de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Le fait est encore prouvé par le traitement antisyphilitique auquel nous avons soumis notre malade, traitement devant lequel la tumeur du front a fondu, tandis que celle du bras a résisté.

En résumé, devant un état aussi grave, nous n'avions pas de temps à perdre; nous avons donc institué un traitement énergique, traitement mixte, c'est-à-dire par le mercure et l'iodure de potassium à dose élevée. Nous avons administré ce dernier médicament d'emblée à la dose de 4 grammes en solution à prendre pendant les repas; nous avons prescrit le mercure, sous la forme de frictions avec l'onguent napolitain, un jour dans les aines, un jour sous les aisselles, afin de ne pas déterminer une trop vive irritation locale; enfin, nous avons fait faire des gargarismes avec le chlorate de potasse, afin de prévenir la salivation mercurielle, et nous avons remonté notre malade par une alimentation substantielle.

Au bout de quinze jours, nous avons obtenu une très grande amélioration, la tumeur fondait à vue d'œil, l'appétit revenait, les douleurs disparaissaient, et, aujourd'hui, au bout d'un mois, la guérison est presque complète. Néanmoins, nous continuerons pendant quelque temps encore le traitement mixte, puis nous aurons recours au traitement dissocié, c'est-à-dire par l'iodure de potassium pendant trois semaines, repos auquel succédera le mercure pendant trois autres semaines et suivi d'un nouveau repos, puis reprise séparée et dans les mêmes conditions de ces deux médicaments, et cela pendant des mois et même des années peut-être, pour éviter le retour des accidents cérébraux tertiaires de la syphilis, si faciles à récidiver.

ÉCOLE DENTAIRE. — M. Th. David.

Kystes périostiques et abcès dentaires; leurs analogies et leurs différences.

I

Il n'est guère de praticien qui n'ait été frappé de l'aspect singulier de ces petits sacs purulents appendus à l'extrémité des racines de dents extraites à la suite d'inflammations plus ou moins aiguës, mais d'assez longue durée. Mais son étonnement a dû bien augmenter, lorsque, cherchant dans les auteurs la véritable nature de ces petits sacs, il a constaté la confusion qui existe partout à cet égard.

Cette confusion se retrouve même dans l'excellent article Maxillaire du *Dictionnaire Encyclopédique*, par M. le professeur Guyon; et M. Magitot, malgré tous ses efforts, n'a pu réussir à la dissiper entièrement. L'opinion de ces deux savants maîtres ayant été reproduite dans les travaux qui ont été publiés en France depuis cette époque, nous croyons utile de la résumer tout d'abord.

M. Guyon donne, du mode de formation de l'*abcès alvéolaire*, la description suivante :

« Le périoste alvéolo-dentaire se détache de la dent et s'épaissit. Le décollement commence ordinairement vers l'extrémité de la racine et remonte plus ou moins haut, souvent jusqu'au collet de la dent. Dans l'intervalle laissé libre entre la racine et la membrane qui la revêtait, il se fait une exsudation, d'abord plastique; à ce moment la résolution est possible. Le plus souvent la suppuration s'établit; le pus est alors contenu dans un véritable petit sac fibreux qui n'est autre que le périoste décollé; si l'abcès ne s'ouvre pas au dehors, il peut arriver, lorsqu'on arrache la dent malade, que l'on entraîne avec elle un petit kyste purulent appendu à son extrémité. Lorsque la dent a plusieurs racines, une seule d'entre elles peut être atteinte, ou bien l'inflammation se limite au début autour de chaque racine; le sac purulent présente alors plusieurs loges, séparées par les cloisons osseuses des alvéoles (p. 328). »

Plus loin (p. 417), M. Guyon dit que l'origine des *kystes alvéolo-dentaires*, ou *kystes des racines*, est la même que celle des abcès.

« Dans les deux cas, dit-il, la lésion primitive est la même. » Mais en lisant le reste de sa description, on voit qu'elle se confond intimement avec celle des abcès alvéolaires, non seulement à son origine, mais jusqu'à la fin.

« L'inflammation lente du périoste détermine son décollement de la surface de la racine; il se forme alors une cavité dont la paroi externe est constituée par le périoste décollé et épaissi, véritable

membrane kystique. Tantôt le décollement s'étend à toute la périphérie de la racine qui plonge alors dans la cavité du kyste; tantôt il est borné à un point de la circonférence de la dent; le kyste est alors latéral. »

Dans les deux cas, la paroi osseuse se creuse d'une cavité proportionnée au volume de la tumeur.

Pour l'*abcès*, « l'os se résorbe au niveau du périoste enflammé, permettant ainsi la dilatation de la poche purulente. Ces deux lésions marchent de pair : ce n'est d'abord qu'une petite cavité du volume d'un pois environ, creusée dans le maxillaire; mais l'amincissement augmente à mesure que le pus s'accumule dans l'alvéole, jusqu'au moment où, en un point, l'os est perforé et donne passage à la matière purulente. »

Pour le *kyste*, « tantôt il reste tout entier contenu dans l'alvéole, logé dans une petite dépression de la paroi; tantôt, se dilatant progressivement, il finit par former, dans l'épaisseur de l'arcade alvéolaire, ou dans la voûte palatine, une véritable tumeur accessible à la vue et au toucher. Dans d'autres cas, comme dans l'ostéo-périostite alvéolaire, la résorption de l'os, qui accompagne la production du pus dans l'alvéole, peut aller jusqu'à la perforation complète de la paroi osseuse, et le pus fuse alors sur l'une des faces du maxillaire. »

Même confusion pour le contenu du kyste et de l'abcès.

Dans l'*abcès*, « le contenu est purulent au début; puis la poche se vide, et alors la cavité se comble ordinairement. Mais il peut se faire aussi qu'après une première évacuation du pus les parois de l'abcès ne sécrètent plus que de la sérosité; le sac purulent se transforme en un véritable petit kyste, qui pourra persister en cet état, même après l'extraction de la dent. »

Dans le *kyste*, « le contenu peut être primitivement séreux, ou bien le kyste, d'abord purulent, s'est transformé plus tard en kyste séreux. On rencontre souvent un état intermédiaire entre ces deux variétés; la sérosité est plus ou moins purulente, quelquefois teintée de sang (p. 417) ».

D'autre part, M. Magitot distingue soigneusement des kystes « les abcès ou collections diverses de nature inflammatoire, tels que, par exemple, les épanchements séro-sanguinolents ou purulents qui se produisent parfois au-dessous du périoste des maxillaires, consécutivement à des altérations dentaires profondes. » (*Kystes des mâchoires*, 1873, p. 81.)

La confusion, au point de vue du contenu des kystes et des abcès, est donc aussi complète que possible, puisque ce contenu est, dans les uns comme dans les autres, tantôt séreux, tantôt sanguinolent, tantôt purulent.

Le seul point qui permettrait de distinguer les deux lésions l'une de l'autre serait l'état de la racine, qui est toujours plus ou moins altérée dans les abcès, tandis que dans la plupart des kystes elle ne présente aucune lésion appréciable. Cependant cette distinction est encore plus apparente que réelle, puisque M. Guyon admet que la cause prochaine des formations kystiques est une inflammation chronique du périoste alvéolo-dentaire. Et d'ailleurs, M. Magitot dit très nettement « qu'un kyste n'a été affirmé périostique que, si la poche ayant été ouverte, il a été possible de reconnaître, plongeant dans le liquide, la racine dénudée de son périoste ».

En résumé, pour les auteurs qui ont parlé de ces affections : *même début* pour les abcès et les kystes : traumatisme de la dent, inflammation du périoste alvéolo-dentaire ou de la pulpe; *mêmes lésions :* poche se développant aux dépens de l'os et contenant un liquide tantôt séreux, tantôt séro-sanguinolent, séro-purulent ou purulent; *marche* et *terminaison* à peu près semblables.

Nous croyons que cette confusion n'existerait pas si on eût observé plus attentivement les divers phénomènes qui se passent depuis le début jusqu'à la fin de chacune de ces affections, et si on eût analysé plus minutieusement ces phénomènes. C'est ce que nous allons essayer d'esquisser ici, en signalant les nombreuses différences qui nous paraissent exister entre les deux affections.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 septembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend une lettre du ministre de l'instruction publique, transmettant la demande que lui fait le ministre des États-Unis, au nom du bureau national de santé à Washington, des rapports et documents imprimés relatifs à l'origine, aux progrès et au traitement du choléra en France, ainsi que des renseignements sur la désinfection.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Onimus, qui réclame la priorité de l'idée d'employer l'électrolyse pour la pénétration des médicaments dans l'économie, qui fait le sujet de la communication de M. Brondel dans la dernière séance;

2° Une lettre de M. le docteur Coursserant, ayant le même objet;

3° Un mémoire de M. le docteur Ernest Durand, intitulé : *Marseillan en 1884 ; démographie, état sanitaire, rougeole et choléra.* (Commiss. des épidémies.)

4° Plusieurs pièces relatives au choléra, de MM. les docteurs Pigeon et Nicolas Ch... (de Marseille). (Renvoyées à l'examen de M. Proust.)

Diélectrolyse. Expériences négatives. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ demande la parole à l'occasion du procès-verbal. M. Brondel, dit-il, dans sa communication de la dernière séance, prétendait que les médicaments peuvent traverser l'économie au moyen de l'électrolyse. C'était là une révolution considérable dans la thérapeutique.

J'ai prié M. Brondel de vouloir bien répéter ses expériences dans mon service, ce à quoi il a bien voulu se prêter. J'ai le regret de déclarer que la diélectrolyse n'existe pas. C'est une simple erreur d'expérimentation.

M. Brondel prétendait qu'en plaçant sur la face dorsale d'un individu de l'iodure de potassium et un électrode négatif, puis sur la face ventrale un électrode positif, l'iode ne tardait pas à apparaître de ce côté. Or, nous avons plusieurs fois répété l'expérience suivante : nous avons placé sur le dos d'un malade des rondelles d'amadou imbibées d'iodure de potassium et par-dessus un électrode négatif; puis, à la partie antérieure du corps, nous avons mis des rondelles d'amadou, et par-dessus un électrode de platine. Jamais nous n'avons vu apparaître de ce côté la moindre trace d'iode.

Je priai alors M. Brondel de faire lui-même l'expérience; dans ce cas, elle réussit. Je pensai que M. Brondel avait pu porter avec ses propres mains l'iode sur le ventre du malade. En effet, dès que je pris la précaution d'agir de façon que ce ne fût pas la même personne qui appliquât les deux électrodes, jamais aucune trace d'iode n'a traversé l'économie.

M. Brondel, avec une grande franchise qui l'honore, s'est empressé de reconnaître lui-même l'erreur dans laquelle il était involontairement tombé. Il y a là, on le voit, des recherches nouvelles à faire; mais la diélectrolyse, quant à présent, n'existe pas.

COMMUNICATION

Transformation graisseuse du cœur et obésité. — M. G. SÉE fait une communication sur la cause et la théorie physiologique, ainsi que sur la thérapeutique des transformations graisseuses du cœur.

M. Sée s'occupe d'abord des indications des diverses méthodes curatives proposées contre l'obésité, soit le régime azoté excessif, le système Banting, le système Ebstein, et entre, à ce propos, dans diverses considérations sur les lois du régime physiologique appliqué à cette affection. Pour Voit, la graisse corporelle provient de trois sources : 1° des albuminates ingérés qui se dédoublent en graisse et produits azotés; 2° des hydrocarbures pris en certaine quantité et se décomposant facilement; 3° de la graisse qui se transforme plus difficilement. D'après Rubner, au point de vue

dynamique et en tant que calorigène, 100 grammes de graisse équivalent à 211 grammes d'albuminate sec et à 232 de fécule. M. G. Sée en conclut que la graisse conserve les forces individuelles plus que ne le font les autres substances. Aussi pense-t-il que le régime d'Ebstein s'applique aux polysarciques cardiaques, à la condition qu'on y ajoute les substances gélatineuses et des peptones sans se sevrer de boissons.

Examinant ensuite l'influence de la diminution des boissons généralement indiquée dans le traitement de l'obésité, passant en revue l'action digestive des boissons abondantes, leur action dénutritive, l'absorption de l'eau et ses effets éliminateurs, puis les effets de l'eau selon sa thermalité, sa quantité et sa nature, il en arrive à envisager l'action des diverses eaux minérales, alcalines, salines et amères à ce point de vue. Il conclut que les bains froids élèvent la désagrégation de la graisse, que les bains chauds, qui augmentent la chaleur du corps, ne forcent pas seulement la décomposition de la graisse corporelle, mais aussi la dénutrition albuminoïde. Le même effet peut se manifester sur les produits pathologiques ou graisseux ; les bains chauds ou froids hâtent la diminution de la graisse lorsque leur action est soutenue par un régime déterminé, par l'exercice musculaire, enfin par l'usage d'eaux minérales laxatives, c'est-à-dire qui entraînent certaines substances nutritives au dehors, ou bien encore par l'emploi des eaux qui, à l'instar des chlorurées-sodiques, augmentent la désagrégation albuminoïde, ou bien enfin par l'injection plus marquée de boissons aqueuses qui tendent au même but.

Les véritables moyens de traitement médical pour l'obésité doivent donc être empruntés à la médication iodurée, alcaline, purgative.

Les eaux purgatives sont en outre préférables aux eaux alcalines pures ; Carlsbad est supérieure à Vichy à cet égard. Marienbad, Brides, Châtelguyon, sont supérieures aux précédentes, et les résultats obtenus le prouvent. Mais leur effet ne dure qu'à la condition formelle qu'on continue le régime et qu'on se replace dans les conditions hygiéniques de la cure thermale.

M. G. Sée continuera sa communication dans la prochaine séance.

LECTURE

Choléra. — M. ARSÈNE DROUET lit un mémoire sur le traitement du choléra à la période des vomissements et des selles, par le collodion appliqué en badigeon abdominal (renvoi à la commission).

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

LIV

D'Esclaibes, colonel d'artillerie. — Bugeaud, d'Esclaibes et moi, nous avons cimenté en Espagne une amitié mutuelle qui survécut à notre séparation de 1814. Capitaine d'artillerie, aide de camp du général Valée, le comte d'Esclaibes avait, lorsque je fis sa connaissance à la campagne de Tortose, vingt-six ou vingt-sept ans; taille ordinaire, corps droit, bien pris, sans embonpoint, tenue soignée, cheveux et barbe blonds, figure agréable, caractère doux, aimable, conversation spirituelle, solide instruction, beaux sentiments, bonté naturelle et attractive. Dans notre cantonnement à Mora de Ebro, il sut me persuader qu'avec de la persévérance je parviendrais à dessiner et plantes et insectes : ce que j'enviais beaucoup dans l'intérêt de mes études; il me donna les premières leçons au crayon; j'ai réalisé sa prédiction, je l'en ai remercié bien souvent et j'en bénis sa mémoire.

A la Restauration, d'Esclaibes se dévoua corps et âme aux Bourbons; ses éminentes qualités, ses bonnes manières, son talent de dessinateur, lui avaient valu l'intérêt particulier de la duchesse d'Angoulême. Il se maria à Langres et devint père de plusieurs enfants. En 1830, lors de l'expédition dirigée sur Alger, j'eus le bonheur de le rencontrer à Paris au moment où il se disposait à partir comme colonel chef d'état-major de l'artillerie. Après la prise d'Alger, la révolution de Juillet le détermina à briser son épée et à se retirer dans sa famille à Chalencey (Haute-Marne), où il mourut avant l'âge de la vieillesse.

Valée, général d'artillerie, maréchal. — Colonel au siège de Lérida, promu général de brigade après ce siège, divisionnaire après Tortose, maréchal de France sous Louis-Philippe après la prise de Constantine. Je l'ai connu très particulièrement à l'armée d'Aragon et j'ai été souvent convié à sa table.

En 1810, quarante-cinq ans, taille au-dessous de la moyenne, corps maigre, face blême, sèche, imberbe, yeux petits, mais prompts à s'animer, lèvres minces, sans rebords, indice, suivant Lavater, d'un caractère rude, méchant, ce qui se vérifiait dans l'espèce, mauvais coucheur selon le dicton militaire, parole brève, sèche, saccadée, mordicante, ne riant presque jamais, parfois sourire malin; instruit dans son arme, peu abordable pour affaires de service, même pour le général en chef de l'armée. Suchet, qui connaissait et son mérite et son caractère, agissait avec beaucoup de ménagements pour lui donner des ordres; quelque peu bourru dans sa conversation, il n'épargnait ni ses inférieurs, ni ses égaux, ni ses supérieurs. Quand il disait ou entendait dire une méchanceté, il avait un sourire aigre et caustique. J'avais souvent avec cet officier général des discussions sur divers sujets de science, sur le *cui bono* de mes recherches scientifiques, sur le despotisme militaire; un jour que nous étions fort animés l'un et l'autre, je finis par lui dire : « Général, avec votre habitude de vouloir toujours commander et vous faire obéir, vous deviendrez insupportable quand vous rentrerez dans la vie civile. » Il se pinça les lèvres avec quelque humeur, mais nous demeurâmes amis. Depuis cette époque si lointaine, je le revis à Paris une seule fois, et, dans la soirée passée avec sa femme et sa fille, nous rappelâmes avec plaisir nos causeries animées dans les camps de l'Aragon et du royaume de Valence.

Général Harispe, comte, pair de France, maréchal. — J'ai connu très particulièrement le général Harispe au 3e corps, sous le maréchal Moncey, et à l'armée d'Aragon. En 1808, quarante-quatre ans, taille au-dessous de la moyenne, embonpoint modéré, corps bien pris, bonne tournure et mise soignée, figure régulière, physionomie fine et agréable, barbe noire bien fournie, brave comme César, aux avant-postes dans la marche au feu, à l'arrière-garde dans la retraite ; coup d'œil sûr et courage bien inspiré dans les combats, véritable général de bataille comme disait Napoléon; beaucoup d'esprit naturel, peu lettré, sans prétention, exprimant bien ses idées, comme on peut le voir dans quelques lettres que je conserve. A Moxente, frontière du royaume de Murcie, nous passâmes cinq mois de la mauvaise saison en intimité de chaque jour; sa conversation était gaie, piquante, sa tournure d'esprit méridionale. Comme Achille, il fut blessé au talon à la bataille de Belchite et aussi au combat de Toulouse. Sa dignité de maréchal de France le maintint en activité de service jusqu'à sa mort, qui eut lieu dans sa patrie basquaise, à Lacarre; il avait quatre-vingt-huit ans. Je le revis à Bayonne peu d'années avant sa mort. Il avait conservé la fraîcheur de son visage et sa vivacité.

Général Haxo, du génie. — Colonel au siège de Saragosse, promu général après Lérida. En 1810, quarante-cinq ans, taille moyenne, embonpoint médiocre, figure arrondie, pleine, teint fleuri, nez un peu relevé, barbe rare, physionomie animée, respirant et inspirant la gaieté, bonnes manières, parole facile, très avenant, beaucoup d'esprit et d'instruction, aimable dans l'intimité; nous étions ensemble dans de très bonnes relations. Avant le siège de Tarragone, l'empereur, qui l'appréciait beaucoup, l'appela dans son état-major général. En 1838, je le revis à Paris, et, peu de temps après, les journaux annoncèrent sa mort.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 septembre 1885.

Général Rogniat, du génie. — En 1810, quarante-cinq ans, taille un peu au-dessus de la moyenne, corps maigre, très droit, cheveux noirs, teint décoloré, traits du visage peu prononcés, physionomie sérieuse et même triste, ne se déridant, ne s'épanouissant que dans l'intimité, caractère quelque peu timide, conversation substantielle et spirituelle, conduite privée austère. Je recherchais sa société parce qu'il y a toujours à gagner dans les relations avec les officiers d'une arme aussi instruite que le génie. Suchet avait une haute estime pour ce général qui n'a pas peu contribué à l'illustration de l'armée d'Aragon en dirigeant les sièges. Je revis Rogniat à Paris en 1818 ; il me raconta la bataille de Waterloo à laquelle il avait pris part comme chef du génie; il blâmait l'empereur d'avoir quitté l'armée pour se rendre à Paris ; il disait que Napoléon était tombé dans un collapsus moral après le désastre de Mont-Saint-Jean. Le général Rogniat a publié des ouvrages sur la tactique militaire, qui lui ouvrirent les portes de l'Institut avec le titre d'associé libre. Il est mort en 1829.

Général Robert. — En 1810, quarante ans, taille avantageuse, corps bien pris, bien planté, belle figure à traits expressifs, barbe noire buissonnante, brave comme son épée, très capable, très spirituel, haut placé dans l'estime du maréchal ; il était Provençal et avait d'abord étudié la médecine. Lors de la retraite de Valence, il fut chargé de la défense de Tortose avec une garnison de 4500 hommes; la tentative de trahison, qui réussit aux Espagnols devant la place de Lérida, échoua complètement à Tortose. J'ai conservé la copie d'une lettre spirituelle du baron Robert au général espagnol Antonio de Sans, qui était chargé du blocus de Tortose; la voici textuellement :

« Tortose, le 7 février 1814.

Monsieur le général de Sans,

Lorsqu'on a étudié comme vous les sciences profondes, qu'on a médité pendant plusieurs années sur les ruses diplomatiques et qu'on a écrit à un général français, *je suis instruit de tout ce qui se passe dans votre place, je connais même vos pensées,* peut-on se laisser mystifier comme un rustre sans expérience qui, descendu des plus hautes montagnes des Asturies, paraîtrait pour la première fois à la cour d'Aranjuez? C'est cependant ce qui vous arrive, monsieur le général. Depuis le 31 janvier, jour de l'envoi d'un billet en chiffres, signé : le Maréchal duc d'Albuféra, vous êtes ma véritable dupe. Ma réponse au maréchal vous est adroitement parvenue, et, induisant de là que je céderais inévitablement à la légèreté et à la finesse de vos coups, vous vous êtes empressé de m'expédier successivement des dépêches de M. le colonel Deschalard, de M. le maréchal, et un traité digne de son auteur. Enfin, un misérable transfuge a pris le titre d'aide de camp du duc d'Albuféra, et, nouvel Érostrate, a sans doute eu la prétention de faire passer son nom à la postérité en contribuant à la prise de Tortose. J'ai remarqué dans cette occasion, comme dans bien d'autres, que les méchants qui savent concevoir des projets criminels manquent toujours d'audace, d'âme et de résolution pour les exécuter. Je ne reviens pas de mon étonnement. Quoi! vous avez poussé la crédulité au point de vous persuader que j'irais aveuglément me jeter dans vos filets, ou que je mettrais à votre disposition une place de la plus haute importance, défendue par 5000 baïonnettes françaises et 300 bouches à feu! En vérité, si je voulais écouter la voix de l'amour-propre, je réclamerais une chaire diplomatique et vous prierais de vous mettre sur les bancs ; vous aviez sans doute fait quelque preuve de maladresse en ce genre lorsqu'on vous renvoya des gardes espagnoles. Cette leçon aurait dû vous être utile; on ne vous pardonnera jamais d'avoir été si longtemps mon jouet. Je suis loin d'avoir la réputation de M. de Sans, je me garde bien de faire parade d'une pompeuse érudition ; je n'ai pas médité sur les ruines de Palmyre ; ma tête n'est pas remplie d'idées philosophiques ; soldat à vingt ans, j'ai parcouru la carrière militaire avec honneur, et, si j'ai combattu les ennemis de mon pays, c'est toujours avec des armes d'une espèce bien différente des vôtres : l'artifice, le mensonge, l'imposture se concilient fort mal avec la loyauté militaire. La nature m'a départi le degré de raison inhérent à notre espèce ; l'habitude des hommes et des choses a formé mon jugement. C'est pourquoi je crois savoir aujourd'hui *quid decet, quid non ; quò virtus, quò ferat error.* Le simple bouclier de l'expérience et du bon sens a suffi, monsieur le général, pour parer des coups dirigés avec aussi peu d'habileté que d'adresse; je suis, au demeurant, très convaincu du peu de mérite qu'il y a de vous avoir donné le change. Il est temps de cesser ce léger badinage et de vous entretenir d'un sujet plus sérieux. Un jeune paysan de Tybens, votre émissaire, a été victime du moyen odieux que vous avez jugé à propos d'employer; ses parents, sa femme, peut-être ses enfants, le réclament à grands cris. Essuyez les larmes de tous ces infortunés, accordez une pension à cette famille éplorée. Si, comme j'aime à le croire, le repentir d'une mauvaise action est descendu dans votre cœur, abandonnez pour toujours les ruses de la diplomatie, chargez votre corps d'un cilice, revêtez-le d'un habit de pénitent, et, devenu pèlerin contrit et respectable, prenez la route de la Galice pour aller vous prosterner aux pieds du bienheureux saint Jacques de Compostelle. Vous pourrez, par sa puissante intercession, obtenir votre pardon du Seigneur, et, si vous êtes un jour en état de grâce, reparaître dans la société avec des principes diamétralement opposés à ceux que vous avez professés à Xerta.

Monsieur le général, c'est ce que je vous souhaite de tout mon cœur et en bon chrétien,

Général Robert. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 25 septembre 1885, M. Le Batard, aide-médecin de la marine, démissionnaire, a été nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer.

— Le jury du concours qui doit s'ouvrir le 7 octobre prochain pour la nomination des internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, est composé de MM. les docteurs Blum, Brault, Campenon, Gouguenheim, Muselier, Pozzi et Ribemont.

— Le jury du concours qui doit s'ouvrir le jeudi 8 octobre 1885, pour la nomination des externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris est composé de MM. les docteurs Barié, Brocq, Brun, Comby, Prengrueber, Renault et Routier.

— Un concours pour sept places d'élèves externes en médecine et en chirurgie à l'hôpital civil de Mustapha s'ouvrira à l'École de médecine d'Alger, le lundi 9 novembre 1885, à une heure de l'après-midi. L'entrée en fonctions aura lieu le 1er décembre prochain. Les candidats pourront se faire inscrire au secrétariat de la direction de l'hôpital, jusqu'au dimanche 8 novembre, à quatre heures du soir.

Un certain nombre de candidats pourront être appelés, à titre provisoire et par rang de mérite, à suppléer les titulaires absents.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Barthe, maire de Saint-Émilion (Gironde), et celle de M. le docteur W. Guy, professeur au King's College Hospital de Londres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les microbes pathogènes, leçons professées à la Faculté de médecine de Bordeaux, par le docteur Artigalas. 1 vol. in-8°, avec 6 planches. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Contribution à l'étude de la diathèse néoplasique chez un même sujet et dans la même famille, par le docteur A. Ricard, prosecteur des hôpitaux. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Aide-mémoire d'anatomie : muscles, ligaments, vaisseaux, nerfs, par le docteur Alexis Julien, répétiteur d'anatomie. In-12 180 pages. — Prix, cartonné : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Étude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques, par le docteur J. Babinski. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Recueil d'observations de clinique chirurgicale, par le docteur J.-A. Fort, professeur d'anatomie. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Montevideo, 1885, Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Contribution à l'étude des déchirures du col de l'utérus, par L. Jacquelot, ancien interne des hôpitaux. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Essai sur la chirurgie du poumon dans les affections non traumatiques (pneumectomie, pneumotomie, injections intrapulmonaires), par le docteur H. Truc. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Alcan.

Des ruptures de la verge, par le docteur Cami Debat. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Notes sur quelques cas de pleurésie chronique traités par les eaux du Mont-Dore, par le docteur Percepied. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18374.

N° 114. — SAMEDI 3 OCTOBRE 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 3 OCTOBRE 1885. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la contracture tabétique progressive chez les vieillards.

Il existe une forme spéciale de tabes avec contracture, distincte du tabes spasmodique et de la sclérose latérale amyotrophique, mais avec lesquels elle offre de nombreux points de contact. Cette forme qui a été observée dans l'extrême vieillesse, après soixante-dix ans, reconnaît pour cause un athérome généralisé des vaisseaux spinaux.

Telles sont les propositions qu'a eu pour but de démontrer M. le professeur agrégé Émile Demange, médecin de l'hospice des vieillards de Nancy, dans l'un des derniers numéros de la *Revue de médecine*.

Dans un précédent travail, intitulé : « Contribution à l'étude des scléroses médullaires d'origine vasculaire », inséré dans le même recueil en 1881, M. Demange avait déjà publié trois observations de sclérose médullaire d'origine vasculaire et liées à l'athérome généralisé ; voici une quatrième observation, qui fait l'objet de cette nouvelle communication et qui confirme les conclusions qu'il avait déjà déduites de ce premier travail.

Dans cette dernière observation, il s'agit d'une femme de soixante-quinze ans qui avait eu toujours une bonne santé, lorsque, le 1er mai 1884, elle entra à l'infirmerie, dans le service de la clinique de l'hospice des vieillards, pour une diarrhée persistante. Sous l'influence du traitement par la viande crue, l'opium et le bismuth, la diarrhée avait cessé après une quinzaine de jours. On nota à cette époque l'état suivant : la pointe du cœur battait au quatrième espace intercostal, à 2 centimètres en dehors du mamelon ; l'impulsion du cœur était vive à la pointe. Bruits irréguliers, premier bruit parfois dédoublé, deuxième bruit normal ; timbre parcheminé du bruit vasculaire ; pas de souffle.

Ses artères radiales étaient très peu athéromateuses, ainsi que les artères superficielles, carotides, temporales, fémorales. Respiration normale ; ni sucre, ni albumine dans les urines ; intelligence nette.

Cette femme avait quitté l'infirmerie le 2 juin pour rentrer dans les dortoirs. Le 20 novembre suivant, elle y entra de nouveau dans l'état suivant :

Elle avait notablement maigri et s'était affaiblie ; elle éprouvait de la difficulté à marcher, ses jambes se raidissaient ; sa tête était inclinée du côté gauche et la malade ne pouvait la redresser complètement. Il existait, en effet, une contracture persistante des quatre membres. Elle était très prononcée aux membres inférieurs ; les muscles fléchisseurs et adducteurs de la cuisse étaient contracturés ; les jambes étaient fléchies sur les cuisses, et on ne pouvait les en écarter. Les réflexes tendineux étaient augmentés. La marche était devenue impossible.

On notait dans les bras de la raideur avec un peu de contracture des biceps. Il existait une rétraction des muscles droits abdominaux et du sterno-mastoïdien gauche, d'où l'incurvation du tronc et le torticolis. La sensibilité était intacte.

A l'examen du cœur et des vaisseaux, M. Demange constate que les bruits sont plus rudes et plus irréguliers qu'ils ne l'étaient lors du premier examen, sept mois auparavant ; mais ce qui était frappant surtout, c'était l'état athéromateux très prononcé des artères radiales et fémorales. Le pouls radial était dur. L'athérome, en un mot, avait fait des progrès très notables.

A partir de cette époque, les contractures des quatre membres ne firent qu'augmenter. Bientôt, l'émission des urines et des selles devint involontaire ; une eschare apparut au sacrum ; la malade s'affaiblit de plus en plus ; enfin, elle succomba dans le mois de décembre.

Voici les lésions que révéla l'autopsie. Le cœur était légèrement dilaté ; le muscle cardiaque était mou, teinte feuille morte (dégénérescence granulo-graisseuse). Athérome des artères coronaires ; valvules aortiques et mitrales suffisantes, mais également athéromateuses, ainsi que l'aorte dans toute son étendue. Les fémorales et les radiales étaient dures, calcifiées par place. Le foie était congestionné ; néphrite sénile. Œdème cérébral sous-méningé ; artères de la base très athéromateuses. Consistance du cerveau normale. Rien dans les noyaux centraux, ni dans la protubérance, ni dans le bulbe.

La moelle présentait son aspect normal ; mais sur les coupes faites après durcissement dans le bichromate d'ammoniaque, on a constaté une sclérose intéressant surtout les cordons latéraux, et plus particulièrement le faisceau pyramidal, s'étendant depuis la partie inférieure de la ré-

gion cervicale dans toute la région dorsale et lombaire, et plus avancée dans les régions inférieures que dans les supérieures. A la région cervicale supérieure, les faisceaux pyramidaux étaient intacts.

Un examen plus complet a fait reconnaître que la sclérose n'était pas nettement fasciculée : à la partie moyenne de la région dorsale, elle dépassait le faisceau pyramidal et s'étendait jusqu'aux cornes antérieures. En outre, à la région dorsale, les cordons de Goll étaient sclérosés dans une notable étendue.

Les petits vaisseaux artériels étaient pour la plupart épaissis dans leurs parois entourées de noyaux de tissu conjonctif en prolifération.

En résumé, impuissance progressive des membres inférieurs avec raideur spasmodique, extension graduelle et généralisation de la contracture aux quatre membres et aux muscles du cou, sans atrophie musculaire et avec conservation de la sensibilité, absence de tout phénomène cérébral, de tout ictus apoplectique, état athéromateux du système artériel, tel était l'ensemble des phénomènes cliniques qui avaient fait diagnostiquer une sclérose médullaire liée à l'athérome et intéressant surtout les cordons latéraux. Et on vient de voir, en effet, la confirmation de ce diagnostic par l'autopsie.

Rapprochant ce fait des trois observations précédemment citées, M. Demange a pensé qu'en présence de l'identité des symptômes, des lésions, des conditions étiologiques de ces quatre faits, il était fondé à en constituer un type spécial bien défini, distinct du tabes spasmodique et de la sclérose latérale amyotrophique, avec lesquels il offre d'ailleurs de nombreux points de contact, type qu'il propose de désigner sous le nom de « contracture tabétique progressive des athéromateux », et dont le tableau général pourrait être résumé dans les termes suivants :

Age avancé : deux des quatre malades avaient soixante-quinze ans, une soixante-douze et l'autre quatre-vingts. Existence chez toutes d'un athérome artériel généralisé, très accentué, dont on a pu constater les progrès chez la dernière à mesure que la contracture se produisait. Comme unique antécédent morbide, chez l'une d'elles un rhumatisme chronique; chez aucune, ni goutte, ni syphilis (1). Point d'antécédents de famille.

Début de la contracture lent, insidieux, ayant commencé chaque fois par les membres inférieurs. Point de paralysie des muscles, mais simple affaiblissement musculaire sénile, s'accompagnant de sensations de fourmillement, de picotement dans les jambes, parfois de tressautements soit spontanés, soit provoqués par les mouvements. Peu à peu, la rigidité devient de plus en plus marquée, et la contracture s'établit. Celle-ci affecte deux types : tantôt, c'est l'extension qui domine, tantôt, la flexion.

Quant à la marche de la maladie, on y distingue deux périodes. Au début, les muscles sont simplement plus raides, mais prompts à exécuter les mouvements; la marche est encore possible, mais à la condition de suppléer à la mobilité des articulations des genoux et des hanches par des mouvements du bassin (marche du canard). C'est la période de raideur. Plus tard, la raideur est devenue de la contracture.

La température n'est pas augmentée; point de fièvre; pouls régulier. Les fonctions digestives sont en général languissantes. L'intelligence reste normale.

A la fin, une eschare apparaît au sacrum, l'amaigrissement fait des progrès, et la mort survient dans l'épuisement.

La durée de la maladie a été, dans deux faits, de onze mois; dans un, de treize mois; dans un autre, de quatre mois seulement.

Les lésions anatomiques constatées chez la malade dont nous venons de résumer l'histoire se sont montrées uniformes chez les quatre malades : sclérose diffuse et disséminée de la moelle, d'origine vasculaire, plus spécialement limitée aux faisceaux blancs, mais pouvant intéresser la substance grise et simulant les scléroses combinées systématiques. Chez les quatre malades, état également très prononcé d'athérome artériel généralisé, intéressant l'aorte, les coronaires, les rénales, les artères du cerveau, celles des membres; enfin rein sénile.

Le traitement de cette affection, d'après M. Demange, n'est et ne peut être que palliatif. Il conseille, avant tout, d'éviter les excitants, les préparations de noix vomique. L'électricité sous toutes ses formes devra être également proscrite. Le bromure de potassium ou de sodium est le médicament qui lui a paru donner le plus de calme aux malades. Les injections de morphine, le chloral ont été employés avec avantage dans les paroxysmes douloureux. Toniques et alimentation aussi substantielle que possible.

(1) Nous assistions récemment à l'une des conférences cliniques de M. Landouzy sur un sujet analogue, l'histoire d'une femme tabétique qui présentait des phénomènes très complexes et d'une analyse difficile, dans laquelle le jeune professeur s'est arrêté, en passant, à cette remarque que, sur quatre malades tabétiques qui se trouvent en ce moment dans les deux services de M. Hardy et de M. Peter dont il est chargé, aucun ne présente dans ses antécédents ni dans son état présent la moindre trace ni le moindre signe qui puisse faire admettre à un titre quelconque une influence syphilitique.

Des manifestations de la syphilis sur la voûte du crâne; lésions syphilitiques héréditaires précoces.

Voilà un sujet bien ancien ou bien nouveau, suivant le point de vue sous lequel on l'envisage; bien ancien, s'il s'agit des manifestations de la syphilis acquise sur la voûte crânienne, faits connus et observés depuis les origines même de l'affection; — encore faudrait-il remonter beaucoup plus haut, si l'on devait en croire les affirmations du professeur Parrot, s'appuyant sur les caractères présentés par divers crânes trouvés dans les dolmens de la Lozère, pour y reconnaître l'existence de la syphilis comme « maladie préhistorique » ; — bien nouveau, si l'on ne considère que les lésions crâniennes de la syphilis héréditaire précoce. On sait, en effet, que c'est surtout au regretté professeur de clinique des maladies de l'enfance de l'hospice des Enfants-Assistés, à Parrot, que l'on est redevable de la connaissance de ces altérations héréditaires et de l'histoire anatomo-pathologique et symptomatique de la syphilis crânienne infantile qu'il a traitée d'une manière si magistrale.

Dans un mémoire tout récemment publié sur ce sujet, M. le docteur M.-E. Galtier-Boissière vient de reprendre l'étude de cette question dans son ensemble, à l'aide de recherches bibliographiques et d'observations recueillies dans le service de Parrot et dans celui de M. le professeur Fournier à l'hôpital Saint-Louis. Nous ne nous attacherons, dans cette analyse, qu'aux faits et à la partie de ce travail qui touchent à la question spéciale des lésions syphilitiques crâniennes de la première enfance.

On sait que Parrot distinguait dans les lésions crâniennes syphilitiques des enfants deux formes différentes : les lésions ulcéreuses chez les enfants les plus jeunes, et les lésions ostéophytiques chez les plus avancés en âge ; les premières s'observant le plus souvent à la face externe des os et attaquant de préférence les pariétaux, le frontal, beaucoup plus rarement l'occipital; toujours prédominantes sur le côté opposé au décubitus et siégeant surtout au voisinage des sutures. Les ostéophytes se rencontrent aussi le plus souvent à la face externe de la voûte du crâne, siégeant plus particulièrement autour des angles péribregmatiques du frontal et des pariétaux, pour s'étendre de là aux régions voisines. Elles se présentent sous forme de plaques lenticulaires plus épaisses au centre qu'à la circonférence et sont formées d'un tissu spongieux très vasculaire composé de trabécules osseuses et d'espaces médullaires perpendiculaires à la surface de l'os envahi; etc. Ce sont ces dernières lésions qui, par suite des dépôts de couches successives, acquièrent parfois un volume et une épaisseur considérables et forment ces saillies séparées les unes des autres par des gouttières profondes, qui constituent ces déformations typiques, que la syphilis héréditaire peut seule produire, et qui ont été désignées sous le nom de « crânes natiformes ».

Étudiant la forme ulcéreuse ou raréfiante, M. Galtier-Boissière y distingue deux processus, l'un qui paraît se produire sous l'influence d'un travail analogue à celui des gommes, l'autre qui peut dépendre d'une usure par simple pression.

Dans le premier cas, les lésions siègent à la table externe du frontal et des pariétaux aux alentours du bregma, quelquefois aussi près de la suture lambdoïde, mais toujours, comme Parrot en avait fait la remarque, sur la partie du crâne opposée au décubitus. Elles sont constituées par des érosions planes taillées à l'emporte-pièce. Quelquefois les ulcérations sont très rapprochées et alors l'os semble comme rongé par les mites. Tantôt ces trous sont superficiels; tantôt, au contraire, ils traversent l'os en entraînant une perforation et même des abcès intra-crâniens. M. Galtier-Boissière cite une observation de ce genre rapportée par un médecin anglais, M. Parker (dans *Trans. of the pathol. Society of London*, 1880).

Dans le deuxième processus, les altérations raréfiantes ont une marche très différente; elles évoluent de dedans en dehors et proviennent de l'action du décubitus sur un os poreux et décalcifié. Le point le plus souvent altéré est la région postéro-inférieure du crâne, au voisinage de la suture lambdoïdienne et plus spécialement près du bord postérieur des pariétaux et sur la surface des fosses cérébrales et cérébelleuses de l'occipital. On y trouve souvent des perforations.

L'usure simple, qui indique un état moins avancé, est plus fréquente lorsque les lésions sont symétriques.

On sait que, pour Parrot, ces lésions raréfiantes se confondaient avec le rachitisme, dont il faisait remonter l'origine à la syphilis, opinion au moins exagérée, si elle n'est même complètement contestable. M. Galtier-Boissière se range à cet égard à l'avis de M. Fournier qui estime que la vérole n'est qu'une des causes diathésiques du rachitisme. Cette dernière opinion demande elle-même encore d'être réservée.

Nous ne nous arrêterons pas sur le processus hypertrophique, au sujet duquel M. Galtier-Boissière n'a rien trouvé à ajouter à la description si complète et si bien faite qu'en a donnée Parrot. Il fait remarquer seulement ce fait curieux, que du même ordre de lésion hypertrophique peuvent procéder deux lésions secondaires diamétralement opposées en apparence, la microcéphalie et l'hydrocéphalie.

Un exemple de la première de ces deux lésions a été rapporté dans la thèse d'agrégation de M. Blaise, qui l'a lui-même emprunté à M. Lancereaux. M. Pinard a communiqué à l'auteur du travail que nous analysons un exemple d'hydrocéphalie d'origine syphilitique chez une petite fille âgée de dix jours. Les cas d'hydrocéphalie de cette nature sont d'ailleurs assez communs.

La syphilis crânienne, outre la gravité propre à toutes les lésions osseuses, ordinairement l'indice d'une intoxication profonde de l'économie, implique, par elle-même, un pronostic sévère à raison des altérations encéphaliques qui peuvent en être la suite. Mais ce pronostic varie beaucoup suivant les âges et la constitution individuelle des malades. Chez les enfants nouveau-nés, dans les premières périodes de la vie, qui nous occupent seules ici en ce moment, l'issue fatale est presque la règle. Dans les conditions spéciales surtout où Parrot a étudié ces lésions à l'hospice des Enfants-Assistés et lorsqu'elles se manifestaient dès les premiers jours de l'existence, la mort était à peu près le résultat constant. Mais lorsque les manifestations syphilitiques osseuses ne se révèlent qu'un peu plus tard, on peut espérer la guérison ; du moins est-ce un devoir, dans ce cas, de la tenter. Parrot conseillait, dans ces circonstances, les frictions mercurielles aux aisselles; en cas d'impossibilité de recourir à ce moyen, il prescrivait la liqueur de Van Swieten. Enfin il donnait les iodiques sous forme d'iodure de potassium ou de teinture d'iode. Les enfants, paraît-il, ont pour cet agent thérapeutique une très grande tolérance, qui en rend l'administration facile.

Contrairement à une opinion anciennement soutenue et qui voulait qu'on temporisât, sous le prétexte que l'enfant à la mamelle est infiniment moins propre à supporter des remèdes qu'à un âge plus avancé, la plupart des syphiliographes sont d'accord aujourd'hui pour recommander le traitement mercuriel et iodique dès l'éclosion des premiers symptômes, qu'il s'agisse de lésions crâniennes ou d'autres. — C'est aussi la conclusion à laquelle arrive M. Galtier-Boissière.

HOPITAL MARITIME DE LA POINTE-A-PITRE.

M. Corre, chef de service.

Hépatite suppurée des pays chauds.

(Observation recueillie par M. A. Teste d'Armand.)

M. V..., capitaine du génie, âgé d'environ cinquante-quatre ans, ayant séjourné vingt-deux ans aux colonies soit à la Guyane, soit aux Antilles (Guadeloupe), est resté pendant longtemps indemne de toute atteinte fébrile. Dans ces derniers temps, avec une constitution sensiblement détériorée, il contractait de la fièvre assez facilement, à l'occasion de courses au soleil. Il se plaignait alors de gastralgie, de douleurs siégeant à l'épigastre, répondant au rachis, et de vomissements fréquents.

Le 16 avril 1885, de service dans un îlet, à environ 2 kilomètres de la Pointe-à-Pitre, il éprouve une céphalalgie violente. De retour en ville, il accuse une courbature générale, et se plaint « d'avoir le corps en feu ».

Le 17, il est vu à la caserne par M. le docteur Corre, chef de service à la Pointe. Celui-ci le trouve couché, prostré, les traits étirés, les conjonctives offrant une teinte subictérique. Le malade

éprouve une vive douleur à l'épigastre, avec vomissements bilieux, de la céphalalgie. Il est envoyé immédiatement à l'hôpital.

Ce qui frappe le plus pendant les premiers jours, c'est la faiblesse excessive, l'agitation, l'intensité de la douleur épigastrique et la manifestation d'une certaine gêne respiratoire. Le thermomètre oscille entre 38° et 39°,4.

Le 20, calme relatif.

Le 22, l'état général paraissant meilleur, on observe un retour subit d'agitation, avec *douleur vive à l'hypochondre droit, répondant à l'épaule;* rien à l'auscultation thoracique; *la pression est douloureuse entre l'ombilic et le rebord costal droit,* et, à ce niveau, on constate une *sonorité obscure,* sans qu'il y ait cependant matité. Température : 39°,3.

Le lendemain 23, la température tombe à 37°,7, et une détente se produit, avec une diarrhée bilieuse, de courte durée.

La température remonte bientôt à 38°, 38°,5, et à partir de ce moment va persister de ce chiffre à 39° ou 39°,5; la teinte subictérique du début se maintient aux conjonctives, et les téguments ont une teinte bistre indécise. La langue est rouge, comme dépouillée.

Le 25, on observe un gonflement douloureux de la région épigastrique; *sensation manifeste de dureté* limitée entre l'ombilic et le rebord costal droit : la matité, profonde, commence sur la ligne médiane, à environ 3 centimètres 1/2 au-dessus de l'ombilic. A la palpation, on sent très bien une tumeur arrondie, dont le diamètre est évalué à 10 ou 12 centimètres. Dans l'après-midi il y eut des vomissements.

Le 27, point douloureux maximum à 8 centimètres au-dessus et 6 centimètres à droite de l'ombilic, répondant à une voussure très appréciable. A ce niveau, M. le docteur Corre pratique une ponction exploratrice infructueuse, cherchant à atteindre, sous le rebord costal, une tumeur supposée, due à un abcès de la face inférieure du lobe gauche, et déjà hors des limites du foie.

A partir de ce moment, l'état du malade, avec des alternatives d'améliorations apparentes et d'aggravation, reste à peu près le même : fièvre rémittente ou plutôt subcontinue, avec exacerbations médiocres vers trois heures de l'après-midi; sueurs visqueuses assez abondantes; affaiblissement progressif; dégoût pour tous les aliments; diarrhée bilieuse, mais point de douleur à la région hépatique, même à la pression. Cependant la voussure, précédemment mentionnée, s'est mieux dessinée; *elle s'est, en quelque sorte, isolée du rebord costal et répond à la partie supérieure du muscle grand droit.* A ce niveau, la matité est peu franche, elle fait craindre que ce soit un abcès profond, refoulant en avant le gros intestin.

Le 3 mai, une deuxième ponction infructueuse est pratiquée.

A partir de ce moment, la plus grande réserve est observée. L'état général du malade périclite d'ailleurs; et, une diarrhée très intense, jointe au siège de la tumeur, fait craindre une issue vers l'intestin. Ce pronostic fut d'ailleurs confirmé le 10 mai par des selles hépatiques.

Le 12 mai, *l'augmentation de volume de tout l'hypochondre droit fait préjuger une extension de la phlegmasie suppurative vers le lobe droit;* mais elle ne se maintient pas, et même, le 15, l'affaiblissement de la voussure, la diminution des selles, une certaine apparence de calme relatif font espérer un videment de l'abcès en des conditions favorables.

L'espoir ne se réalisa pas. Des selles hépatiques abondantes, fétides, réapparurent avec intensité; le malade perdit le peu de force qui lui restait, et il s'éteignit doucement le 19 mai.

Autopsie. — L'autopsie vérifie l'exactitude de chaque détail du diagnostic porté par M. le docteur Corre, et justifie la prudence de son intervention : *abcès de la face inférieure du lobe gauche, ouvert dans le duodénum.* Cet abcès était inaccessible par la paroi thoracique, inaccessible aussi par la paroi abdominale, car la voussure était bien due au refoulement du gros intestin, doublé d'un épiploon très épais. Le seul point qui aurait permis de faire une ponction était sous le rebord costal, là où la première avait été pratiquée. Mais il eût fallu piquer en bas et en arrière, suivant une direction peut-être hasardeuse. Et si on suppose qu'il eût été possible d'atteindre la poche, l'opération aurait été compromise par le défaut d'adhérences suffisantes.

L'autopsie a été faite neuf heures après la mort. L'amaigrissement était médiocre, la teinte subictérique.

A l'ouverture de l'abdomen, le grand épiploon apparaît très épaissi et chargé de graisse. Le foie ne présente pas d'adhérences sur sa face convexe; mais lorsqu'on essaie de le détacher en arrière du lobe gauche, on le déchire aux premiers efforts. L'organe a été enlevé avec les portions avoisinantes des intestins, après application de ligatures.

A la partie antérieure de la face inférieure du lobe gauche, on observe une tumeur encore du volume d'une orange moyenne, malgré l'écoulement d'une assez notable quantité de pus par la déchirure faite au niveau de son adhérence au duodénum au moment de l'extraction de l'organe. Cette tumeur est demi-sphérique, régulière d'aspect, lisse, sans adhérences, excepté au niveau du duodénum (paroi postéro-supérieure de la portion moyenne).

Le tissu qui la délimite est aminci, ramolli, friable, et il cède aux moindres tractions. On constate l'existence d'une énorme poche remplie d'un pus épais, jaune verdâtre, phlegmoneux, dont la quantité est évaluée à plus d'un verre. L'écoulement continue d'ailleurs après un semblant de videment, ou reparaît par la pression exercée au pourtour de la poche. C'est que celle-ci offre une surface interne très irrégulière, anfractueuse, des diverticulums à son pourtour, qui sont comme autant de foyers divers qui se déversent en un foyer commun; et, çà et là, à la périphérie, dans une zone de coloration grise, noirâtre, comme gangreneuse, on constate de petites collections purulentes, qui paraissent isolées du grand abcès, mais sur le point d'y aboutir. Rien qui ressemble à une membrane pyogénique; sur toute la paroi, on rencontre un tissu hépatique inégal, creusé, vacuolé, en voie de destruction moléculaire active.

La paroi duodénale, au niveau de son union avec celle de l'abcès, est ramollie, noirâtre, d'aspect gangréneux, et une large perforation établit une communication entre l'intestin et la cavité hépatique. L'adhérence n'est pas très étendue; mais, autour d'elle, l'épiploon gastro-hépatique est épaissi, peut-être même un peu ramolli.

Le foie est volumineux; il pèse, après évacuation du pus, 1 900 grammes. Dans les parties non suppurées et hors des zones en imminence suppurative, il est de coloration jaune Sienne assez uniforme, avec lobules dessinés par traînées linéaires plus sombres. Sa consistance est faible; le tissu se déchire avec facilité.

A droite de l'abcès, un diverticulum s'étend vers le grand lobe. Au delà, sur une coupe verticale, dans une étendue d'environ 16 à 25 centimètres carrés, le tissu du grand lobe offre dans sa profondeur une teinte noirâtre, en état de ramollissement, qui indique un état suppuratif prêt à se faire et explique les phénomènes du 12 mai.

La rate est petite, bien pleine, du poids de 145 grammes, de coloration vineuse pâle avec îlots diffus, grisâtre, de consistance médiocre (rate d'état infectieux).

Dans le cæcum et le colon, on voit des ulcérations superficielles, disséminées, arrondies, très régulières (ulcérations d'auto-infection).

Cette observation, qui n'a rien présenté de particulier au point de vue de la thérapeutique médicale proprement dite, nous a paru au contraire très intéressante à faire connaître au point de vue de la précision de diagnostic et de la difficulté d'établir l'indication d'une intervention manuelle.

LE CHOC EN RETOUR ET LE FOUDROIEMENT LATÉRAL (1)

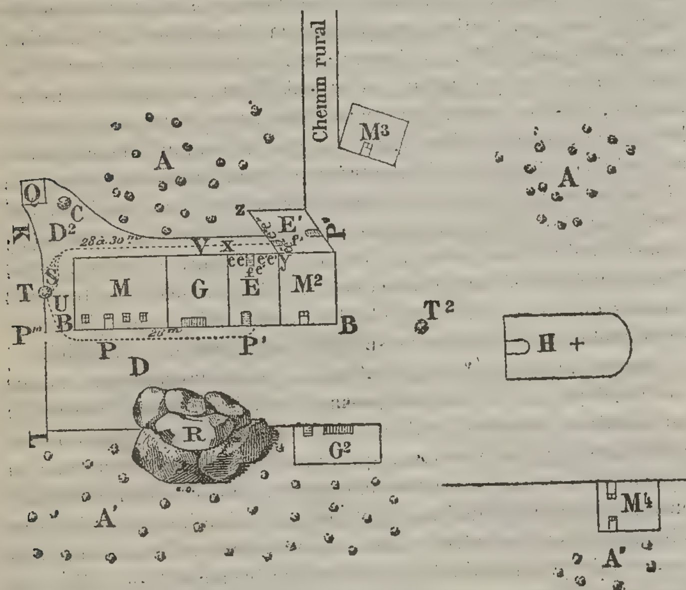
Par M. le docteur F. Vincent (de Guéret),
Lauréat de l'Académie de médecine.

VII

V. *Observation de La Brionne* (1er juillet 1877). — Voici d'abord la légende explicative sommaire de la topographie des lieux représentés approximativement par la figure ci-après :

T, tilleul foudroyé. — T^2, autre tilleul planté devant l'église H.

BB, rang de bâtiments dirigé O.-E., de 30 et quelques mètres de long, comprenant : M, maison de Villard ; G, sa grange ; E, son étable à moutons ; M^2, autre maison, derrière laquelle E', autre écurie à moutons, formant avec le mur de derrière du rang de bâtiments un angle plan rentrant XYZ.



V, venelle derrière les bâtiments, recevant l'égout du toit, de $0^m,40$ de large, limitée de l'autre côté par le mur de soutènement de la terrasse A, haut de $1^m,30$ environ ; sur cette venelle s'ouvrent les fenêtres *ff'* des écuries EE'.

D, cour de devant, de 15 mètres de large. — D^2, cour de derrière avec C, gros châtaignier aussi haut que le tilleul T, et Q, toit à porcs.

M^3, maison Guyonnet ; M^4, maison Bordet ; G^2, grange et écurie ; R, rocher ; PP'P'', portes des bâtiments MEE' ; P''', entrée du pré F, pratiquée dans le mur de séparation KL, dans lequel se trouve planté le tilleul T ; U passage entre la maison M et le mur KL ; S, dépression du sol où vient s'accumuler l'eau d'égout ; AA'A''A''', plantations d'arbres fruitiers.

Le bourg de La Brionne, où le tonnerre, au dire des habitants, est tombé plusieurs fois, de leur souvenance, est situé au tiers inférieur du versant d'une colline exposée à l'ouest. Avec ses plantations d'arbres fruitiers et autres, et ses haies vives, il forme une oasis de verdure et de végétation arborescente qui fait contraste avec le sol de la montagne couvert de bruyère et de rochers. Peut-être est-ce à cette circonstance qu'il doit le privilège d'être frappé par la foudre, plutôt que le sommet beaucoup plus élevé. L'inclinaison très sensible du terrain de l'église H au pré F est E.-O.

Le théâtre de l'accident étant connu, voici la relation de cet accident lui-même, telle qu'elle m'a été faite par M. Villard, propriétaire du tilleul T et des bâtiments M, G, E, les plus voisins, et confirmée, dans quelques-uns de ses détails, par d'autres personnes de la localité. Je dois ajouter que c'est dix jours seulement après l'événement que j'ai recueilli ces renseignements.

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 septembre 1885.

Le 1er juillet 1877, vers trois heures de l'après-midi, pendant un orage accompagné de pluie torrentielle depuis un moment, le tonnerre tombe sur le tilleul T, arbre jeune encore, mais élevé et surmontant le faîte de la maison M, qu'il touche presque de ses branches, de la moitié de sa hauteur. L'explosion fut formidable, et une odeur de soufre très prononcée fut sentie par la plupart des habitants du bourg.

A propos de cette odeur, dont j'ai posé la question d'origine dans ma *Contribution à l'histoire médicale de la foudre*, je dois dire qu'il n'existe point de gypse dans la composition du sol tout granitique, ni de crépis en plâtre dans les bâtiments, qui n'offrent du reste aucune trace de dégradation produite par le passage de l'électricité. Il y a donc lieu de se demander si elle est due simplement à l'ozone, ainsi qu'on le prétend depuis quelques années, ou bien à la présence du soufre développé sous l'influence de l'éclair, comme cela a eu lieu dans l'église de Saint-Thibaud-de-Couze, où M. Bonjean (de Chambéry) a retrouvé ce métalloïde dans la poudre obtenue par le grattage des chandeliers et des dorures noircis par la foudre. Après cette digression, que j'ai cru devoir faire dans le but d'apporter un fait de plus à la solution du problème de la production du soufre sous l'influence de l'étincelle fulgurante, je reviens à mon observation.

Les lésions produites sur le tilleul foudroyé se font remarquer à peu près exclusivement sur la face qui regarde le pré ; on pourrait les qualifier de contusions, car l'écorce de l'arbre est seulement meurtrie par plaques, sans perte de substance autre que celle de la mousse enlevée à certains endroits. C'est surtout à la partie moyenne du tronc que ces lésions offrent leur summum d'intensité qui diminue de bas en haut, de sorte qu'à 1 mètre audessus les branches les plus basses, la mousse seule est enlevée, circonstance qui semble donner raison à la théorie de M. Colladon. L'arbre est mort à la suite de la commotion qu'il a éprouvée, et l'année suivante, c'est à peine si quelques-unes des branches les plus basses ont donné quelques feuilles. Il a été abattu depuis, et, malgré mon désir formellement exprimé, je n'ai pas été prévenu, de sorte que je n'ai pu en faire un examen tel que je l'aurais voulu. Du reste, aucune trace matérielle du passage de la foudre au pied du tilleul, dans les cours et sur les bâtiments.

Villard, le propriétaire de la maison M, séparée du tilleul foudroyé par une ruelle U, de 3 mètres de largeur seulement, se sent piqué au visage au moment de la chute du tonnerre ; les autres personnes qui se trouvent avec lui au rez-de-chaussée, dont la porte P s'ouvre directement sur la cour D, éprouvent des effets insignifiants ou nuls ; le chien, qui est sur le seuil de cette porte grande ouverte, est projeté à 2 mètres dans l'intérieur, et ensuite se sauve en criant. Tous les chiens du bourg l'imitent et s'enfuient en poussant des cris plaintifs, comme si on les avait battus.

Guyonnet, propriétaire de la maison M^3, où il se trouve, a éprouvé une secousse, et sa femme a vu ou cru voir une flamme venir du côté de la cour antérieure D.

Bordet, poseur du chemin de fer, habite la maison M^4, éloignée de près de 80 mètres de l'arbre foudroyé, composée d'un vaste appartement au rez-de-chaussée avec portes devant et derrière. Il est assis sur un banc en bois placé du côté de la table le plus éloignée de l'âtre, c'est-à-dire à peu près entre les deux ouvertures ci-dessus. Au moment de l'explosion, il ressent un *coup de fouet* dans les jarrets, et son chien, couché auprès de lui, se lève en sursaut et se sauve en boitant et en criant.

Un instant très court avant l'explosion, ou plutôt avant le coup de tonnerre qu'il a entendu, M. Clément, chef de station du chemin de fer, avait vu passer des flammes sur les fils du télégraphe. La station est à une distance de 800 à 900 mètres du bourg, et, par suite, il faut un certain temps pour que le bruit franchisse cet intervalle ; il est donc probable que la flamme en question a coïncidé avec la chute de la foudre.

Ces sensations tactiles éprouvées par des personnes plus ou moins éloignées du point frappé par la foudre et placées dans des directions différentes comme celles des maisons M, M^3, M^4 ; ces flammes, vues à La Brionne par la femme Guyonnet, et à la sta-

tion par le chef de la gare, sur les fils du télégraphe. Ces cris plaintifs de tous les chiens de l'endroit, plus sensibles que l'homme, comme nous l'avons vu, à l'influence de l'électricité atmosphérique, et ayant dû éprouver des sensations plus douloureuses, sont autant d'indices de l'irradiation dans tous les sens, conformément à notre théorie, de l'électricité du nuage arrivée à la surface du sol et des courants qui en résultent et se font sentir à des distances assez considérables.

Mais des effets de ce coup de foudre, les plus dignes de fixer l'attention, sont ceux qui se sont produits dans les étables E, E', où sont logés des moutons.

Dans l'étable E, appartenant à Villard, cinq de ces animaux, couchés le long du mur du fond percé de la fenêtre *f*, de chaque côté et au-dessous du niveau de cette ouverture, sont trouvés inanimés. Deux d'entre eux *ee*, placés vers l'angle gauche, restent morts. Les trois autres, au contraire, *e'e'e'*, placés l'un au-dessous et les deux autres à droite de la fenêtre, sont rappelés à la vie par leur exposition, hors de l'étable, à la pluie battante.

Ce moyen de sauvetage, remède que la nature a placé à côté du mal, puisqu'il n'y a que très rarement chute du tonnerre sans pluie, et déjà indiqué par les auteurs, a été mis en pratique, dans cette circonstance, par le propriétaire, avec intention d'après un précédent de famille que je crois utile de rappeler ici. On ne saurait effectivement trop multiplier les faits qui établissent l'efficacité d'une médication. Il y a soixante et quelques années, le tonnerre tomba à la Villatte-Billon, ferme située à 4 kilomètres de là, et où le grand-père de Villard était métayer. Toutes les serrures de la maison furent en partie fondues sans qu'aucune des personnes présentes fût atteinte, et plusieurs moutons furent frappés dans leur étable avec toutes les apparences de la mort. Or, tous ceux de ces animaux qu'on jeta dehors, pendant que la pluie tombait à verse, revinrent à la vie; ceux, au contraire, qu'on laissa dans l'étable restèrent morts. En pareille circonstance, c'est donc le premier moyen à employer pour rappeler à la vie les personnes comme les animaux.

Des trois moutons de La Brionne ci-dessus rappelés à la vie par ce moyen, un s'est remis très promptement; un autre a eu un torticolis à droite pendant trois à quatre jours et une tuméfaction considérable de l'œil droit avec conjonctivite qui persiste encore au moment où je prends cette observation; enfin le dernier a présenté une paralysie à peu près générale pendant vingt-quatre heures, un torticolis à droite avec oreille du même côté pendante huit jours durant, et une brûlure de la cornée qui, au moment de mon examen, se présente sous l'apparence d'un nuage blanc.

Dans l'étable E', appartenant à Guyonnet, 4 moutons *e''e''e''e''*, couchés comme les précédents le long du mur du fond, au-dessous de la fenêtre *f'*, sont tués sans lésions apparentes. Peut-être auraient-ils pu être sauvés si leur propriétaire avait pris les mêmes précautions que son voisin.

Ces effets doivent-ils être mis sur le compte du choc en retour, tel qu'on le comprend généralement? Évidemment non, car alors les personnes et le chien, qui se trouvent dans la maison M, voisine du tilleul foudroyé, auraient dû courir de plus grands risques que les moutons logés dans des étables dont la plus proche est à 26 mètres, et la plus éloignée à 30 mètres environ du même arbre; et c'est le contraire qui est arrivé.

Pour se rendre un compte exact de la chose, il faut nécessairement se reporter à la disposition et à la nature des lieux. Les deux étables EE', s'ouvrant l'une et l'autre sur des cours par les portes à claire-voie P'P'', sont contiguës en arrière par un de leurs angles; et les deux murs du fond, formant un angle plan XYZ, légèrement aigu et ouvert en arrière, sont percés de deux fenêtres *ff'*, hautes de $0^m,35$, larges de $0^m,25$, élevées de $1^m,50$ environ au-dessus du sol, et s'ouvrant sur la venelle V. Les faces intérieures des murs de ces deux étables, qui servent depuis longues années à leur usage actuel, sont recouvertes d'une couche visqueuse de suint plus ou moins concret déposé par la transpiration des moutons. Cette couche, qui forme un vernis continu analogue à l'enduit conducteur employé en galvanoplastie pour empêcher les pièces métalliques, que l'on veut reproduire, d'adhérer au moule, s'étend nécessairement plus ou moins loin en dehors, par les parois des fenêtres *ff'*, sur la face de derrière des deux murs, et principalement dans l'angle rentrant XYZ compris entre les deux fenêtres, et, par suite, continuellement en contact avec la vapeur émanée des étables.

Il faut se rappeler ensuite que la venelle V reçoit l'égout, qu'elle déverse sans discontinuité dans la dépression S touchant le pied du tilleul, du versant postérieur des toits de tout le rang de bâtiments, y compris l'écurie E', et, par suite, s'est trouvée transformée, par la pluie torrentielle qui accompagnait l'orage, en un cours d'eau volumineux, lequel a formé un conducteur continu entre le tilleul foudroyé et l'angle XYZ des deux étables.

Cela étant, l'explication des effets en question devient facile: comme à Chier-du-Prat, lors de l'explosion, une fraction considérable de l'électricité condensée dans l'éclair s'est portée sur la flaque d'eau qui l'attire, remplissant la dépression S, et a suivi, jusqu'audit angle XYZ, le torrent meilleur conducteur que le sol des cours et du pré même ruisselant d'eau. Arrêtée là dans sa marche, elle s'est répandue sur les deux faces de cet angle qui lui barrent le passage, grâce à la pluie qui les a mouillées en bas et à l'enduit conducteur qui les recouvre à leur partie supérieure, là où l'avancement du toit en paille les protège contre l'eau qui tombe du ciel. Enfin, condensée de nouveau dans les fenêtres *ff'*, issues conductrices grâce à l'enduit qui recouvre leurs parois, l'électricité a dû s'irradier une deuxième fois sur les murs, toujours enduits de suint, des deux étables, pour de là gagner les cours et se mêler à celle répandue sur toute la surface de la localité.

Dans ce mouvement de l'électricité, c'est nécessairement autour des fenêtres, qui lui ont livré passage, qu'elle se trouve concentrée en quantité plus considérable, et c'est là aussi, au-dessous de ces ouvertures, que les moutons, qui dans leur ensemble ont bien pu former une masse attractive énergique, ont été commotionnés jusqu'à perte de connaissance et même extinction de la vie. Plus disséminée sur les autres murs, elle a été moins funeste aux animaux qui s'y appuyaient, et ceux qui se trouvaient au milieu des étables ont été, en outre, protégés par une épaisse couche de fumier et de litière.

Nous avons donc affaire ici à un véritable choc en retour de la deuxième espèce, qui, grâce à un cours d'eau meilleur conducteur que le reste du sol, est allé se produire à plus de 30 mètres de l'objet frappé par la foudre. Le même effet aurait pu évidemment avoir lieu plus loin si le cours d'eau s'était prolongé. A Chier-du-Prat, nous avons déjà vu l'électricité, au lieu de suivre la haie qui forme la ligne droite entre le peuplier 1 et le tilleul 2, se porter sur la rigole pleine d'eau d'abord et la suivre ensuite, en l'élargissant, pour se dévier de nouveau au niveau du tilleul qui l'attire. Comme pour les métaux, sur lesquels l'électricité attirée se porte, d'une manière générale, plutôt que sur des corps mauvais conducteurs, l'électricité atmosphérique, versée à la surface du sol, se porte aussi de préférence, à défaut de métaux, sur les cours d'eau, qui peuvent la conduire très loin, lorsque des obstacles matériels, comme à La Brionne, ou l'attraction d'un objet chargé d'électricité de nom contraire, comme à Chier-du-Prat, ne viennent pas troubler la marche du courant vers un autre objet plus éloigné.

OBSERVATIONS

SUR LES CHANGEMENTS QUE SUBIT LA PUPILLE APRÈS LA MORT ET SUR L'ACTION DE L'ATROPINE ET AUTRES ALCALOÏDES SUR L'ŒIL CADAVÉRIQUE.

Par M. J.-N. MARSHALL.

D'un très grand nombre d'expériences, l'auteur déduit les conclusions suivantes :

1° Dans la plupart des cas, les pupilles sont dilatées au moment de la mort; la dilatation se montre très peu de temps avant le moment fatal. La dilatation survenant peu après la mort est tout

à fait exceptionnelle. Cet état de la pupille est d'ordre essentiellement paralytique; il est indépendant de l'aspect qu'elle présente durant la vie, quels qu'aient été les effets produits par les médicaments ou la maladie. — 2° Dans la grande majorité des cas, on observe après la mort une contraction progressive de la pupille. Elle varie dans des limites assez larges, tant au point de vue du moment de son apparition qu'au point de vue de ses degrés. Elle commence ordinairement une heure après la mort, et se continue pendant les quarante-huit heures suivantes. Le myosis, souvent inégal sur les deux yeux, est indépendant de l'action de la lumière et de la rigidité cadavérique. — 3° La pupille est sensible à l'action de l'atropine, après la mort, durant une période qui varie très probablement suivant les sujets; elle peut atteindre quatre heures quand on emploie une simple instillation; elle est peut-être un peu plus longue lorsqu'on injecte l'atropine dans la chambre antérieure. La dilatation commence à se produire sensiblement après le même laps de temps sur l'œil mort et sur l'œil vivant, mais elle diffère en ce sens que, chez le premier, son action est moins durable. — 4° L'instillation ou l'injection d'ésérine après la mort produit la contraction de la pupille; la période pendant laquelle cet alcaloïde agit sur elle est plus courte que celle de l'atropine. — 5° Les instillations d'ergotine n'ont aucune action sur la pupille après la mort, mais son injection dans l'iris ou dans la chambre antérieure détermine un myosis, qui dure environ deux heures après la mort. — La pilocarpine a une faible action myotique sur l'œil cadavérique. — 7° L'évacuation de l'humeur aqueuse après la mort ne modifie pas l'aspect ordinaire de la pupille. — 8° La flaccidité de l'iris durant la vie est exceptionnelle, mais elle existe toujours après la mort et augmente progressivement. (*The Lancet*, et *Gazette hebdomadaire*.)

Par décret en date du 27 septembre 1885, les élèves stagiaires du Val-de-Grâce qui ont satisfait à l'examen de sortie de cette École ont été nommés dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Bernard, Ferrier, Loison, Ramey, Lebon, Odile, Vallois, Pech, Pauzat, Fradet, Trédos, Jannot, Tricot, Castel, Pouillaude, de Casaubon, Letellier, de Vésian, Farganel, Piussant, Kraus, Baradat, Colombel, Brault, Eymeri, Boyer, Nabona, Duco, Jacquin, François, Goudal, Simon, Anger, Vaïsse, Pruvost, Estor, Bosc, Sagrandi, Boyé, Morin, Bourdin, Quéhéry, Saintin, Lejour, Marignac, Drély.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. Gaillard, Cornutrait, Cazac, Lahache, Bonnafous.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18383.

N° 115. — MARDI 6 OCTOBRE 1885. 58e ANNÉE. MARDI 6 OCTOBRE 1885. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOTEL-DIEU. — M. Tillaux.

Nécrose centrale du calcanéum.

La malade dont je vais aujourd'hui vous parler est une femme de trente-trois ans, douée habituellement d'une bonne santé. Elle n'avait même jamais été malade, lorsque, il y a dix-huit mois, elle a été prise de douleurs dans le talon du pied droit, douleurs qui ne se faisaient sentir que pendant la marche et qui disparaissaient par le repos. Au début, elles étaient même si peu intenses qu'elle avait pu, pendant assez longtemps, continuer à marcher.

Cette femme n'habite pas Paris, et le médecin de son pays, pensant qu'il s'agissait d'un abcès et croyant la soulager, fit une incision d'un centimètre de profondeur sous le talon. Il n'en sortit que du sang, et la malade n'en fut pas améliorée. Quelque temps après, il fit appliquer, également en vain, des sangsues sous la malléole externe. Ce n'est que plus tard qu'il se forma peu à peu un petit abcès. La malade souffrait alors nuit et jour. L'abcès s'ouvrit, la plaie ne se ferma pas, et il resta un trajet fistuleux.

Si aujourd'hui nous examinons le pied malade, nous constatons, au-dessus du bord inférieur et en arrière de la malléole externe, l'existence d'un petit orifice par lequel il est facile de faire pénétrer et cheminer un stylet obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans, jusqu'à trois centimètres de profondeur. Arrivé en ce point, on sent que la pointe métallique touche la surface osseuse avec un petit bruit sec et très net qui indique clairement que l'on est en présence d'un os dénudé, d'une nécrose; tandis que, s'il s'agissait de carie, le stylet pénétrerait dans le tissu osseux.

Il y a donc certainement chez notre malade une nécrose du calcanéum. La lésion, d'ailleurs, n'a pas déterminé d'autres désordres, la peau est très peu altérée, elle porte seulement la trace du traitement par les sangsues et par des pointes de feu que j'avais oublié de mentionner. Le talon malade, dans son ensemble, est plus volumineux; il mesure un centimètre de plus que celui du côté opposé. Comme symptômes physiologiques, nous trouvons une douleur dans la station debout et pendant la marche, douleur qui disparaît dès que la malade est au lit.

La nécrose du calcanéum n'est pas une affection commune; j'en ai observé seulement trois ou quatre cas pendant toute ma carrière chirurgicale; c'est une maladie aussi très peu étudiée et sur laquelle je ne connais guère qu'un travail de Rognetta en 1834, un chapitre de MM. Lannelongue et Comby et un article de M. Polaillon dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Mais au mot « nécrose du calcanéum », il faut ajouter le qualificatif « centrale », car au centre de l'os nous devons trouver un séquestre, lequel est très probablement mobile.

Voyons maintenant quelle est la pathogénie de cette affection. Une ostéite épiphysaire en aurait-elle été le point de départ? Non. Le calcanéum est un os qui se développe par deux points d'ossification : un pour le corps et un pour l'épiphyse postérieure qui se soude vers l'âge de seize ou dix-huit ans. Or ici la nécrose est centrale, par conséquent loin de l'épiphyse; de plus, notre malade a trente-trois ans; double motif pour que la lésion ne soit pas la conséquence de quelque ostéite épiphysaire.

Serait-elle la suite d'une ostéomyélite aiguë? Pas davantage; la malade n'en a eu aucun des accidents. S'agirait-il plutôt de quelque carie scrofuleuse ou tuberculeuse? Cette femme n'est ni tuberculeuse ni scrofuleuse, elle n'en a pas le tempérament, et d'ailleurs nous ne trouvons aucune trace de carie chez elle.

Quant à l'ostéomyélite chronique, MM. Lannelongue et Comby l'admettent; mais ce qu'ils n'ont pas dit, c'est si elle était primitive ou consécutive à la nécrose, à la formation du séquestre. Voyons donc ce qu'il en est chez notre malade. Chez elle il n'y a pas eu de douleur au début, ou du moins la douleur qu'elle ressentait était très légère et n'existait que pendant la marche; ce qui exclut immédiatement une ostéomyélite primitive. Ici j'ouvre une parenthèse :

Il existe une affection bizarre qui se rapproche peut-être de celle-ci, que l'on peut appeler la douleur du talon, car, en réalité, elle n'a pas encore de nom et sa prophylaxie n'est pas faite. Quelquefois cette douleur est très vive, elle empêche de marcher et a ceci de spécial qu'elle disparaît au lit. Elle est déterminée par la pression. C'est une douleur qui a, pour ainsi dire, quelque chose de mécanique et non

d'inflammatoire. Or, dans cette affection, pas plus que dans le cas de notre malade, il n'y a d'ostéomyélite.

Mais, au sujet de cette femme, je vous soumettrai une opinion personnelle. Puisqu'il y a nécrose, il y a destruction des vaisseaux qui se rendent à son niveau, et c'est cette destruction qui a déterminé la nécrose. Le calcanéum est alimenté vasculairement par la péronière et les tibiales antérieure et postérieure qui lui envoient des rameaux et des ramuscules très fins. De plus, si l'on fait une coupe du calcanéum, on voit : 1° à la partie supérieure une zone de tissu compacte au-dessous de la surface qui s'articule avec l'astragale, et de ce point rayonnant en divers sens des colonnettes de tissu spongieux, qui se rendent les unes vers la portion de l'os qui s'articule avec le cuboïde, d'autres vers le talon. De la face plantaire il part aussi un faisceau qui se dirige vers la partie postérieure de l'os. C'est ainsi qu'au centre nous trouvons un point, un petit espace, situé entre ces trois différents piliers ou colonnettes et qui forme comme le canal médullaire de l'os. D'où il pourrait se faire — ceci n'est encore qu'une hypothèse — que la douleur du talon, dont je parlais tout à l'heure, résultat d'une pression exagérée produite par le poids du corps et tendant à affaisser la partie supérieure de l'os, de sorte que les colonnettes se trouvent pour ainsi dire tassées ou tout au moins plus rapprochées les unes des autres qu'à l'état normal. Par suite aussi, les petits vaisseaux capillaires qui se rendent au centre de l'os se trouveraient obturés et disparaîtraient peu à peu à la périphérie des trois piliers; de là, mortification du tissu osseux, nécrose centrale. Puis, un séquestre se formant au centre de l'os déterminerait à son tour, consécutivement, un travail inflammatoire, une ostéomyélite consécutive, dont le but serait l'élimination dudit séquestre. Telle est l'explication que je vous soumets ici.

Quoi qu'il en soit, toujours est-il que nous avons affaire à une nécrose centrale du calcanéum, maladie dont le pronostic n'est pas grave, en ce sens que la vie n'est nullement menacée, mais qui, cependant, est d'une guérison radicale difficile, car après l'opération que nous allons faire, après l'extirpation du séquestre, il restera un trou central entouré complètement de tissu éburné.

D'ailleurs, voici en quoi elle consistera, la malade étant préalablement chloroformée et les précautions antiseptiques prises : incision coupant le trajet fistuleux d'arrière en avant vers la partie centrale; mise à nu du point nécrosé; agrandissement de l'orifice osseux avec le ciseau et le maillet; enlèvement du séquestre et de la partie malade, soit une sorte d'évidement de l'os, bien que le procédé d'évidement de Sédillot s'applique plutôt à la carie osseuse qu'à la nécrose; enfin pansement de Lister.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Grancher.

Coexistence sur le même sujet de la rougeole et de la scarlatine.

Aujourd'hui la coexistence de deux ou trois virus sur le même malade est une question jugée et admise par tous; la contemporanéité et la superposition de deux fièvres éruptives sont actuellement reconnues. Cependant jusqu'à présent la plupart des observations publiées ne sont pas complètes encore, tout au moins au point de vue de l'influence de ces virus les uns sur les autres, malgré le travail très bien fait d'ailleurs de M. Besse, mais fait surtout au point de vue statistique.

Je veux donc profiter des quelques cas que nous avons eu récemment l'occasion d'observer dans nos salles, pour vous entretenir de cette question.

Le premier est celui d'un enfant de quatre ans, entré pour un simple torticolis, et qui, quatre jours après son arrivée, était en pleine éruption de scarlatine, laquelle, trois jours plus tard, le 23, entrait en défervescence. Celle-ci se continuait régulièrement le 24, le 25 et le 26, puis le 27, c'est-à-dire du septième au huitième jour, elle présentait cette légère ascension physiologique de la fièvre que l'on rencontre ordinairement à cette date dans la scarlatine. Jusque-là rien que de régulier, mais ce qui ne l'est plus, c'est que le lendemain, 28, au lieu de tomber, la température se maintient élevée ainsi que les jours suivants, la fièvre persiste, et le 1er du mois apparaît une éruption de rougeole qui va avec un tracé thermométrique croissant si bien, que des accidents broncho-pneumoniques se déclarent et la scène pathologique se termine promptement par la mort.

Ainsi, voilà un enfant qui, dès son entrée à l'hôpital, contracte la scarlatine, laquelle se déclare quatre jours après, c'est-à-dire vingt-quatre à trente-six heures à peu près plus tôt que cela n'a lieu dans la plupart des cas. L'éruption est très intense, la rougeur est très prononcée, la défervescence se fait progressivement les premiers jours, coupée par une légère élévation de la température, sans qu'aucun trouble particulier puisse faire prévoir quoi que ce soit de nouveau. Cependant celle-ci se maintient aux environs de 38 à 39 degrés, et le 1er du mois l'enfant est en pleine éruption de rougeole avec larmoiement, bronchite légère, fièvre, etc. Ici encore les périodes sont parfaitement observées, la rougeole se déclarant quinze jours après l'entrée du petit malade à l'hôpital, c'est-à-dire après la contagion. En effet, la période d'incubation est de dix jours pour la rougeole, celle de l'invasion de quatre à cinq jours, ce qui donne bien quatorze à quinze jours pour l'apparition de l'éruption.

L'observation peut donc se résumer de la manière suivante :

Rougeole succédant à une scarlatine, toutes deux contractées dans nos salles, la scarlatine ayant une marche parfaitement normale, la rougeole venant dans son temps physiologique, les deux maladies se succédant immédiatement et sans aucun intervalle de temps, à ce point qu'il y avait en réalité superposition des deux éruptions, la seconde se montrant alors que la première n'avait pas encore disparu.

Le second fait est pour ainsi dire calqué sur le premier; il s'agit encore d'un enfant de quatre ans, entré le 15 du mois dernier pour quelques phénomènes cérébraux chroniques assez bizarres, mêlés d'un peu d'idiotie. L'enfant entre en plein foyer d'épidémie. Chez lui la scarlatine est encore l'éruption la première en date. L'incubation est un peu plus longue que chez le précédent malade, l'invasion se fait le sixième jour, l'éruption apparaît le lendemain, 22, avec ce caractère qu'elle est très intense, d'un rouge foncé, qu'elle couvre tout le corps, voire même la face, et qu'elle s'accompagne d'une certaine tuméfaction, prononcée surtout sur les membres. Le tracé thermométrique est celui de l'enfant précédent, c'est-à-dire qu'il y a un excès de défervescence, et que, huit jours après le début de l'éruption

scarlatineuse, le 30 du mois dernier, la rougeole apparaît, soit quinze jours juste après l'entrée de l'enfant à l'hôpital, et alors que la peau revêt encore l'aspect cuivré, chagriné, de la scarlatine. En même temps, l'œdème sous-cutané des membres augmente, la langue et les lèvres se couvrent de fuliginosités, l'état s'aggrave, se complique d'une broncho-pneumonie double, et le petit malade succombe aussi comme l'autre enfant.

Du rapprochement de ces deux observations, on arrive aux conclusions suivantes : 1° que les deux enfants ont contracté chacun les deux affections en même temps ; 2° que des deux maladies la scarlatine est venue la première, en raison même de la brièveté beaucoup plus grande de sa période d'incubation ; 3° que les deux virus n'ont pas agi l'un sur l'autre de façon à modifier ni la période d'incubation ni la qualité de l'éruption, mais que le virus de la rougeole a eu une influence véritable sur la défervescence définitive de la scarlatine, puisque cette défervescence a été arrêtée et remplacée par la persistance de la fièvre.

Quant à l'influence de la scarlatine sur la rougeole elle paraît à peu près nulle, si ce n'est qu'elle modifia un peu les caractères physiques de l'éruption de la rougeole, donnant lieu, pour ainsi dire, à une sorte d'éruption mixte. C'est la modification d'un exanthème par un autre exanthème.

De plus, ordinairement entre l'éruption de la rougeole et la broncho-pneumonie, il y a un essai de défervescence. Ici la scarlatine agit encore, en ce sens que chez ces deux enfants, cette défervescence passagère n'a même pas eu lieu.

Il me reste maintenant à vous rapporter une troisième observation, dont le malade est encore dans nos salles. Ici l'ordre de succession des deux maladies éruptives est interverti, la rougeole précédant la scarlatine. Il s'agit d'une petite fille entrée le 20 du mois dernier pour des accidents syphilitiques, et qui a été prise de rougeole dix-sept jours plus tard. L'incubation de onze jours pleins a été absolument silencieuse au point de vue symptomatique ; pendant ce temps la température a oscillé entre 37 et 38 degrés. Puis tout à coup, le 3 de ce mois, au matin, ascension brusque ; invasion le 7 ; le 8 et le 9 l'éruption continue, le 10 la défervescence commence, le 11 elle s'accentue, et, cinq jours après la défervescence complète, c'est-à-dire le 16, après une évolution aussi régulière que possible de la rougeole, apparition de la scarlatine qui se fait aussi dans les limites régulières de la contagion. Ainsi, dans ce cas, la scarlatine n'a nullement été modifiée par la rougeole qui l'a précédée, et actuellement la défervescence de la maladie scarlatineuse s'opère régulièrement.

Voici donc un fait absolument négatif au point de vue de l'influence des deux maladies l'une sur l'autre, contrairement à ce que nous vous avons montré dans les deux cas précédents. Il est donc possible que cette différence tienne à ce qu'ici il y a eu *succession* véritable des deux maladies, tandis que, chez les deux autres malades, il y avait eu superposition.

Or les conclusions suivantes du travail dont je vous parlais en commençant sont à peu près tout à fait conformes aux miennes : « quand on étudie, dit M. Besse, l'action de la contemporanéité de ces deux affections éruptives, on arrive à établir ainsi une table de mortalité ascendante : 1° la succession de la scarlatine à la rougeole est bénigne ; 2° la coexistence des deux maladies avec antériorité de la rougeole est plus bénigne que dans le cas d'antériorité de la scarlatine ; 3° la succession de la rougeole à la scarlatine est d'une haute gravité.

Ces propositions de l'auteur de la thèse en question s'appuient sur dix-huit faits ; mais les dates de succession des deux maladies l'une à l'autre varient de trois à dix-sept jours, tandis que chez nos deux premiers malades il y a, non pas succession véritable, mais superposition.

Comme conclusions pratiques, je dirai : 1° qu'il est détestable de voir de pauvres petits êtres entrer dans nos salles pour une affection sans aucune gravité, et se trouver placés forcément dans un milieu épidémique et qu'il serait vraiment temps que l'administration de l'Assistance publique nous fournisse enfin les moyens d'isoler les malades atteints d'affections contagieuses ; 2° que le diagnostic est presque toujours très facile, les maladies n'offrant aucune particularité embarrassante ; 3° que le pronostic est pour ainsi dire lié à l'ordre de succession des deux maladies ; 4° que lorsque l'on voit la défervescence de la scarlatine s'arrêter après la petite ascension physiologique, il faut songer tout d'abord à la possibilité de complications, telles que gangrène de la bouche, adénite sous-maxillaire, parotidites, complications séreuses ou articulaires ; enfin, toutes ces affections éliminées, à la possibilité de la rougeole. On doit d'autant plus songer à cette dernière que l'éruption de la scarlatine aura été moins intense et la température maintenue à une certaine élévation.

En résumé, l'ordre dans lequel les deux éruptions, rougeole et scarlatine éclatent, n'est nullement indifférent ; il est de beaucoup préférable, au point de vue du pronostic, que la rougeole apparaisse la première et la scarlatine ensuite ; enfin si les maladies se montrent dans l'ordre inverse, c'est-à-dire la scarlatine en premier et la rougeole en second, il est beaucoup préférable aussi qu'un assez grand intervalle de temps sépare ces deux maladies l'une de l'autre.

ÉCOLE DENTAIRE. — M. Th. David.

Kystes périostiques et abcès dentaires ; leurs analogies et leurs différences (1).

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — 1° Le *kyste* présente à considérer, comme tous les kystes, une paroi et un contenu.

La *paroi*, formée d'éléments cellulaires, périostiques ou autres, augmente peu à peu de grosseur par l'hypergénèse de ces éléments. La face interne de cette poche présente des *cellules épithéliales* pavimenteuses, formant une ou plusieurs couches, et même des bourgeons ayant l'apparence de villosités baignant dans le liquide. La paroi externe, en rapport avec le tissu osseux, y est adhérente lorsque des phénomènes inflammatoires y ont eu lieu, mais le plus souvent elle n'y adhère pas ; c'est pourquoi le kyste fixé à la racine d'une dent vient avec celle-ci lorsqu'on en pratique l'extraction.

Le *contenu* du kyste est séreux, lorsque l'inflammation ne s'en est pas encore emparée ; il devient purulent si la racine dont il dépend subit une poussée de périostite ou s'il est ouvert. Plus tard, cependant, quand toute inflammation a cessé, le liquide pourrait redevenir séreux, de purulent qu'il était. (Broca.)

La poche kystique est presque toujours en rapport avec une

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er octobre 1885.

racine dentaire malade (exostose, résorption, rugosité) dont l'extrémité plonge dans le kyste, celui-ci s'insérant en quelque sorte sur son pourtour.

2° Dans l'*abcès*, dont la cause est presque toujours une périostite alvéolo-dentaire, aiguë d'emblée ou redevenue aiguë après être restée un certain temps à l'état chronique, il n'y a pas ou presque pas de lésion radiculaire ; la lésion principale est dans la paroi alvéolaire, enflammée à sa face interne, puis à sa face externe, et enfin nécrosée entre les deux, au point traversé par le pus. Enfin, il n'y a pas de poche. Les fongosités périostales que l'on rencontre quelquefois au sommet radiculaire n'en constituent pas une ; le pus se crée en peu de temps une issue à travers l'alvéole. Il n'y a donc pas *de revêtement épithélial* à sa face interne comme dans le kyste.

Le *petit sac* qu'on ramène dans une extraction, et fixé au sommet d'une racine, *est donc toujours un kyste*, et pas autre chose.

Les recherches récentes de M. Malassez sur le périoste alvéolodentaire confirment encore cette manière de voir. M. Malassez a, en effet, démontré que le prétendu périoste n'existe pas à l'état de membrane, ainsi qu'il est décrit par tous les auteurs. Il n'y a d'interposé entre l'os et la dent que des faisceaux de tissu fibreux allant perpendiculairement de l'un à l'autre et prenant une insertion solide sur toute l'étendue des deux surfaces, excepté au fond de l'alvéole, à l'entrée du faisceau vasculo-nerveux. Par leur direction, ces faisceaux constituent une sorte de ligament suspenseur, et ont pour effet d'immobiliser la dent. Ils mettent ainsi à l'abri de toute compression, non seulement le cordon, mais encore les vaisseaux et nerfs qui se rendent de l'alvéole au cément, à travers les interstices laissés entre leurs fibres. Sans cette disposition, nous ne pourrions pas manger ; car il n'y a pas en physiologie de membrane supportant une pression égale à celle qui serait transmise au périoste dentaire, pendant la mastication, si la dent n'était pas maintenue solidement immobile.

Une conséquence pathologique résulte de la direction de ces faisceaux et de leurs interstices cellulaires : c'est que le pus ne peut détacher les insertions ligamenteuses pour suivre les lois de la pesanteur et, en fusant le long de la racine, venir sourdre au collet. Telle est l'explication, non encore émise, de ce fait que le pus, au lieu de suivre cette marche, *a priori*, toute tracée, se fraye presque toujours une issue par une voie détournée, traversant et l'alvéole, et le périoste osseux, et la gencive ou la peau. Les insertions du ligament périostal résistent, non seulement à la fusée du pus, mais encore à la force expansive des kystes, puisque ces derniers refoulent et usent le tissu osseux, dans leur développement, plutôt que de se vider le long de la racine.

Étiologie. — Les causes des *kystes* sont peu connues ; elles sont rarement directes, c'est-à-dire que ce sont rarement des lésions traumatiques ou des affections aiguës portant sur les dents qui leur donnent naissance. Ce sont plutôt des lésions chroniques de la pulpe et de l'extrémité de la racine, agissant d'une manière lente et continue, et en tous cas peu appréciables.

Les *abcès*, au contraire, ont des causes directes non douteuses. Toutes lésions capables de produire la périostite alvéolo-dentaire, traumatisme, pulpite aiguë, obturation avant le dessèchement complet d'une cavité de carie pénétrante, etc., amènent rapidement une fluxion et un abcès.

Marche. — D'après ce que nous venons de dire, on comprend que la marche soit très différente dans les deux cas : lente, subaiguë, indolente dans les kystes ; rapide au contraire, plus ou moins aiguë et très douloureuse dans les abcès. C'est par mois et même par années qu'on peut évaluer la durée du développement des kystes ; les abcès, au contraire, se forment en douze, vingt-quatre, trente-six heures au plus.

Les kystes peuvent cependant devenir douloureux ; c'est lorsqu'ils sont envahis par l'inflammation qui peut d'ailleurs se calmer, au lieu d'aboutir à un abcès, et laisser le kyste revenir à son état primitif. On rencontre fréquemment ces alternatives de calme et de retour des douleurs.

Terminaison. — Comme l'ont très bien indiqué MM. Guyon et Magitot, le *kyste* s'est développé en repoussant peu à peu devant lui la paroi osseuse. Arrivé à un certain volume, il finit toujours par s'ouvrir, et voici de quelle manière. Le kyste s'enflamme, devient purulent et se termine comme un abcès ; mais souvent l'os altéré par ce voisinage est lui-même atteint d'inflammation et se détruit sur un point de la paroi du kyste, auquel il procure ainsi une ouverture.

Dans l'*abcès alvéolaire*, au contraire, l'inflammation se propage directement et rapidement de la racine à l'alvéole, et même à l'extérieur de celle-ci. Cette propagation se fait par l'intermédiaire du tissu cellulaire contenu, comme l'a démontré M. Malassez, entre les faisceaux fibreux composant le ligament radiculo-alvéolaire et rejoignant, le long des canaux, de Havers les espaces médullaires sous-périostiques de la face externe de l'alvéole. Le pus est libre, n'est pas contenu dans une poche. C'est pour cette raison qu'au lieu de repousser le tissu osseux, il le traverse, et qu'en suivant les espaces cellulaires indiqués, il arrive rapidement à l'extérieur du maxillaire.

Lorsque les abcès nés de l'inflammation du kyste sont ouverts au dehors, tout n'est pas fini : ou bien le contenu du kyste s'évacue par cette voie, ou bien on va à sa recherche par une opération ; mais ce n'est qu'après l'élimination de sa paroi et de la portion nécrosée de l'os, et au prix d'une longue suppuration, de fistules intarissables spontanément, et de l'extraction ou de la résection de la partie altérée de la racine, qu'on finit par obtenir la guérison.

Au contraire, la guérison de l'abcès alvéolaire est en général la règle et ne se fait guère attendre. Abandonné à lui-même, il donne lieu à une fluxion, suivant la région où il siège, puis se fait jour à travers l'alvéole sur la gencive ou sur la joue. Enfin, en l'absence de lésion persistante de la racine ou de l'alvéole, ce qui est ordinairement le cas, sauf dans les abcès à répétition qui accompagnent les caries anciennes, les périostites chroniques, les ostéites alvéolaires causées même par les kystes, la guérison est complète en quelques jours.

La confusion que les auteurs ont faite entre les abcès et les kystes périostiques, et la différence capitale qui existe dans la terminaison des deux affections ont été cause que les uns, croyant toujours avoir affaire à des abcès, ont dit que leur guérison était rare ; tandis que les autres, séparant les abcès des kystes, soutenaient que la guérison des abcès était chose commune.

Mais, comme nous l'avons fait voir, les kystes sont beaucoup plus fréquents que les abcès. Lorsqu'on se trouve en présence de phénomènes chroniques ou subaigus, durant déjà depuis quelque temps, s'accompagnant parfois de crises douloureuses sans fluxion, siégeant au niveau d'une dent atteinte de carie pénétrante, on peut affirmer avec une certitude presque complète qu'on a affaire à un kyste.

Lorsque, au contraire, les phénomènes sont également continus, mais très aigus, durant depuis quelques heures, quelques jours, avec fluxion plus ou moins marquée, il faut songer à un abcès et rechercher le pus, afin d'abréger les souffrances et la maladie et de diminuer, sinon prévenir, la gravité des lésions osseuses ultérieures.

LE CHOC EN RETOUR ET LE FOUDROIEMENT LATÉRAL (1)

Par M. le docteur F. Vincent (de Guéret),
Lauréat de l'Académie de médecine.

VIII

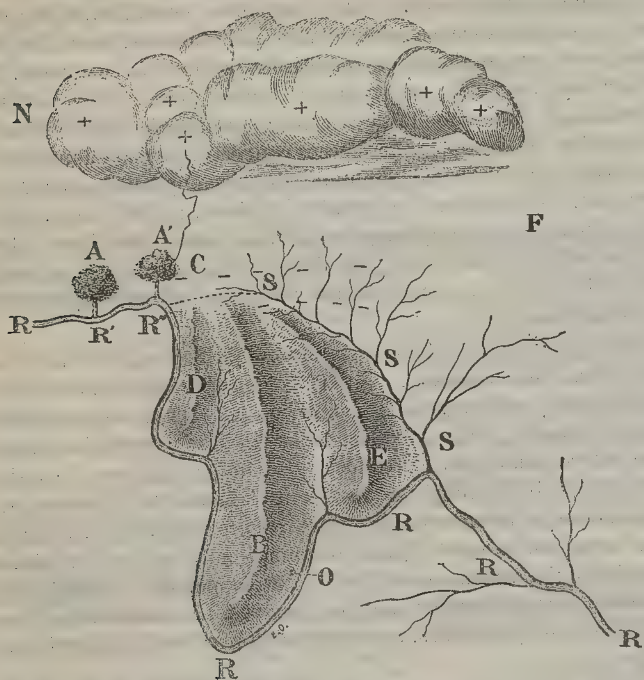
VI. Avec les notions que nous venons de formuler, je crois qu'il est possible de donner une explication acceptable des phénomènes relatés dans la fameuse observation de choc en retour de Brydone, rapportée dans le premier chapitre de ce mémoire. C'est ce que je vais essayer de faire, comme je l'ai promis.

Supposons d'abord une rivière RR... entourant, avec son con-

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 octobre 1885.

fluent principal SS, le contrefort CB, de 8 à 10 kilomètres de long, et ses ramifications D et E. Ce contrefort se détache de la chaîne de montagne principale par un col C relativement étroit, ainsi que cela se voit le plus souvent, déprimé et de constitution rocheuse.

Supposons ensuite un nuage N, d'une grande étendue, chargé d'électricité positive +, étendant son influence à la fois sur la portion R′R″ du bassin de la rivière R, le col C du contrefort et le bassin secondaire dont l'affluent S reçoit les eaux. Nous admettrons de plus que les rives de cet affluent et celles des cours d'eau secondaires, qui le forment par leur réunion, sont bordées de grands arbres qui multiplient les surfaces où vient s'accumuler l'électricité. Sous cette influence, la portion R′R″ du bassin ou des rives de la rivière R, le col C du contrefort et toute l'étendue du bassin S seront chargés d'électricité négative —.



Dans ces conditions, si la foudre éclate entre le nuage orageux N et l'arbre A′, placé sur le bord de la rivière en R″, l'électricité positive du nuage déversée sur le sol par l'intermédiaire de l'arbre, pour aller neutraliser l'électricité négative répandue sur toute la surface du bassin S, ne prendra pas le chemin le plus court R″S à travers le col C constitué par un sol rocheux, peu accessible à l'humidité et, par suite, mauvais conducteur; mais, comme à Chier-du-Prat, le fluide se portera sur la masse d'eau qui l'attire et suivra le cours de la rivière R et celui de son affluent S, qui lui offrent un bon conducteur continu, pour aller neutraliser l'électricité de nom contraire du bassin S. Comme cette dernière est répandue en quantité considérable sur la grande surface de ce bassin augmentée de celle des arbres qui le couvrent, l'intensité du courant sera nécessairement proportionnelle; ce sera, en somme, l'éclair qui continuera à sillonner le sol, en suivant les sinuosités de la rivière et de son affluent, comme il a suivi, en décrivant des zigzags, les parties meilleures conductrices de la masse d'air séparant le nuage de la terre, pour aller, comme à La Brionne, s'irradier à distance.

Dans ces conditions, la personne placée en O, sur les bords de la rivière, peut certainement recevoir une forte commotion du passage de ce courant, et même être tuée. Une autre personne, témoin de cet accident, peut aussi entendre le bruit du tonnerre, mais ne pas voir l'éclair foudroyant, séparée qu'elle est de l'arbre ou des arbres foudroyés par une montagne élevée. Le ciel, de plus, peut être clair au-dessus de sa tête, pendant qu'elle entend l'orage gronder à l'horizon, puisque nous l'en supposons séparée par une distance de 8 à 10 kilomètres.

Ce cas, que nous venons de supposer théoriquement, mais reposant sur une induction ayant pour base des observations certaines, n'a-t-il pas dû être celui de Brydone? Qu'on en juge : Les accidents, que cet auteur signale, *ont eu lieu sur les rives de la Tweed;* la femme, qui a été renversée par une forte commotion dans le pied, coupait du foin *sur les bords* de cette rivière; les tombereaux chargés de houille *venaient de la traverser;* le troupeau, dont un agneau tomba mort, *paissait dans le voisinage;* les nuages, qui échangent des éclairs, se montrent dans le sud-ouest; la forte détonation, que n'a précédée aucun éclair et ressemblant à la décharge successive de plusieurs fusils, laisse supposer la succession rapide de plusieurs décharges du nuage pour suffire à la neutralisation d'une grande quantité d'électricité de nom contraire accumulée à une grande distance sur les bords de la rivière ou de ses affluents.

Comme on le voit, l'analogie est complète, et un examen attentif des lieux où se sont passés les événements racontés par Brydone pourrait peut-être convertir cette analogie en identité. C'est une vérification sur laquelle j'appelle l'attention des personnes en position de la faire. Dans tous les cas, si cette explication n'est pas la vraie, celle qu'on en a donnée jusqu'à ce jour me paraît bien loin d'être aussi satisfaisante.

VII. Telles sont les observations que j'ai recueillies et que je viens invoquer à l'appui de la thèse que je soutiens. Parmi elles, ne doit pas être comprise celle de Brydone, dont il vient d'être question, et qui se réduit ici à une simple interprétation. Comme on le voit, elles établissent, d'une manière incontestable, qu'il y a des circonstances qui peuvent compliquer le choc en retour et rendre ses effets plus redoutables. Parmi ces circonstances, deux surtout ont une importance majeure : ce sont le voisinage des grands arbres et celui des cours d'eau, ces derniers jouant réellement, sur le sol, le rôle des conducteurs métalliques dans nos appareils de physique. Elles confirment de plus, d'une manière irrécusable, ainsi que je l'ai avancé, la théorie du choc en retour de la deuxième espèce que j'ai exposée dans le deuxième chapitre de ce travail.

Relativement à cette dernière, les trois premières de ces observations, en nous montrant l'électricité de l'éclair, arrivée au sol, se diriger en courants plus puissants vers les points où l'accumulation de l'électricité de nom contraire exerce une attraction plus forte, fournissent incontestablement un argument d'une haute valeur à l'appui du mécanisme, exposé plus haut, du phénomène en question. En effet, ce qui se passe pour un grand arbre doit se passer, par la même raison, pour l'homme et les animaux, qui, se trouvant dans la sphère d'action du nuage orageux, sont chargés d'électricité de nom contraire à celle de ce dernier; chacun de ces êtres, à la fois bon conducteur et bon attracteur, pour neutraliser son électricité libre, reçoit nécessairement, par la voie du sol lors de la chute de la foudre, une quantité proportionnelle à celle du nuage. De plus, il subit l'influence exercée par les courants électriques se dirigeant vers les objets plus éloignés et pouvant agir, comme nous l'avons vu, d'une manière si fâcheuse sur les quadrupèdes qu'ils traversent à la manière d'arcs métalliques. Il est incontestable que ces mêmes courants, rendus plus intenses par l'attraction des grands arbres, sont plus dangereux aussi.

L'observation de La Brionne nous montre, de plus, que, par la voie des cours d'eau conducteurs, les phénomènes soi-disant du choc en retour peuvent se produire à une distance éloignée du point où la foudre est tombée, et nous donne l'explication la plus rationnelle des faits extraordinaires consignés dans la relation de Brydone, laquelle, comme chacun le sait, a été le point de départ de tout ce qui a été dit sur ce sujet.

Les mêmes faits et leurs commentaires confirment, de plus, la grande différence que nous avons établie entre le mécanisme du choc en retour de la première espèce, auquel seul s'applique la théorie ancienne, et celui de la deuxième espèce, qui se produit de la manière que nous venons de voir.

Cela étant, le moment est venu de nous demander si le nom de *choc en retour* convient bien à ce dernier effet de la foudre. C'est une question que je m'étais déjà posée dans ma *Contribution à l'histoire médicale de la foudre*, mais à propos du choc en retour complexe seulement, en ajoutant que je laissais à de plus compétents que moi le soin d'en décider. Cette décision ne se fit pas attendre longtemps : dans une critique bienveillante de mon travail qu'il voulut bien m'adresser, un des physiciens les plus distingués de notre époque, M. Daniel Colladon (de Genève), me proposa de substituer à cette dénomination impropre celle de FOUDROIEMENT LATÉRAL. Quand je dis « me proposa », je m'explique peut-être mal ; car nous verrons plus bas que l'illustre professeur n'admet pas ma théorie ; mais il me dit qu'à mon point de vue ce nom conviendrait mieux. J'accepte volontiers cette dénomination, indiquée par un savant dont personne ne peut contester la compétence, et cela avec d'autant plus d'empressement qu'elle convient réellement à ce phénomène et ne donne pas de lui une idée fausse comme celle de *choc en retour*, qui doit rester désormais exclusivement réservée au phénomène de même nom de la première espèce.

Les phénomènes de fulguration, mis jusqu'à ce jour sur le compte du *choc en retour*, doivent donc, en réalité, être attribués à deux effets de la foudre tout à fait différents, savoir :

1° Le *choc en retour*, qui est censé se produire lorsque la foudre, éclatant entre deux nuages, permet aux deux électricités du sol, séparées sous l'influence du nuage orageux, de se recombiner brusquement lorsque cette influence a cessé.

2° Le *foudroiement latéral*, se produisant lorsque le tonnerre tombe, dû à l'expansion latérale d'une quantité plus ou moins considérable de l'électricité du nuage déversée sur le sol, et allant foudroyer un objet situé à une distance plus ou moins grande de celui qui reçoit le choc direct de la foudre.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Du rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires (1), par M. le docteur TUFFIER, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

La richesse vasculaire et les propriétés physiologiques de l'appareil urinaire chez l'homme le rendent susceptible de congestion pathologique. Les anastomoses des veines de la vessie, du rectum et de la prostate forment un carrefour veineux qui établit une certaine solidarité dans la circulation de ces organes.

La congestion joue un rôle de premier ordre dans la symptomatologie et les complications des maladies de cet appareil. Les phénomènes congestifs qui se passent au niveau du rein se traduisent par de la polyurie, et, exceptionnellement, par de l'hématurie.

Quand ils s'adressent à un rein normal, ils ne provoquent aucune complication. Si, au contraire, ils frappent un rein déjà altéré par une néphrite interstitielle, ce qui est la règle chez les urinaires, la néphrite suppurée peut en être la conséquence. Ces phénomènes prennent leur point de départ dans un réflexe parti, soit de la périphérie, refroidissement, soit des voies inférieures de l'urine. Au premier rang, on doit placer à ce point de vue la distension vésicale qui entretient une vascularisation exagérée du rein.

L'auteur a prouvé expérimentalement que toute distension de la vessie ou tout broiement de sa muqueuse entraîne une congestion réflexe du parenchyme rénal.

Les affections de la vessie sont susceptibles d'accès congestifs qui provoquent l'apparition de symptômes spéciaux à ces maladies. L'hématurie des néoplasmes n'est qu'un phénomène de congestion. Elle est provoquée par la présence d'une tumeur bénigne et non ulcérée aussi bien que par une tumeur maligne et ulcérée. L'apparition brusque de ce symptôme, sa disparition sans cause, la cessation complète des phénomènes par la taille hypogastrique, le faible écoulement sanguin qui suit l'extirpation ou le raclage de ces tumeurs, prouvent que les abondantes hémorrhagies qui les accompagnent reconnaissent une cause physiologique et non une disposition anatomique. L'hématurie de la cystite tuberculeuse est également d'origine congestive ; elle peut être rapprochée de l'hémoptysie de la tuberculose pulmonaire. Les contractions incessantes de la vessie peuvent l'entretenir. La boutonnière périnéale supprimant ces contractions supprime également l'hématurie.

Les cystites reconnaissent souvent une origine congestive ; la distension vésicale sert alors fréquemment d'intermédiaire entre la congestion et l'inflammation. Le premier but de la thérapeutique de ces accidents doit donc être de supprimer la distension par un cathétérisme méthodique.

Le rôle de la congestion dans l'hypertrophie de la prostate est de première importance. Le développement considérable des veines, la dégénérescence athéromateuse des artères, sont des circonstances anatomiques qui favorisent la stase à ce niveau. La congestion ne peut provoquer de toutes pièces l'hypertrophie prostatique; mais aussitôt que cette hypertrophie est constituée, la prostate devient le siège d'accès congestif. Pendant longtemps, ces accès sont les seuls symptômes du développement exagéré de l'organe. Ils constituent la première période, période des symptômes dynamiques, fréquence des mictions sans rétentions. Alors même que la glande est peu développée, ces accès congestifs peuvent exister et constituer un véritable état prostatique sans hypertrophie.

Dans la deuxième période (stagnation de l'urine), la congestion n'a qu'un rôle secondaire, c'est la lésion mécanique qui domine la scène; mais cette stagnation détermine par réflexe une congestion rénale accusée par la polyurie. Cette dilatation vasculaire chronique altère peu à peu le parenchyme rénal et favorise l'éclosion d'une néphrite chirurgicale. Les complications de l'hypertrophie prostatique relèvent presque toutes des accès congestifs. La rétention complète et aiguë d'urine reconnaît cette origine, les hémorrhagies qui l'accompagnent et le développement exagéré de la prostate à ce moment en sont des preuves. Les hématuries, traumatiques ou spontanées, sont exagérées par l'état congestif antécédent.

Les cystites, qui accompagnent si fréquemment le développement exagéré de la prostate, surviennent sous l'influence d'une congestion spontanée ou provoquée par la déplétion trop rapide du contenu de la vessie.

Les néphrites sont préparées par la dilatation vasculaire chronique du rein. Il suffit de la moindre inflammation de la vessie pour en déterminer l'apparition.

Chez les prostatiques, la glande hypertrophiée, la vessie et le rein sont congestionnés chroniquement et sont ainsi en imminence de phlegmasie. Aussitôt que l'un des trois organes de la triade urinaire vient à s'enflammer, les autres subissent le même sort et déterminent les accidents graves et souvent ultimes de la maladie.

Le traitement des prostatiques consiste à éviter ou à combattre les phénomènes congestifs. Ce traitement varie selon les périodes de la maladie. La première période ne nécessite qu'une hygiène rigoureuse, le cathétérisme doit être proscrit. La deuxième réclame l'évacuation de la vessie par le cathétérisme. Cette évacuation sera renouvelée suivant le degré de la rétention. La rétention subite de l'urine nécessite un traitement antiphlogistique, puis une évacuation méthodique par le canal. Dans les cas de cathétérisme difficile, il faut avoir recours à la ponction hypogastrique; les jours suivants, le cathétérisme de l'urèthre devient facile. S'il reste difficile, on appliquera la sonde à demeure. L'évacuation doit être progressive et antiseptique.

Les rétrécissements de l'urèthre peuvent être le siège de congestions qui amènent une difficulté passagère de la miction ou une rétention complète. Dans ce cas, l'obstacle siège au niveau du rétrécissement. Cet accident est grave, parce qu'il se reproduit souvent et constitue ainsi un danger pour le malade. Il est justi-

(1) In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

ciable du traitement médical. Dans les cas rares où ce traitement reste sans effet, il faut pratiquer la ponction hypogastrique.

Le rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires chez la femme est fort important. La solidarité vasculaire de l'utérus et de la vessie prédispose cette dernière à toutes les congestions dont l'utérus est normalement l'objet. Les affections vésicales sont aggravées à chaque menstruation et à chaque grossesse. Certaines affections utérines entraînent une congestion chronique de l'utérus et, consécutivement, une congestion de la vessie. Les troubles urinaires qui en sont la conséquence disparaissent par le seul traitement de l'affection utérine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Par décret en date du 28 septembre 1885, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Audié, Guinard, Launois, Pennel, Giraud, Weill, Changarnier, Rabion, Fabre, Fournel, Jean, Haut, Andret, Martin, Petiau, Chagnoleau, Forgeot, Colombe, Debrand, Boulanger, Rousset, Branchu, Trachet, Gourichon, Rémignon, Guy, Bourthoumieu.

— Par décret en date du 30 septembre, M. Le Ménicier, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer.

— *Faculté de médecine de Paris.* — L'ouverture des examens de la session d'octobre 1885, pour l'admission à la clinique d'accouchement des aspirantes élèves sages-femmes, aura lieu jeudi prochain 8 octobre, à neuf heures du matin.

— Nous venons de recevoir le premier numéro de la *Gazette de Gynécologie*, journal mensuel des maladies médico-chirurgicales des femmes, fondé et publié par le docteur P. Ménière (d'Angers), professeur libre de gynécologie.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur Gaétan Delaunay, décédé à Paris le 2 octobre 1885, à l'âge de trente-huit ans. Notre regretté confrère était depuis longtemps attaché comme rédacteur scientifique à la *République française*.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18399.

N° 116. — JEUDI 8 OCTOBRE 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 8 OCTOBRE 1885. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Germain Sée a terminé dans cette séance sa communication sur les causes et le traitement physiologique de l'obésité. La première partie de ce travail, ainsi qu'on a pu le voir par le résumé que nous en avons donné dans le précédent compte rendu, est consacrée tout entière à l'exposé des lois du régime physiologique ou de la ration normale d'entretien, d'où il a déduit la théorie de l'obésité et les indications hygiéniques et thérapeutiques que le médecin peut avoir à remplir en pareil cas. A propos de cette première partie, sans parler des recherches et des études déjà anciennes dont cette question a été l'objet, et pour ne citer que les plus récentes, celles notamment des médecins allemands qui ont été développées et discutées dans la conférence de Wiesbaden, il en est ressorti cette conclusion générale qu'en a tirée avec beaucoup de sens un de nos jeunes confrères, M. le docteur Schlemmer, dans une excellente analyse qu'il en a faite dans un de nos périodiques, savoir : « que de tous ces travaux il est impossible de tirer aucune règle générale pour la cure de l'obésité; que les divers traitements proposés réussissent à la condition de tenir compte, dans chaque cas, des circonstances individuelles, et qu'on est en droit de rejeter les régimes systématiques et les procédés poussés à l'extrême. » En admettant le bien fondé de la théorie physiologique de l'obésité formulée par M. G. Sée, les indications pratiques qu'il en déduit se placeront-elles en dehors ou au-dessus de ce jugement? C'est à l'expérience ultérieure de nous mettre à même de nous prononcer à cet égard; c'est à l'user qu'on en jugera.

Dans la deuxième partie de son travail, celle qui a fait le sujet de sa lecture d'hier, l'infiltration et la transformation graisseuses du cœur, M. G. Sée, se plaçant sur le véritable terrain de l'observation clinique, a établi une distinction essentielle entre l'infiltration graisseuse qui se rattache à l'obésité générale et la transformation graisseuse ou fibro-graisseuse du muscle cardiaque, due à des causes locales, sclérose ou rétrécissement des artères coronaires, d'où procèdent l'asthme cardiaque et l'angine de poitrine. Tandis que pour l'infiltration cardiaque graisseuse des obèses, les conditions d'hygiène et de régime sont les mêmes que pour l'obésité générale, dans la transformation graisseuse du muscle cardiaque de cause locale, non seulement le régime et les médications de l'obésité générale n'ont plus leur raison d'être, mais ils sont formellement contre-indiqués. C'est là le point le plus pratique et le plus important à signaler, à notre avis, dans le travail de M. G. Sée.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

I. Purpura simplex, rhumatisme et scorbut. — II. Fièvre typhoïde et antipyrine.

I. Parmi les malades entrés ces jours-ci dans nos salles, il en est un qui doit attirer plus particulièrement notre attention en raison de l'affection dont il est atteint.

Il s'agit d'un cas de purpura, non pas de purpura hémorrhagica, mais bien de ce que l'on appelle le purpura simplex, caractérisé par l'éruption à la surface de la peau de taches ecchymotiques. Ces taches commencent par des ectasies capillaires, et non par de véritables hémorrhagies. Elles sont isolées les unes des autres, d'un rouge foncé d'abord, puis plus claires, puis jaunâtres, et qui vont ainsi peu à peu en s'effaçant.

Dans le purpura hémorrhagica, on voit les hémorrhagies se faire aussi dans les séreuses, dans les muqueuses, enfin par diverses voies, et la maladie s'accompagne souvent alors de phénomènes fébriles plus ou moins prononcés, plus ou moins intenses.

Ici, chez notre malade, nous avons affaire à un purpura simplex, purpura qui est considéré par certains auteurs comme une manifestation de la diathèse rhumatismale, classé par d'autres dans la catégorie des érythèmes polymorphes, nom d'ailleurs peu justifié. Ces derniers ont ainsi envisagé le purpura, par cette raison que parmi les symptômes généraux il en était de tout à fait semblables à ceux que l'on observe dans certains érythèmes rangés par Hébra sous la dénomination que nous venons de rappeler.

Enfin, quelques auteurs ont pensé aussi que le purpura pouvait se rattacher à un état diathésique spécial, étranger au rhumatisme. Il est vrai d'autre part que, en réalité, nous ne savons pas encore quelle est la nature du véritable rhumatisme.

Quoi qu'il en soit, nous devons reconnaître que la maladie présente beaucoup de caractères qui la rapprochent du rhu-

matisme. Aussi me paraît-il intéressant de relever, chaque fois que nous les rencontrons, les cas où nous observons des phénomènes rhumatismaux.

Or, c'est précisément le fait que nous remarquons ici, chez notre malade. En effet, la maladie a débuté chez lui, il y a dix jours, par une douleur assez vive dans l'épaule droite; à cette douleur ont succédé d'abord un gonflement douloureux des mains, sans érythème ni hémorrhagie cutanée, puis des douleurs assez intenses dans l'un des genoux. Enfin, ce n'est que six jours plus tard que le malade a vu apparaître sur les deux jambes les taches de purpura, qui sont aujourd'hui à leur dernière période, à la période d'extinction ou d'effacement.

Pouvons-nous considérer ces symptômes comme des manifestations rhumatismales, ou bien appartiennent-ils en propre au purpura?

Nous savons que chez quelques malades on voit l'éruption de purpura être précédée de douleurs plus ou moins vives, plus ou moins intenses, dans les points mêmes où les taches vont apparaître quelques jours plus tard, et l'on sait que ces douleurs sont le résultat d'un véritable trouble nerveux. Mais chez d'autres malades on voit, au contraire, les douleurs avoir pour siège des points plus ou moins éloignés de ceux où le purpura va éclater, mais toujours en dehors de cette éruption, par exemple, dans des articulations, absolument comme s'il s'agissait d'un rhumatisme.

D'autre part, quand le purpura et ces douleurs coïncident ensemble, on peut se demander si les douleurs ne sont pas des phénomènes de courbature. Ce n'est pas le cas ici, et l'affection ayant débuté chez notre malade par des douleurs, nous aurions considéré celles-ci, en raison de leur siège au niveau des articulations de l'épaule droite, puis des poignets avec gonflement, puis d'un genou, comme étant de nature rhumatismale, et nous aurions pu nous croire en présence d'un sujet atteint de rhumatisme, si quelques jours plus tard nous n'avions vu apparaître sur les membres des taches de purpura. Eh bien, je ne crois pas, en réalité, que l'apparition du purpura puisse faire changer nos idées à ce sujet, et modifier notre diagnostic de purpura consécutif à des douleurs de rhumatisme.

De plus, je dois dire à ce propos quelques mots des rapports du scorbut avec le purpura : notre malade a les gencives tuméfiées, douloureuses, mais non ramollies ni saignantes, de sorte que chez lui le purpura se rapproche par ces phénomènes du scorbut, comme il se rapproche par ses douleurs articulaires du rhumatisme.

En somme, le scorbut, le purpura et le rhumatisme, dans certaines formes morbides, se rapprochent les uns des autres et doivent être réunis dans un groupe pathologique commun.

En résumé : 1° le purpura doit être considéré chez notre malade comme un purpura simplex se rattachant, d'après certains phénomènes, au rhumatisme, et nous fournissant par là des indications particulières de traitement; 2° les érythèmes polymorphes sont des affections qui se rapprochent beaucoup du rhumatisme et parmi ces érythèmes, le rhumatisme est celui qui s'en rapproche le plus. De là l'utilité du salicylate de soude.

II. Chez un de nos malades atteint de fièvre typhoïde, déclarée à la suite d'une bronchite consécutive à un refroidissement, la température, au deuxième septénaire, continuant à progresser et s'élevant jusqu'à 39°,8, nous avons donné chaque jour, pendant neuf jours, 2 grammes d'antipyrine divisés en quatre doses, la fièvre étant le seul symptôme réellement prédominant. Très rapidement alors nous avons vu la température tomber à 38° et se maintenir ensuite à ce chiffre pendant tout le temps que nous avons continué l'emploi de ce médicament, et cela sans autres oscillations du matin au soir que 2/10ᵉ de degré. Lorsque nous avons suspendu l'antipyrine, la température ne s'est pas relevée, seules les oscillations du matin au soir ont été un peu plus prononcées.

Voilà un premier fait; mais il en est un autre que nous avons aussi constaté, c'est l'influence absolument nulle de l'antipyrine sur la durée de la maladie. En effet, la fièvre ne s'est terminée qu'au trente-huitième jour, ou mieux, si nous en défalquons la période qui appartient plus spécialement à la bronchite, c'est-à-dire dix jours environ, elle n'a, en réalité, pris fin qu'au vingt-huitième jour.

D'où je crois pouvoir conclure que si l'antipyrine modère réellement la fièvre, si elle abaisse la température, par contre, elle n'a aucune action sur la maladie elle-même. Loin de là même, il semble que celle-ci regagne en durée ce qu'elle perd en phénomènes fébriles.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Prengrueber.

Luxation ancienne non réduite de l'épaule.

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'un malade couché au n° 10 de la salle Broca, et dont l'histoire présente un grand intérêt pratique. C'est un homme âgé de cinquante-huit ans, scieur de long, d'une constitution assez forte, et qui avait vécu à la campagne jusque dans ces derniers temps.

Il y a dix-huit mois, il fit une chute sur l'épaule droite. Un médecin le vit le lendemain de l'accident, constata un gonflement énorme, et immobilisa le membre dans un appareil qui fut laissé en place pendant un mois, sans que la région malade fût de nouveau visitée. Les douleurs persistèrent pendant deux semaines. Au bout d'un mois, le gonflement avait disparu, la région était déformée, les mouvements très limités et douloureux. Son médecin conseilla simplement des frictions et la mobilisation forcée progressive. Le malade était alors incapable de reprendre son travail. Des semaines, puis des mois, se passèrent sans aucune amélioration notable; les mouvements restaient pénibles et très limités. C'est alors que le malade vint à Paris et entra — il y a un mois environ — dans le service.

Dès le premier examen, nous fûmes frappés de l'aspect de l'épaule et de l'attitude du bras. On eût dit que cet homme venait de se luxer l'humérus en dedans : saillie de l'épaulette, encoche à l'insertion humérale du deltoïde, dépression profonde sous-acromio-coracoïdienne, déviation de l'axe de l'humérus vers l'union du tiers moyen et du tiers externe de la clavicule, rien ne manquait aux signes objectifs de la luxation. Nous avons pu même remarquer un signe qu'il est rare de trouver aussi prononcé dans les luxations simplement en dedans, et qui appartient plutôt à la luxation sous-glénoïdienne, c'est-à-dire l'abduction du bras; la pointe du coude au repos était distante de 22 centimètres de la paroi latérale du thorax.

En cet état, il n'était pas difficile de diagnostiquer une luxation ancienne de l'épaule non réduite, de reconstituer et d'interpréter l'histoire de notre malade. J'ai interrogé ensuite

l'état fonctionnel des parties : les mouvements spontanés sont très restreints; l'adduction, absolument nulle; l'abduction n'atteint pas l'horizontale ; les mouvements de flexion et d'extension paraissent un peu plus étendus, enfin la rotation est impossible. Nous avons remarqué que pendant ces mouvements l'épaule se déplaçait en masse, les articulations de la clavicule semblaient jouer d'une façon exagérée, enfin l'angle inférieur de l'omoplate décrivait un arc de cercle qui mesurait exactement le déplacement de l'humérus même. Ces faits et l'absence des mouvements de rotation devaient particulièrement attirer notre attention.

En explorant l'état des mouvements communiqués soit par simple action sur le membre, le coude étant à angle droit, soit surtout en faisant immobiliser l'épaule et l'omoplate, il nous a été facile de constater qu'il ne se faisait plus aucun mouvement entre l'humérus et l'omoplate; il était également impossible de rapprocher le coude du tronc. Ces résultats de l'exploration nous conduisaient à des déductions importantes pour l'interprétation de l'état des parties. Nous ne devons pas oublier, en effet, que ce malade est venu nous demander une intervention thérapeutique, et, dans la fixation de cette intervention, l'état anatomique et fonctionnel de la région malade doit entrer en ligne de compte pour une grande part. Aussi n'est-il pas inutile de jeter un coup d'œil rapide sur les altérations consécutives dans les luxations non réduites.

Je passe condamnation sur les accidents du début, les lésions mécaniques produites par le traumatisme même, les lésions inflammatoires habituellement légères qui leur succèdent dans les cas traités heureusement. Mais, quand le déplacement persiste, il survient des modifications nombreuses dans les parties; os, vaisseaux, nerfs, tissus cellulaire et fibreux, téguments même, modifications qui résultent soit de la perpétuation des rapports anormaux, soit des phénomènes d'adaptation attribuables à l'exercice.

Pour ce qui est des extrémités osseuses, la cavité abandonnée par la tête articulaire perd son cartilage, se déforme, s'aplanit; il se fait un travail d'ostéite, raréfiante au début, hypertrophique ensuite; finalement, l'ancienne surface articulaire est comblée par un tissu fibreux qui lui sert de périoste. Du côté de l'os déplacé, même travail au début, mais évolution ultérieure différente. Tantôt le cartilage d'encroûtement ne se détruit qu'en partie, pour se restaurer bientôt; l'ostéite est insignifiante, et la tête, en un mot, garde ses caractères, tandis que sur la partie osseuse correspondante se développe une ostéo-périostite productive, dont l'aboutissant est la formation d'une cavité de réception pourvue de cartilage. On a alors une véritable néo-arthrose bientôt pourvue de synoviale et de capsule ligamenteuse. Dans ces cas heureux, la restauration fonctionnelle est souvent remarquable et même parfaite. Mais, dans d'autres cas, le travail inflammatoire est plus exagéré et, soit que des stalactites osseuses engainent la tête déplacée, soit que la contiguïté des deux os atteints d'ostéite ait pour effet de les agglutiner, il y a dans ces cas soudure osseuse et immobilisation. Ici, il est commun de voir les extrémités osseuses atrophiées, raréfiées, plus fragiles; la raréfaction va même s'accentuant à mesure qu'on s'éloigne du début. Les vaisseaux, surtout les artères, ont été vus allongés et flexueux; mais ce qu'on a surtout observé, c'est la rétraction avec épaississement des parois, endartérite chronique, souvent même dégénérescence athéromateuse précoce, avancée par le traumatisme. De là les dangers de la réduction tardive signalés dans les observations rapportées par M. Le Fort à l'article AXILLAIRE du *Dictionnaire encyclopédique*.

Les nerfs sont également soit atrophiés, soit épaissis, sclérosés, rétractés. On a vu leur rupture dans des manœuvres de réduction, et, qui plus est, leur arrachement à la moelle, accident rapidement fatal. Ces parties, du reste, sont englobées dans du tissu de sclérose, dans des brides fibreuses solides.

Les muscles sont atrophiés, et assez souvent quelques fibres, quelques faisceaux sont atteints de dégénérescence granulo-graisseuse; les suites fâcheuses des traumatismes articulaires ont été suffisamment élucidées dans ces derniers temps pour que je me dispense d'insister. J'ajouterai seulement qu'on a peut-être un peu exagéré le degré et l'importance de cette atrophie et de cette dégénérescence. Quand on rend à la jointure une mobilité suffisante, la restauration musculaire est à peu près complète.

J'en aurai fini avec ces lésions en vous signalant l'épaississement, l'adhérence, la rétraction des téguments et la possibilité de leur déchirure dans les tractions.

Ces faits, qui se déduisent des observations antécédentes, il nous est facile d'en faire l'application à notre malade. Sans reprendre les faits en détail, nous constatons aisément l'atrophie des muscles de l'épaule, surtout du deltoïde, les saillies osseuses très accessibles, les fosses sus et sous-épineuses profondément excavées. D'autre part, je vous ai déjà montré comment il nous était permis de soupçonner, d'affirmer même, qu'il ne se passait plus aucun mouvement entre les deux os, et qu'il existait une soudure osseuse, solide, scapulo-humérale, fixant absolument les rapports anormaux de l'os déplacé. En somme, la région malade présente au maximum, et dans leur forme la plus favorable, les altérations des luxations non réduites.

Nous arrivons maintenant au point capital et le plus difficile de cette étude : discuter l'intervention thérapeutique. L'examen complet de notre malade, l'interprétation logique des signes qu'il présente, vont nous permettre de résoudre d'une façon satisfaisante les deux questions suivantes : Faut-il intervenir? Quelle méthode faut-il employer?

Vous n'ignorez pas qu'on a préconisé dans des cas de ce genre l'abstention complète, ou l'usage de simples moyens palliatifs : frictions, massage, électrisation, douches et bains sulfureux, mobilisation méthodique. Les chirurgiens abstentionnistes se fondaient sur ce fait, que la suppléance fonctionnelle est souvent presque parfaite, et que les dangers de l'intervention ne sont pas suffisamment compensés par le bénéfice problématique et toujours incomplet qu'elle procure. S'il fallait consulter ici la règle chirurgicale récemment posée par M. Verneuil : qu'il ne faut faire à ses malades que les opérations qu'on se laisserait faire à soi-même, je n'ai pas de peine à vous avouer que je m'abstiendrais. Mais sa base d'appréciation est tout autre. Et si l'on a dit avec raison qu'il y avait l'amputation du riche et l'amputation du pauvre, une semblable distinction s'impose hautement chez notre malade. Le rétablissement des mouvements n'est pas complet chez lui, il est même à peine ébauché. Or cet homme est scieur de long, et il est arrivé à un âge où on ne change guère aisément ni utilement de profession. Chacun a pu l'entendre affirmer que son impotence le réduisait à la misère. Je l'ai prévenu des dangers de l'opération, j'ai insisté sur l'impossibilité d'en préciser à l'avance les suites heureuses, indifférentes ou même fâcheuses; le malade a persisté à demander qu'on lui fît quelque chose. Il se trou-

vera très heureux si l'on peut seulement obtenir une élévation plus complète du membre, et surtout un certain degré, si léger qu'il soit, de rotation. J'ai donc résolu d'intervenir.

Mais à quelle méthode opératoire s'arrêter? On n'a pas toujours obtenu ni même tenté la réduction des luxations de l'épaule dans les jours qui suivaient l'accident. Je ne ferai pas ici une énumération fastidieuse des observations de réduction après plusieurs semaines ou plusieurs mois. C'est le plus souvent après deux mois ou trois mois que la réduction tardive a été cherchée et obtenue. On a été plus loin, on a réduit après six mois; il y a même eu un cas de réduction après dix mois et demi. C'est la limite la plus reculée dans les faits antérieurs. Jamais on n'a rien tenté dans la deuxième année, ni surtout après dix-huit mois écoulés, comme dans notre cas. C'est vous dire que je crois toute tentative de réduction inutile et contre-indiquée, non seulement par la date de l'accident initial, mais aussi par les conditions particulièrement défectueuses de soudure osseuse solide et résistante.

Puisque nous ne pouvons rétablir l'ancienne articulation, que nous manquons d'une néoarthrose développée spontanément, nous allons tenter de produire une articulation artificielle, une fracture suivie de pseudarthrose. C'est la méthode qui a été employée par divers chirurgiens, en particulier par M. Després, dans un cas très analogue au nôtre par tous ses détails. J'ai déjà signalé tout à l'heure l'état de raréfaction et d'atrophie de l'extrémité osseuse déplacée, et j'ai ajouté que ces modifications semblaient s'accentuer avec le temps. C'est ce qui vous explique pourquoi je n'ai pas craint de garder le malade en observation pendant un mois, avant d'intervenir, espérant que l'humérus se laisserait fracturer plus aisément.

Ignorant les déformations précises de la tête humérale, nous ne saurions affirmer dans quel point précis l'os pourra se fracturer. Le maximum désirable serait que la fracture se produisît au niveau du col anatomique. Mais le résultat serait encore très satisfaisant avec une fracture du col chirurgical. La méthode employée par M. Després a été la suivante : chloroformisation jusqu'à anesthésie suffisante, fixation de l'épaule malade par les mains d'un ou plusieurs aides; pendant ce temps le chirurgien fait des mouvements progressifs et lents d'élévation forcée, combinés avec des mouvements de rotation.

Les résultats obtenus par M. Després ont été très satisfaisants. Je vais donc employer devant vous le même procédé. Si je parviens à produire la fracture, ce que pourront nous indiquer le craquement et une mobilité plus grande en tous sens, j'immobiliserai d'abord pendant quelques jours pour parer aux accidents inflammatoires immédiats; puis je renouvellerai les mouvements forcés, jusqu'à m'être assuré suffisamment d'une fausse articulation. Si ces tentatives simples échouent, je pourrai pénétrer, par une incision des parties molles, jusqu'à l'os même, et le fracturer en m'aidant du ciseau de Mac Ervn, ceci, en appliquant une antisepsie rigoureuse. Enfin, à la dernière limite, il nous restera la résection de la tête.

Je n'ai pas besoin de dire qu'en passant de l'une à l'autre de ces formes d'intervention de plus en plus dangereuses et difficiles, à succès de plus en plus aléatoire, j'en discuterai de nouveau l'opportunité avec le malade et ne me déciderai que quand les responsabilités seront suffisamment sauvegardées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 octobre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre du commerce qui transmet à l'Académie des brochures relatives à la statistique des vaccinations pratiquées à Naples ;

2° Une lettre du ministre de la guerre qui transmet le tome V des *Archives de médecine et de pharmacie militaires.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Gustave Krebs de Solingen, Nordwall, relative à un remède contre le choléra;

2° De nouvelles lettres de MM. Onimus et Coursserant sur l'application de l'électrolyse à la pénétration des remèdes dans l'économie ;

3° Plusieurs mémoires pour les prix.

M. JULES GUÉRIN demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. Besnier, dit-il, en présentant mardi dernier le rapport de M. Teissier (de Lyon) sur l'état sanitaire de cette ville en 1884, a signalé d'une façon particulière l'absence, pendant cette année, de toute constitution prémonitoire ou préépidémique, malgré l'existence de 27 cas de choléra disséminés dans les différents quartiers de la ville.

Cette déclaration méritait, à cause de la contradiction qu'elle semblait contenir à la règle aujourd'hui bien établie de la précession d'une constitution prémonitoire antérieure à la manifestation du choléra, une attention exceptionnelle. Aussi me suis-je empressé de rechercher comment et dans quels termes cette exception pouvait avoir été établie.

Or voici comment, après avoir formulé sa proposition, M. Teissier s'exprime :

« En y regardant de très près, il semble que certains quartiers de la cité ont été plus maltraités que les autres; et, bien que le choléra, nulle part, ne puisse être considéré comme constituant un foyer épidémique, il est quelques points de la ville qui devront être spécialement mentionnés...

« Il y a donc eu une constitution gastro-intestinale particulière, cela est incontestable ; mais cette constitution spéciale n'a pas les caractères d'une constitution prémonitoire, puisque, loin d'être antécédente, elle a été seulement concomitante des cas de choléra qui se sont développés simultanément... »

Je m'abstiens de tout commentaire et laisse à chacun de décider jusqu'où l'auteur a pu concilier son observation restrictive avec la déclaration positive de la non-existence d'une constitution médicale préépidémique du choléra de Lyon pendant 1884.

Je relève encore cette assertion qu'en 1832 et 1835 la ville de Lyon aurait joui d'une immunité complète, alors qu'il a été bien établi, à ces époques, que pendant ces deux épidémies, la ville de Lyon proprement dite avait été en proie à la cholérine, tandis que le choléra commun régnait dans des faubourgs.

LECTURES

Occlusion de la plaie cornéenne après la cataracte. — M. GALEZOWSKI donne lecture de la note suivante sur l'occlusion immédiate de la plaie cornéenne après l'extraction de la cataracte à l'aide de rondelles de gélatine.

Il y a trois ans, j'ai eu le premier l'idée d'abandonner la méthode allemande d'extraction de la cataracte et de revenir aux principes de l'école française, c'est-à-dire à l'opération sans iridectomie. Ce mode opératoire m'a donné d'excellents résultats, et je ne doute pas qu'il ne soit bientôt généralement adopté.

Mais il ne faut pas oublier que le succès dépend aussi du pansement post-opératoire, car la suppuration du lambeau cornéen peut survenir par l'infection de la plaie au contact des larmes, qui contiennent des *masses de zooglées* et d'autres microbes, comme

cela vient d'être démontré par Henri Pouey et Joachim de Salterain.

Pour empêcher ce contact et maintenir la plaie en coaptation, je la recouvre maintenant avec de larges rondelles de gélatine collante combinée avec la cocaïne et le sublimé. Cette matière, qui a été préparée par M. Wurtz, pharmacien, ne se dissout dans l'œil qu'au bout de huit à quatorze heures, selon son épaisseur, ce qui permet à la plaie de se réunir par première intention et empêche sa suppuration.

On verra, par les échantillons de la gélatine que je fais passer sous vos yeux, que cette matière est très flexible, surtout lorsqu'elle est préalablement ramollie dans l'eau tiède, et elle reste en contact avec la cornée et la conjonctive sans y provoquer la moindre trace d'irritation, ainsi que j'ai pu m'en assurer sur quatorze de mes opérés, chez lesquels j'ai appliqué ce pansement depuis plus d'un mois.

— L'ordre du jour appelle M. Germain Sée à la tribune pour la suite de sa communication sur les causes et le traitement de l'obésité, la nature et le traitement des infiltrations et des transformations graisseuses du cœur.

Causes et traitement de l'obésité. — M. GERMAIN SÉE: 1° Le régime physiologique comprend 120 à 130 grammes de principes azotés (provenant de 250 à 300 grammes de chair musculaire ou d'albuminates), 100 à 120 grammes de graisse neutre, plus 250 grammes d'hydrocarbures fournis par 300 à 400 grammes de fécule ou de sucre. Ces proportions doivent être modifiées de façon que les substances musculo-albumineuses ne dépassent pas sensiblement la ration normale, car la viande en excès, en se dédoublant, formerait elle-même la graisse; les corps gras, faciles à digérer, peuvent sans inconvénient être utilisés à la dose de 60 à 90 grammes; les hydrocarbures seront réduits au minimum; quant aux aliments herbacés, ils ne contiennent rien de nutritif.

2° Les boissons, loin d'être supprimées, seront augmentées pour faciliter la digestion stomacale et pour activer la nutrition générale; mais il faut supprimer les liquides alcooliques, la bière surtout, ainsi que les eaux minérales comme usage habituel. Elles seront toutes remplacées par les liquides caféiques et surtout par les infusions chaudes de thé.

3° Les exercices musculaires, quels qu'ils soient, s'imposent à l'obésité. Je fais abstraction de l'équitation, qui n'est qu'un exercice passif.

4° Les sudations, les bains de vapeur, les bains chauds et surtout l'hydrothérapie peuvent présenter quelques avantages.

5° Parmi les médications les plus utiles sont les iodures à très petites doses, les eaux chlorurées-sodiques qui n'agissent que temporairement. Les eaux et les préparations alcalines, si puissantes contre les diabétiques, n'ont pas d'action précise dans l'obésité vulgaire. Toute autre médication est au moins inutile.

Nature et traitement des infiltrations et des transformations graisseuses du cœur. — 1° Il existe deux sortes d'états graisseux du cœur : l'un, l'infiltration graisseuse, se rattache par ses caractères et par son mode de production à l'obésité générale; l'autre, plus grave, constitué par une transformation graisseuse ou fibro-graisseuse du muscle cardiaque, reconnaît ordinairement des causes locales, sans qu'il y ait souvent le moindre signe d'embonpoint. Parmi les causes locales, figure en première ligne la sclérose ou le rétrécissement des artères coronaires; cette induration artérielle, compagne de l'artério-sclérose générale, produit les phénomènes de l'asthme cardiaque et, en outre, très souvent ceux de l'angine de poitrine, marchant de pair ou alternant chez ces malades, dont la plupart sont des goutteux, vieux avant l'âge, des syphilitiques encore jeunes, des alcooliques de tous âges, des vieillards anticipés ou vrais.

2° Chez les obèses dont le cœur est infiltré de graisse, le régime solide et liquide sera exactement le même que celui de l'obésité. Mais les exercices musculaires exigent les plus sévères précautions. Il est démontré, en effet, qu'à moins d'être violents et de consister dans de véritables ascensions rapides, ils ne présentent aucune espèce d'avantage. Il est démontré aussi par M. Marey que la musculation intense déprime la tension des vaisseaux; ils ne semblent donc indiqués que dans les hypertrophies du cœur, et celles-ci ne tardent pas à se transformer en un état graisseux ou fibreux des fibres musculaires; dès lors, la pression vasculaire a plus besoin d'être soutenue que dépréciée.

3° Quand le muscle cardiaque est ainsi dégénéré en tissu fibro-graisseux, et à plus forte raison quand il l'est primitivement, ni le régime, ni les boissons, ni les exercices de l'obèse n'ont de raison d'être; ce sont des cardiaques graves qui exigent d'autres soins.

4° Dans tous les cas de transformations et même d'infiltrations graisseuses, le traitement par les eaux minérales, par les bains chauds, les sudations et surtout par l'hydrothérapie, se trouve contre-indiqué. La même réflexion s'applique à la méthode des émissions sanguines qu'on peut appeler historiques, ainsi qu'à la médication appelée révulsive, qu'on doit appeler aussi physiologique; les vésicatoires, les pointes de feu, les cautères, ne peuvent rien contre les dégénérescences, contre les états régressifs du cœur qu'on traite encore comme des inflammations.

5° A défaut d'indications générales, on a imaginé la thérapeutique étiologique, basée sur la vie sédentaire, le défaut d'air, la continence ou les excès, les abus intellectuels, et enfin la diathèse arthritique. Or on aura beau recommander la marche au grand air, la sobriété génitale, la modération dans le travail intellectuel, on n'obtiendra rien ni en principe ni en fait. Quant à la goutte, on ne peut l'atteindre puisqu'elle remonte aux parents, et que, si elle existe chez les cardiaques, elle rentre de plein droit dans l'artério-sclérose générale ou coronaire.

6° Au contraire, le lait, les iodures, les cardio-toniques, comme les digitaliques à doses fractionnées, la convalla marine, sont indiqués de toutes façons, mais exigent une manipulation discrète.

7° Le traitement de l'asthme cardiaque réclame les mêmes moyens diversement combinés avec certains médicaments anti-asthmatiques, tels que la pyridine en inhalations, la morphine en injections.

8° Le traitement de l'angine de poitrine (angine cardiaque) est à reviser. L'enquête devra porter sur les nitrites anciennement préconisés et les iodures récemment vantés par M. Huchard.

Hypermétropie. — M. GIRAUD-TEULON donne lecture d'un travail intitulé : *Considérations pratiques sur l'hypermétropie.*

PRÉSENTATION

M. TERRILLON présente un lipome volumineux (55 livres) de l'abdomen inclus dans le mésentère, dont il a pratiqué l'énucléation avec succès.

Aujourd'hui, huit jours après l'opération, le malade est aussi bien que possible, malgré quelques phénomènes d'affaiblissement dus à une diarrhée qui a persisté quelques jours.

A quatre heures trois quarts, la séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Nouveau forceps à cuillers réductibles de M. le docteur Henri Hamon (1).

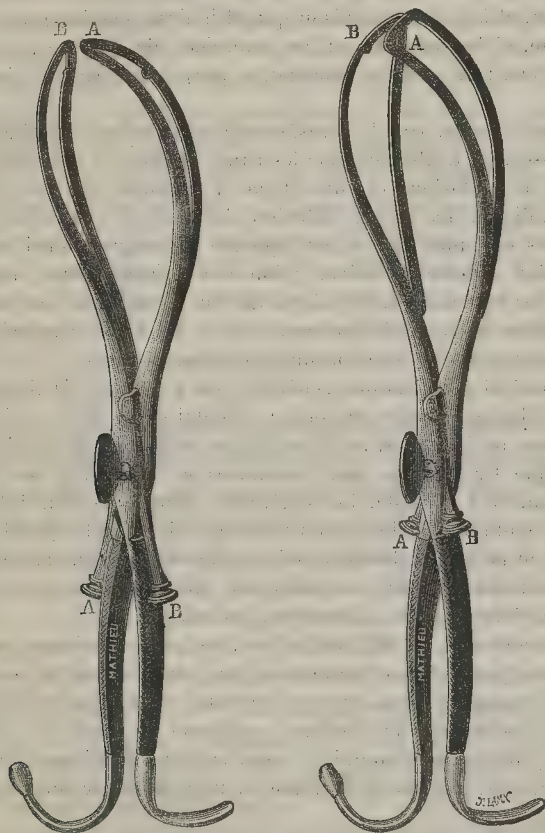
Le nouveau forceps construit par M. Mathieu, sur les indications du docteur Henri Hamon, présente à l'extrémité de la cuiller une double articulation qui permet aux deux rubans d'acier formant la cuiller de venir se mettre presque au contact, de façon que l'instrument ainsi réduit n'offre plus que 1 centimètre 1/2 de largeur à l'extrémité et 3 centimètres à l'endroit du plus fort renflement.

Une tige qui glisse le long de chaque branche et se termine par un bouton faisant cran d'arrêt permet, une fois l'instrument arti-

(1) Présenté à l'Académie de médecine le 29 septembre 1885.

culé, de lui rendre sa forme première par un mouvement d'impulsion en avant. La largeur de la cuiller est alors de 6 centimètres.

L'extrémité mobile, en se développant, suit exactement le même trajet que si elle était guidée sur les doigts. Elle ne peut donc produire ni lésion ni contusion des parties molles de la mère ou du fœtus.



Les avantages de ce nouveau forceps sont les suivants :

1° Possibilité de l'appliquer avec une dilatation moindre du col, quand, malgré les règles établies, il y a nécessité d'intervenir de bonne heure.

2° Dans les cas si fréquents où, une fois la première branche en place, on éprouve de la difficulté ou de l'impossibilité à passer la seconde, cette manœuvre est singulièrement facilitée dans le nouveau forceps, avec lequel un ou deux doigts suffisent à guider dans le col une cuiller, dont la largeur est diminuée de plus de moitié.

3° On arrive plus vite et plus facilement à présenter la mortaise à la vis d'articulation, la cuiller contournant plus aisément la tête.

4° Lorsqu'il y a du gonflement, de l'irritation, ou une sensibilité exagérée de la vulve, l'application de l'instrument est beaucoup moins douloureuse qu'avec le forceps ordinaire.

5° N'ayant plus à se préoccuper de la largeur des cuillers comme obstacle à leur introduction, on pourra leur donner une largeur suffisante, permettant de bien embrasser la tête du fœtus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Paris vient de faire une grande perte en la personne de M. Ch. Robin, professeur d'histologie, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, sénateur, mort subitement hier matin, 6 octobre 1885, à Josseron (Ain), à l'âge de soixante-cinq ans.

Nous ne parlerons pas aujourd'hui des nombreux travaux de notre éminent maître, devant lui consacrer une notice dans un de nos prochains numéros.

— Par décret en date du 30 septembre 1885, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après :

Au grade de médecin principal de première classe. — (Choix.) M. Delahousse, médecin-chef de l'hôpital de Bayonne. — Est affecté à l'hôpital de Toulouse comme médecin-chef.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — (Choix.) M. Gentit, médecin-major de première classe à l'hôpital du Gros-Caillou. — Est affecté à l'hôpital de La Rochelle comme médecin-chef.

Au grade de médecin-major de première classe. — (Choix.) M. Coustan, médecin-major de deuxième classe au 122e d'infanterie. — Est maintenu au même régiment.

M. Kopff, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital Saint-Martin. — Est affecté au 76e d'infanterie.

(Choix.) M. Rigal, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux de Tunisie. — Est affecté au 105e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. de Mersseman, aide-major de première classe au 23e dragons. — Est affecté au 36e d'infanterie.

M. Leneveux, aide-major de première classe au 11e d'artillerie. — Est affecté au 133e d'infanterie.

(Choix.) M. Cahier, aide-major de première classe au 4e tirailleurs algériens. — Est maintenu au même régiment.

M. Joannet, aide-major de première classe au 2e spahis, au Tonkin. — Est affecté aux ambulances du corps du Tonkin.

— Par décision ministérielle, en date du 30 septembre 1885, ont été désignés pour le corps du Tonkin :

M. le médecin principal de deuxième classe, Morisson;

MM. les médecins-majors de première classe, Mathias, Demmler, Moty;

MM. les médecins aide-majors de première classe, Gaillard, Véron, Boucher, Bernard;

M. le pharmacien aide-major de première classe, Massie;

M. le pharmacien aide-major de deuxième classe, Puaux.

— Par décision ministérielle du 30 septembre 1885, ont été désignés :

M. le médecin principal de deuxième classe Albert, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Limoges.

M. le médecin principal de deuxième classe Schaumont, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de Bayonne.

MM. les médecins aides-majors de première classe Uffoltz, pour les ambulances du corps du Tonkin; Mesnier, pour le 2e spahis, au Tonkin.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions du premier trimestre de l'année scolaire 1885-1886, sera ouvert le jeudi 15 octobre 1885. Il sera clos le samedi 21 novembre, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et de deuxième année de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 15, vendredi 16, samedi 17, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23, samedi 24, mercredi 28, jeudi 29, vendredi 30 octobre, et les mercredi 4, jeudi 5 et vendredi 6 novembre.

La neuvième inscription de doctorat sera délivrée aux mêmes jours.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les jeudi 12, vendredi 13, mercredi 18, jeudi 19, vendredi 20 et samedi 21 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et qua-

trième années de doctorat et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du mardi 10 novembre 1885.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre de l'année scolaire 1884-1885. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du lundi 12 octobre, les lundis et les mardis de chaque semaine, de midi à trois heures. En ce qui concerne le premier examen de doctorat (nouveau régime) et les examens de fin d'année, les bulletins de versements ne seront délivrés que le lundi 12 et le mardi 13 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet dernier. Les consignations pour examen de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale.

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant seize inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen de la Faculté, sur leur demande écrite : 1° les étudiants ayant seize inscriptions ; 2° les docteurs français ; 3° les docteurs et étudiants étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

Les cartes d'étudiant en médecine, pour l'année scolaire 1885-1886, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

— Un concours pour la nomination à deux places de médecin-adjoint et deux places de chirurgien-adjoint des hôpitaux civils de Toulouse, s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de cette ville, le lundi 16 novembre 1885, à midi, pour entrer en fonctions le 1er janvier prochain.

Le registre d'inscription, ouvert dès ce jour, sera clos le samedi 31 octobre 1885 au soir.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Tayon, professeur de zootechnie à l'École nationale d'agriculture de Montpellier, décédé ces jours derniers à l'âge de trente-deux ans.

— M. le docteur Tuffier, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera à l'École pratique, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques, à partir du mardi 20 octobre 1885, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques.

Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves. Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les élèves qui désirent suivre ce cours devront se présenter le plus tôt possible, à partir du lundi 12 octobre 1885, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, de une heure à quatre heures, au bureau du chef du matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18408.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la pseudo-paralysie syphilitique (maladie de Parrot).

Dans notre dernière Revue clinique, à l'occasion d'un travail récent sur les manifestations de la syphilis sur la voûte du crâne, nous rappelions les beaux travaux sur la syphilis infantile héréditaire qui ont marqué le trop court passage du professeur Parrot à la clinique de l'hospice des Enfants-Assistés, et en particulier ses recherches anatomo-pathologiques si remarquables sur les lésions craniennes de la syphilis héréditaire précoce. C'est d'une autre série de faits appartenant au même ordre pathologique et qui ont été de sa part l'objet d'une étude aussi attentive, de la pseudo-paralysie syphilitique infantile, que nous nous proposons aujourd'hui d'entretenir nos lecteurs.

L'affection que Parrot a décrite sous ce nom et à laquelle on a proposé depuis de donner son nom (maladie de Parrot), — ce à quoi nous souscririons volontiers pour notre part, — a été, il y a deux ans, à la Société médicale des hôpitaux, le sujet d'une discussion dans laquelle se sont produits plusieurs faits qui confirmaient l'exactitude des observations et des vues de ce professeur sur ce sujet. A peu près à la même époque, M. le docteur Ferdinand Dreyfous observait de son côté un cas de ce genre terminé par la guérison. Rapprochant ce fait de quelques-uns de ceux qui ont été publiés depuis, tant en France qu'à l'étranger, il en a saisi l'occasion de compléter sur quelques points l'histoire clinique de cette affection, dont la description était encore, en 1883, assez incomplète, pour que M. Millard ait pu dire alors que beaucoup de cas de ce genre devaient passer inaperçus.

Voici quelques-uns des traits principaux de la symptomatologie, que nous empruntons à l'excellent travail que M. Dreyfous a inséré récemment dans la *Revue mensuelle de médecine*.

La pseudo-paralysie syphilitique se présente sous l'apparence d'une paralysie absolue, flasque, plus ou moins étendue, mais portant exclusivement sur les membres, sans troubles de la sensibilité cutanée, sans perte de la réaction électro-musculaire, accompagnée de douleurs vives et d'une tuméfaction plus ou moins apparente des extrémités osseuses.

Le membre paralysé ne peut exécuter aucun mouvement spontané ou provoqué, — on vient d'en voir la raison. — Le membre supérieur, par exemple, ne peut exécuter ni la flexion, ni l'extension du coude, ni l'adduction ou l'abduction de l'épaule. Abandonné à lui-même, il pend le long du tronc. Cependant les mains et les doigts peuvent exécuter quelques mouvements, ce qui, par parenthèse, confirme l'intégrité de la contractilité musculaire.

Les membres sont flasques et inertes. En soulevant le membre thoracique, on le voit retomber comme une masse inerte. Si on soulève l'enfant, les membres pelviens pendent et oscillent à toute secousse. Cette flaccidité et cette inertie des membres, tout à fait analogues à ce que l'on voit dans la paralysie diphthéritique ou dans la paralysie spinale infantile, contrastent avec ce qui a lieu dans les affections articulaires ou péri-articulaires douloureuses, qui sont généralement accompagnées d'un certain degré de contracture musculaire. Pour donner une idée de cet état, M. Dreyfous le compare à ce qui se passe lorsque, sans cause connue ou appréciable, on s'aperçoit tout à coup qu'un enfant a brusquement perdu l'usage d'un de ses membres. On remarque souvent alors en le déshabillant que la cause unique de cet accident est une épingle mal fixée qui blesse l'enfant. L'épingle enlevée, la paralysie cesse aussitôt. Il s'agit là, en effet, comme dans le cas de pseudo-paralysie syphilitique, d'une impotence partielle avec flaccidité produite par une douleur.

Le nombre des parties affectées est variable ; il est rare qu'il n'y ait, comme dans le cas de M. Roques, qu'un seul membre affecté. Le plus ordinairement, deux membres au moins sont frappés simultanément ou successivement. Le plus souvent, la paralysie est symétrique (onze fois sur quinze), elle occupe les deux membres supérieurs (dix fois); plus rarement, les deux membres inférieurs.

En général, lorsque les membres inférieurs sont paralysés, les membres supérieurs ne tardent pas à le devenir à leur tour. Avec la paraplégie apparente, coexiste une monoplégie brachiale (fait de M. Troisier, et l'une des observations de Parrot). Enfin on a vu, dans quelques cas, notamment dans les observations de MM. Guéniot, Parrot et Porak, les quatre membres atteints à la fois.

Quelle que soit sa distribution, la pseudo-paralysie syphilitique reste toujours limitée aux membres.

Les membres frappés ainsi d'impuissance conservent tou-

jours leur sensibilité et leur réaction électrique. C'est là ce qui distingue essentiellement cette pseudo-paralysie de la paralysie infantile.

Cette paralysie ne s'accompagne point de phénomènes fébriles; la maladie évolue d'un bout à l'autre sans fièvre. Son début est insidieux, latent, et ne rappelle en rien la période pyrétique initiale de la paralysie infantile.

En même temps que la paralysie, le petit malade peut présenter d'autres manifestations syphilitiques; c'est même ce qui a lieu le plus souvent (dix fois sur dix-sept observations) et ce qui aide le diagnostic. Dans le cas de M. Dreyfous, la mère n'accusait chez son enfant que la paralysie du bras. Mais notre confrère, après avoir constaté la tuméfaction de l'humérus, qui le fit penser déjà à la pseudo-paralysie syphilitique, ayant fait déshabiller l'enfant, trouva sur son corps quelques papules arrondies, dont la forme et la coloration étaient suffisamment caractéristiques.

La marche de cette affection est presque fatalement progressive. Sa durée est variable. Sa terminaison de beaucoup la plus fréquente est la mort (onze fois sur les dix-huit observations groupées dans ce travail). Le premier cas de guérison publié en France est celui de M. Millard, auquel est venu s'ajouter bientôt celui de M. Roques; celui de M. Dreyfous est le troisième. Il a été publié plusieurs exemples de guérison à l'étranger, entre autres ceux des docteurs Kack, Behrend, Henoch.

M. Dreyfous distingue trois formes de la maladie.

Tantôt, dit-il, la syphilis est connue, et c'est chez un petit syphilitique avéré que survient la paralysie. Elle apparaît alors comme une manifestation de la syphilis, comme une paralysie spécifique.

Tantôt elle semble avoir une origine traumatique évidente. On ne voit que la fracture ou le déplacement. Le rôle de la syphilis risque d'être méconnu. La paralysie apparaît dans ce cas comme la conséquence d'un traumatisme.

Tantôt enfin, la syphilis est et reste ignorée; on n'en trouve aucune manifestation, ni aucun stigmate sur l'enfant. Ce sont les cas de ce genre qui ont pu être confondus avec la paralysie infantile.

C'est sous ces trois chefs que M. Dreyfous classe les observations qu'il rapporte dans son travail, et dont quelques-unes sont déjà ou doivent être connues de nos lecteurs, telles que l'observation de Valleix (la première en date, elle est de 1834); la première observation de Parrot, publiée dans les *Archives de physiologie* de 1871-1872; une observation de Charrin (de Lyon), publiée en 1873 dans la *Gazette médicale*; les cas de M. Millard, de M. Troisier et de M. Roques, communiqués à la Société médicale des hôpitaux en 1883; enfin le sien propre, auxquels viennent s'ajouter quelques faits recueillis à l'étranger.

Relativement à l'étiologie, les recherches de M. Dreyfous ont porté sur l'âge, sur la syphilis des parents.

Dans les observations où l'âge a été noté, on la rencontre deux fois à la naissance, une fois au dixième jour, une fois au quatorzième, une fois au vingtième, deux fois à cinq semaines, une fois à sept semaines, deux fois à deux mois, une fois à deux mois et demi, une fois à onze semaines, deux fois à quelques mois.

Les renseignements sur la syphilis des parents manquent le plus souvent.

Au point de vue de la pathogénie de la pseudo-paralysie, c'est manifestement la solution de continuité des os qui a la plus grande part; mais elle n'est pas la cause unique de l'impuissance. Il y a une part à faire à la douleur que provoquent les contractions musculaires. Il faut enfin y joindre un troisième élément, une sorte de parésie réflexe consécutive au traumatisme, qui constituerait à elle seule l'absence de mouvements, dans les cas où la douleur et l'écartement des os viendraient à manquer.

C'est sur ces données que repose le diagnostic : l'âge des sujets, les douleurs, les lésions osseuses et le gonflement des épiphyses, la persistance de quelques légers mouvements des doigts, la marche de la paralysie, l'état général du sujet, les résultats de l'enquête sur les antécédents et sur l'état actuel des parents.

Le pronostic, toujours très grave, dépend toutefois jusqu'à un certain point du milieu où se trouvent placés les enfants. A l'hospice des Enfants-Assistés, la mort est la terminaison à peu près constante. En ville, où ils sont placés dans des conditions hygiéniques bien meilleures, on obtient des guérisons. Il dépend aussi de l'époque où la maladie a été reconnue. Dans les cas où la guérison a été obtenue, notamment dans le fait de M. Millard et celui de M. Dreyfous, la maladie ne datait que de dix jours et de six jours. Le traitement, dans ces cas, a été celui de la diathèse syphilitique, aux doses appropriées à l'âge des petits malades. Soit : une cuillerée à café de sirop de Gibert, administré en une seule fois ou en deux fois. M. Millard y a ajouté des bains de sublimé (à la dose de $0^{gr},50$). Les enfants supportent bien le sirop. Le petit malade de M. Dreyfous a eu au début du traitement un peu de diarrhée, qui a cédé facilement à l'emploi de l'eau de chaux. L'amélioration dans ces deux cas s'est montrée assez rapidement, au bout de quelques jours, et la guérison a été obtenue en quelques semaines. Mais il faut se garder de cesser le traitement; il doit être continué très longtemps, pendant plusieurs années même, avec des intervalles de repos, suivant le conseil de M. Millard.

Enfin l'alimentation de l'enfant doit être dirigée et surveillée avec grand soin. L'allaitement maternel, à la condition de soumettre la mère au traitement spécifique, devra être préféré. A défaut, on aura recours à l'allaitement artificiel. C'est surtout par une bonne alimentation et par l'observation rigoureuse d'une bonne hygiène qu'on peut le mieux assurer l'effet de la médication.

Traitement du choléra par l'eau.

Nous recevons de M. le docteur Degoix la communication suivante qui trouve sa place ici, parmi les documents de l'enquête ouverte sur le choléra et sur son traitement.

« Plusieurs journaux ont rapporté le fait suivant : — A l'hôpital Bon-Rencontre (de Toulon), un malade atteint de choléra, ayant trompé la surveillance des infirmiers, a avalé une cruche d'eau chaude destinée à le réchauffer, et, à la suite des vomissements provoqués par cette grande quantité d'eau, les traces de la maladie ont disparu. — Ce n'est pas la première fois que des ingestions abondantes de liquide ont amené la guérison chez des cholériques. (Nos lecteurs connaissent à cet égard les nombreuses communications que nous avons reçues, dans le temps, de M. le docteur Netter, sur ce point de la thérapeutique du choléra) [*Gaz. des hôpit.*, 1872.]

Pendant l'épidémie de 1854 qui décima les populations de l'est, des villages de Franche-Comté perdirent jusqu'à 1/6 de leurs habitants. Le traitement des malades ne consistait guère qu'en l'administration de petites quantités de boissons très chaudes additionnées de doses élevées de lauda-

num. Malgré le dévouement des médecins de la localité et des étudiants envoyés des écoles de médecine, la maladie faisait des victimes si nombreuses que tout individu atteint était considéré comme perdu. A la terreur causée par l'épidémie, se joignit bientôt la peur du laudanum, et cette peur était telle qu'elle donna cours aux récits les plus étranges et les plus exagérés.

Cependant tous les malades n'ont pas succombé, et alors que l'épidémie était en pleine activité, il y eut des guérisons indépendantes de l'intervention des médecins. Comme le malade de l'hôpital Bon-Rencontre, les cholériques trompaient la surveillance des gardes-malades, et se précipitant vers un seau d'eau, buvaient, buvaient sans cesse pour éteindre le feu qui les dévorait, remplaçant ainsi, après chaque vomissement, le liquide évacué.

Pendant mon séjour à Pesmes, une des localités de la vallée de l'Ognon les plus éprouvées, j'ai pu m'assurer, en interrogeant ceux-là mêmes qui s'étaient ainsi sauvés, que ces cas de guérison étaient relativement assez nombreux dans cette localité et dans les villages de la circonscription. « J'étais dévoré par une soif ardente, me disait un de ces anciens cholériques, je demandais de l'eau, refusant obstinément la petite tasse d'infusion laudanisée que me présentait le médecin. Aussi, dès que je fus seul, en réunissant tous mes efforts, je pus me traîner vers deux arrosoirs d'eau et boire à satiété. Je bus ainsi vingt litres d'eau froide dans l'espace de quelques heures; le soir, les vomissements avaient cessé avec la diarrhée, j'étais sauvé. »

C'est là l'histoire de presque toutes les personnes que j'ai interrogées. Des malades se sont traînés jusqu'à la rivière dès les premiers vomissements, et là, couchés sur le bord, se sont gorgés de liquide; quelques-uns ne durent la vie qu'à la faiblesse de leur entourage, ne voulant pas leur refuser comme dernière consolation l'eau qu'ils demandaient.

En 1873, une épidémie de *choléra* ayant éclaté à Paris, dans le quartier des Ternes, le service de mon excellent maître M. Moutard-Martin, à l'hôpital Beaujon, reçut les femmes atteintes par l'affection. — M. Moutard-Martin était alors en congé. — Nombreux furent les décès, et, quand une malade avait résisté à la période algide, elle était le plus souvent emportée par la réaction à forme typhoïde. Sur ces entrefaites, M. Moutard-Martin revint prendre la direction de son service, et immédiatement remplaça tout traitement par l'eau, l'eau vineuse, la limonade, la bière et autres boissons froides au goût des malades, et en grande quantité; puis, si la période algide arrivait, un drap mouillé, enveloppant pendant dix ou quinze minutes les malades, amenait promptement une saine réaction. Tel fut le simple traitement grâce auquel les décès firent place à des guérisons.

M'inspirant de cet exemple et des observations fournies par les cholériques de 1854 que j'avais pu interroger, je n'ai pas institué d'autre traitement chaque fois que j'ai eu affaire à une cholérine ou à un cas de choléra nostras. Je n'ai fait qu'ajouter de la glace aux boissons, et quelquefois pratiquer des badigeonnages au collodion sur le creux de l'estomac et sur l'abdomen. Je n'ai eu qu'à me féliciter de ce mode de traitement.

Comment expliquer les guérisons produites par la seule ingestion de liquides en grande quantité?

1° D'après Koch, le bacille cholérique habitant exclusivement le tube digestif, les grands lavages de l'estomac répétés coup sur coup doivent certainement entraîner les bacilles au dehors et diminuer sensiblement leur nombre dans le tube digestif.

2° Les vomissements et la diarrhée des cholériques, ayant pour résultat immédiat la diminution de la partie liquide du sang et la suppression de la sécrétion des reins, engendrent la soif et l'empoisonnement urémique. Malgré la perversion des fonctions digestives, l'eau froide ingérée en grande quantité, agissant déjà par sa température pour retarder le vomissement, ne pourrait-elle être absorbée par quelque point moins malade du tube digestif, ou bien, par un phénomène d'endosmose, rendre au sang une partie du liquide perdu et maintenir sa circulation? »

Nous livrons les faits et les réflexions de notre confrère à l'appréciation de nos lecteurs.

LE CHOC EN RETOUR ET LE FOUDROIEMENT LATÉRAL (1)

Par M. le docteur F. Vincent (de Guéret),
Lauréat de l'Académie de médecine.

IX

OBJECTION DE M. COLLADON. — RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

I. Une objection, à laquelle je dois répondre, a été faite à cette théorie à la démonstration de laquelle je viens de consacrer les deux chapitres précédents. Elle est d'autant plus sérieuse qu'elle émane du savant déjà cité, aussi haut placé dans la science par ses importants travaux, que vient de couronner si dignement la direction scientifique de l'œuvre gigantesque du percement du Saint-Gothard, que par l'autorité qui s'attache au nom d'un des derniers survivants de cette glorieuse phalange de physiciens qui a illustré la première moitié de ce siècle et compté dans ses rangs Ampère, Œrstedt, Gay-Lussac, Wollaston, Arago, Faraday, etc.

« Ce que vous appelez le choc en retour, me dit M. Colladon, n'existe pas. La foudre se décharge sur les arbres et les plantes non pas en *trait d'étincelle*, mais en une *nappe* quelquefois très étendue qui se répand simultanément non seulement à la superficie extérieure d'un grand arbre, mais aussi, souvent, sur plusieurs arbres voisins.

« De même pour les animaux, dont un nombre considérable peut être atteint simultanément et directement.

« Cela explique les deux cas intéressants cités pages 41 et 44 de votre mémoire (*Observ. de Chier-du-Prat*), comment le tilleul 2 et le peuplier 3 ont reçu la décharge latérale, et le bœuf B^3 tué instantanément.

« De même les chênes C^1, C^2, C^3, C^4 et C^5 (*Observ. de Villameillas* avec figure, in *Contribution à l'histoire médicale de la foudre*) ont tous participé directement à la décharge électrique. »

Comme on le voit, cette objection repose sur une théorie de l'expansion latérale de l'électricité, particulière à l'auteur. Seulement au mot de *nappe* ci-dessus employé, il conviendrait de substituer celui d'*aigrette* volumineuse embrassant, par la base du cône qu'elle forme, un cercle qui peut être très étendu et englober plusieurs arbres. Le mot *nappe*, en effet, indiquerait l'expansion de l'électricité dans un seul sens, comme si l'éclair aplati se laminait en une large plaque très mince, tandis que le mot *aigrette* désigne une expansion conique dans tous les sens. Cette théorie du savant physicien de Genève est déduite d'observations nombreuses consignées dans son *Mémoire sur les effets de la foudre sur les arbres et les plantes ligneuses et l'emploi des arbres comme paratonnerre*, publié en 1872.

Dans ces observations, l'auteur a constaté que, toutes les fois que le tonnerre tombe sur un arbre, la partie supérieure de celui-ci reste intacte, que les lésions de la foudre ne commencent à apparaître sur le tronc qu'à la jonction des premières grosses

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 octobre 1885.

branches, et que, si un sillon est tracé de haut en bas dans l'épaisseur de l'écorce et du bois, sa largeur et sa profondeur augmentent, au niveau de chaque nouvelle branche, à la manière d'une rivière qui grossit à mesure qu'elle reçoit ses affluents. Lorsqu'un arbre présente deux mas, c'est-à-dire se divise au haut de la partie libre du tronc en deux branches principales, c'est souvent au niveau de cette bifurcation qu'apparaissent les premières lésions produites par le passage de l'électricité.

De ces faits, qui se produisent d'une manière à peu près constante, M. Colladon a conclu qu'à l'approche du sol l'éclair se pulvérise, en quelque sorte, pour embrasser une large surface, et lorsqu'un arbre est atteint, son feuillage commence par être couvert de cette pluie électrique qui, en se condensant successivement dans les ramuscules, rameaux et branches, finit par devenir un courant assez puissant pour lacérer le tronc.

Quand la foudre tombe dans un champ de vignes, sensiblement égales en hauteur et en volume, celles-ci sont grillées ou flétries dans une étendue circulaire variable de terrain; et ces lésions, qui *vont en s'atténuant du centre à la circonférence de ce cercle*, sont surtout sensibles vers l'extrémité des jeunes pousses les plus élevées. L'auteur induit de cette dernière circonstance que l'extrémité terminale des ceps est la première atteinte par la foudre, et, par suite, que, pour produire cet effet, l'éclair doit s'étaler, sur toute l'étendue du cercle, de la manière indiquée plus haut pour les grands arbres. Une autre induction, que nous aurons à utiliser plus loin, peut encore être tirée de cette catégorie d'observations faites sur des champs de vignes : c'est que l'aigrette électrique, si elle existe réellement, diminue de densité, et, par suite, de puissance du centre à la circonférence.

Quoique cette théorie soit déduite de faits bien observés par un homme dont le savoir et l'autorité donnent toute garantie, elle ne me semble pas, néanmoins, à l'abri de toutes objections, et il en est deux notamment qu'on peut lui opposer :

1° La première est qu'on n'a jamais vu ou, tout au moins, qu'on ne doit voir que très rarement, si j'en juge par mon expérience personnelle, même pendant l'obscurité profonde des nuits d'orage, cette immense aigrette, nécessairement lumineuse, formée par l'éclair épanoui à la manière d'une fusée arrivée au haut de son ascension, et qui devrait assez bien figurer en grand la gerbe de feu d'un bouquet d'artifice.

Cette objection est bien plus sérieuse que beaucoup de personnes ne le supposent peut-être au premier abord. C'est qu'en effet, dans ces conditions, il faut qu'une lumière soit bien faible pour n'être pas perçue, car on pourrait presque dire qu'au sein des ténèbres, une obscurité moins profonde devient de la lumière. Il suffit pour cela que la différence, qui constitue ce qu'ailleurs j'ai appelé *contraste*, soit saisie par l'organe de la vue, et nous en avons la preuve matérielle dans des faits bien divers qui sont d'observation journalière. Exemples :

A. Les yeux à tapis des animaux deviennent brillants dans l'obscurité, pour peu qu'elle ne soit pas trop profonde. Ici la faible lumière du dehors est concentrée, par les milieux réfringents de l'œil, sur cette partie de la choroïde appelée *tapis*, miroir concave qui la concentre à un degré plus élevé à son foyer. En vertu de cette double concentration, cette lumière intérieure, devenue plus vive que la lumière extérieure, forme avec elle un contraste perçu par l'observateur. Il y a cependant loin de cette phosphorescence de l'œil du chat, se produisant dans une obscurité incomplète, à la lumière électrique vue dans l'obscurité d'une nuit d'orage.

B. Le ver luisant, qui n'est point lumineux à la lumière diurne quelque voilée qu'elle soit, le devient aux dernières lueurs du crépuscule, et même au clair de la lune.

C. Il en est de même de l'auréole lumineuse des hauts fourneaux qui s'aperçoit de très loin à la lumière lunaire, n'importe à quelle phase de l'astre.

D. La moindre petite bluette du foyer, qui se ranime momentanément, éclaire l'appartement pendant la nuit.

E. Enfin, pour citer des phénomènes plus en rapport avec notre sujet, les faibles lueurs électriques, qui constituent le feu Saint-Elme ou qui se dégagent, dans un ballon vide d'air, des deux boutons en cuivre mis en communication avec les deux pôles d'une pile, deviennent visibles pour peu que l'obscurité se fasse. Il n'est pas jusqu'à la faible quantité d'électricité, qui se dégage du poil du chat frotté à rebours, qui ne donne une sensation lumineuse perceptible même à la lueur diffuse des braises du foyer éclairant l'appartement.

En présence d'effets lumineux si faibles produits dans des conditions de contraste si peu favorables, j'avoue qu'il m'est difficile de comprendre que la gerbe électrique, qui résulte de l'épanouissement de l'éclair, n'ait point encore été vue et signalée pendant l'obscurité profonde des nuits d'orage, soit que la foudre ait éclaté entre le nuage électrisé et un arbre ou un champ de vignes, ou bien entre celui-là et un autre nuage. Dans ce dernier cas, en effet, l'étincelle fulgurante doit se comporter, vis-à-vis du nuage foudroyé, comme elle est censée se comporter sur la terre vis-à-vis des arbres et des vignes.

Dans le cas où la diffusion de l'électricité ne se produirait qu'au moment où l'éclair touche le sommet de l'arbre, l'électricité, en passant de feuille à feuille, devrait nous donner en grand le spectacle du carreau étincelant, et ce phénomène n'a pas été plus signalé que le précédent.

2° L'absence d'effets lumineux n'est pas l'unique argument à faire valoir contre la théorie de M. Colladon. La plupart des accidents de la foudre, qu'il m'a été donné d'observer, viennent également la contredire. En voici quelques-uns :

A. Conchon, dont les lésions ont été sommairement décrites plus haut, donnait le bras à sa mère lorsque l'un et l'autre, abrités sous le même parapluie, reçurent le coup de foudre, au milieu d'une brande en pente douce, couverte d'ajoncs et de bruyère, loin des grands arbres, et, par suite, dans des conditions topiques assez analogues à celle des champs de vignes. L'éclair était si peu divisé, lorsqu'il atteignit sa victime et le sol, qu'il perça d'un trou rond, capable de recevoir le pouce, le parapluie et le chapeau, brûla les cheveux *seulement au niveau et aux alentours, dans une zone peu étendue*, du trou du chapeau, produisit du haut en bas, *uniquement à la région antérieure du corps*, la brûlure à des degrés divers, mais parfaitement limitée, déjà décrite, troua la botte à deux endroits et décrivit sur le sol, entre les touffes d'ajoncs et de bruyère, une traînée noirâtre de plusieurs mètres de long, présentant les mêmes capricieux zigzags que lorsqu'il sillonne l'air.

La mère, renversée avec perte de connaissance momentanée, put se relever, courir au village appeler au secours, et ne présenta aucune trace de brûlure. Ses habits sont intacts ainsi que ses cheveux, et, circonstance digne de remarque ici, chez son fils la chemise et les bas de laine qui touchent la peau sont brûlés, tandis que le paletot, le pantalon, le gilet et les tiges de bottes, plus extérieurs ne présentent rien de semblable. La bruyère et les ajoncs, autour du point foudroyé, sont intacts et sans lésions analogues à celles des vignes observées par M. Colladon. Assurément si tous ces êtres et objets avaient reçu la douche électrique en pluie du physicien de Genève, les effets auraient été tout autres : les habits, et surtout les plus extérieurs, et le parapluie, auraient été criblés de brûlures multiples ; la mère aurait éprouvé les mêmes lésions que le fils ; celles de ce dernier n'auraient point été limitées et circonscrites sur une seule région du corps ; enfin le sol et les plantes qu'il porte auraient subi le sort des vignes foudroyées et en auraient présenté l'aspect.

B. Dans l'accident de La Brionne, dont nous avons donné la relation détaillée, si les moutons éloignés de 30 mètres ont trouvé la mort au sein de cette expansion conique de l'éclair autour du tilleul foudroyé qui en occupe le centre, comment se fait-il que la famille Villard, réunie dans un appartement dont la porte est grande ouverte et éloignée de moins de 10 mètres du même arbre, ait à peine subi quelques impressions insignifiantes, et que le chien ait été seulement refoulé au milieu de la maison ? Ces personnes et cet animal se seraient pourtant trouvés plongés dans une zône électrique plus condensée que celle où les moutons ont succombé, puisque, ainsi que nous en avons fait l'observation

plus haut à propos des lésions des vignes, l'aigrette électrique diminue de densité et, par suite, de puissance, à mesure qu'on s'éloigne du centre.

C. A Chier-du-Prat, si les trois bœufs ont pu, à la rigueur, trouver la mort au sein d'un nuage de vapeur électrique, ainsi que le prétend M. Colladon, la même cause ne peut rendre raison de la mort du bœuf B^3, plus prompte que celle des bœufs B^1 et B^2; car, ici encore, c'est le contraire qui aurait dû se produire. Il en est de même de la large bande brûlée XX, qui existe du haut en bas du peuplier foudroyé et de l'excavation du sol qui lui fait suite, lesquelles ne peuvent s'expliquer par l'existence de l'aigrette électrique et laissent supposer que l'étincelle fulgurante ne s'est nullement divisée à l'infini.

A ces faits, que nous pourrions citer plus nombreux, si nous ajoutons que les effets de la foudre sur les vignes peuvent tout aussi bien s'expliquer par l'irradiation circulaire de l'électricité, dont l'intensité diminue en raison de l'élargissement du cercle et produit, autour du point foudroyé, sur des ceps égaux, à des distances égales, des lésions identiques, mais de plus en plus faibles, à mesure de l'éloignement, et que si les pousses terminales sont les plus lésées, c'est parce qu'elles sont les plus tendres, nous arrivons à cette conclusion que la théorie trop exclusive et, surtout, trop généralisée de M. Colladon, est loin de donner une explication satisfaisante de tous les faits. Je me garderai bien, cependant, de la contester d'une manière absolue, attendu que les observations sur lesquelles elle repose, et que nul n'a le droit de révoquer en doute, démontrent qu'elle doit être souvent applicable au foudroiement des arbres.

Mais ces mêmes observations démontrent aussi que, si l'éclair, à l'approche des arbres, se résout en nuage de vapeur électrique, en une immense aigrette qui peut embrasser plusieurs arbres à la fois, le faisceau électrique se reforme dans le tronc pour s'écouler dans le sol. Si le même éclair, à la manière d'un jet d'eau qui se pulvérise, se divise à l'infini à l'approche d'un arbre, sous l'influence de l'électricité de nom contraire dont celui-ci est chargé, reconstitué dans le tronc et arrivé au sol, il doit, sous la même influence, s'irradier en tous sens et se disséminer vers tous les points de celui-ci chargés d'électricité de nom contraire, en formant des courants plus intenses vers les objets où cette dernière, accumulée en plus grande quantité, exerce une attraction plus grande. Il en résulte que, lors même que la théorie de M. Colladon serait incontestable dans les limites indiquées plus haut, elle ne détruirait pas la mienne qui en deviendrait le complément obligé. L'objection du savant physicien perd, par suite, la plus grande partie de sa valeur, sinon toute.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 octobre 1885. — Présidence de M. Duplay.

COMMUNICATIONS

Signes tirés de la déformation des projectiles. — **M. Chauvel** fait un rapport sur une communication de M. Bousquet, relative aux signes que l'on peut tirer de la déformation des projectiles de guerre dans les cas de lésions osseuses. Après avoir rappelé les difficultés du diagnostic de ces lésions, l'insuffisance des renseignements fournis même par l'introduction du doigt, les réserves qui doivent être apportées dans cette introduction, M. Bousquet se demande si l'examen des balles extraites ne pourrait pas aider au diagnostic de ces lésions osseuses; il n'hésite pas à répondre par l'affirmative. En effet, les projectiles modernes subissent, en frappant le squelette, des déformations soit dans leur pointe, soit sur leurs parties latérales, déformations qui, étudiées dans leurs rapports avec les lésions osseuses trouvées à l'autopsie ou dans le cours d'opérations chirurgicales, peuvent aider à éclairer le chirurgien sur le siège, la nature et l'étendue de ces lésions osseuses. M. Chauvel, tout en adoptant cette manière de voir, ajoute qu'il faut avant tout s'assurer que la déformation du projectile n'est pas due à son choc sur une partie quelconque de l'armement ou de l'équipement du blessé.

Corps étrangers de l'urèthre et de la vessie; extraction par uréthrotomie externe et taille périnéale. — **M. Després** communique l'observation d'un malade chez lequel il a extrait, par l'uréthrotomie externe, une épingle recourbée dans la vessie, et, un mois après, par la taille périnéale, un morceau de bois de la vessie. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 897.) Un mois après l'époque où cette observation a été publiée dans la *Gazette*, c'est-à-dire le 2 septembre, alors que le malade était complètement guéri de sa première opération, M. Després fit la taille périnéale, prérectale, introduisit le doigt dans la vessie et sentit parfaitement le morceau de bois placé en travers; il fit dans la vessie une injection à grande eau et le corps étranger sortit de lui-même. Il n'y eut aucun accident immédiat ni consécutif; M. Després pansa ce malade avec des cataplasmes et la guérison complète était obtenue vingt-huit jours après l'opération. La température ne s'est pas élevée au-dessus de 38 degrés. Le malade n'a eu que de légères coliques néphrétiques.

En terminant, M. Després rappelle la préférence qu'il a toujours marquée pour la taille hypogastrique dans les cas de calculs un peu volumineux; mais lorsqu'il s'agit de petits corps étrangers, comme dans ce cas, il pense que la taille périnéale peut être avantageusement pratiquée.

M. Le Dentu dit que l'observation de M. Després vient à l'appui de l'opinion qu'il a soutenue relativement aux avantages de la taille périnéale dans certains cas particuliers. Toutefois il fait observer que, dans le cas que vient de rapporter M. Després, la première opération qu'il a pratiquée, l'uréthrotomie externe, aurait probablement suffi pour l'extraction du second corps étranger, et qu'il n'était peut-être pas nécessaire de recourir à une seconde intervention.

M. Berger appuie l'observation de M. Le Dentu et rappelle avoir extrait un tuyau de pipe par une simple dilatation uréthrale.

M. Després répond à MM. Le Dentu et Berger que la simple boutonnière périnéale suffit quand il s'agit de corps étrangers pouvant être facilement saisis, comme une sonde, un tuyau de pipe, etc. Mais ici il s'agissait d'un très petit morceau de bois qui eût été très difficile à saisir, parce qu'il est impossible, avec le doigt, de dilater l'urèthre dans une assez grande étendue.

Abcès pulmonaire, incision. — **M. Guermontprez** (de Lille) fait une communication sur un cas d'abcès pulmonaire adhérant aux neuvième et dixième côtes, traité avec succès par l'incision et le grattage. (Comm. : MM. Delens, Bouilly et Lucas-Championnière.)

La séance est levée.

NÉCROLOGIE

Le professeur Charles Robin.

La mort de M. le professeur Ch. Robin, que nous avons annoncée dans le dernier numéro, est une perte considérable pour la science française. Elle perd en lui un de ses plus illustres représentants. Depuis ses débuts dans la carrière scientifique, en 1846, année où il soutint sa thèse sur les fermentations, Ch. Robin n'a cessé de tenir le public médical en haleine par ses publications incessantes sur des questions d'anatomie générale, d'anatomie comparée et de zoologie, qui n'ont pas tardé à l'élever graduellement à la haute situation de chef d'école et de maître incontesté de la science histologique française, dans laquelle il s'est maintenu jusqu'à sa dernière heure, et qui lui vaudra, à partir d'aujourd'hui, une des premières places dans l'histoire médicale de notre temps. Énumérer les immenses travaux accomplis par Ch. Robin dans

cette période relativement trop courte de sa laborieuse existence, si brusquement interrompue, serait sans doute le meilleur moyen de payer à sa mémoire le tribut qui lui est dû; mais ce serait une tâche impossible. Nous allons essayer cependant d'en présenter un rapide résumé en les groupant sous les trois chefs principaux qui ont été l'objet de ses innombrables recherches: l'anatomie générale, l'anatomie comparée et la zoologie.

L'idée de la structure intime des organes ayant été son principal objectif, comme le point de vue le plus élevé dans les sciences anatomiques, il en a fait découler les notions qu'il a introduites plus tard dans l'anatomie comparée et dans la zoologie.

En anatomie générale, il a examiné d'abord le mode général de distribution de chaque tissu, sous forme de système organique. Il a étudié l'arrangement réciproque des parties élémentaires qui forment les tissus par leur association. Cet ordre d'observations l'a conduit à mettre en lumière la structure intime des glandes thyroïdes et du tissu des appareils électriques chez les poissons, celle des ganglions nerveux périphériques des vertébrés, de la vésicule ombilicale des mammifères, celle des muqueuses, des artères, des os, etc.

Cherchant à déterminer la nature des tissus et des organes par la connaissance de leurs éléments anatomiques, il a été amené à découvrir plusieurs de ces derniers et à en mieux faire connaître d'autres, tant dans la moelle des os que dans les nerfs, les glandes, etc. De ces recherches, il est résulté la connaissance de ce fait, que chaque espèce d'élément anatomique naît, se développe, se nourrit à sa manière et possède quelque propriété physiologique spéciale.

Portant ensuite son attention sur le lieu, l'époque et le mode d'apparition des organes et de leurs parties élémentaires, il a dû faire des observations d'embryogénie comparée sur les ovules, les corpuscules fécondateurs, les fibres musculaires, les cellules adipeuses, sur la composition immédiate des humeurs, et celle des derniers éléments que la dissection peut isoler par dissociations mécaniques.

Dans l'ordre de ces travaux d'anatomie générale, nous citerons particulièrement ses premiers mémoires sur la structure des ganglions nerveux des vertèbres et du système nerveux périphérique, qui constituent en quelque sorte l'initiation à ses études; ses mémoires sur l'existence d'un œuf ou ovule chez les mâles comme chez les femelles des végétaux et des animaux; sur le développement des spermatozoïdes, des cellules et des éléments anatomiques des tissus végétaux et animaux; sur le développement des éléments anatomiques en général, et celui des vésicules adipeuses en particulier; sur la naissance et le développement des éléments musculaires; sur quelques points de l'anatomie et de la physiologie des globules rouges du sang; sur l'anatomie et la physiologie des leucocytes; sur la structure des capillaires de l'encéphale; sur le périnèvre; sur les corpuscules du tact; sur le développement de la substance et du tissu des os; sur les ostéoplastes; sur l'état strié des fibres élastiques; ses mémoires pour servir à l'histoire anatomique et pathologique de la membrane muqueuse utérine, de la caduque; sur les connexions anatomiques et physiologiques du placenta avec l'utérus; sur la structure intime de la vésicule ombilicale chez les mammifères, etc.

Ses études sur la structure du pancréas; sur une espèce particulière de glande de la peau de l'homme; sur la structure des artères et leur altération sénile, etc., etc.

Ses recherches sur les rapports de l'anatomie générale avec les autres branches de l'anatomie; sur la substance organisée et l'état d'organisation; sur l'endosmose et sur quelques autres propriétés physiques et chimiques de la substance organisée; ses observations sur la constitution du tissu érectile; sur le tissu médullaire des os; sur les éléments anatomiques appelés myéloplaxes; sur les conditions de l'ostéogénie, etc.

En anatomie comparée et zoologie, c'est en s'appuyant sur les données de l'anatomie générale que Ch. Robin a pu imprimer un cachet particulier à ses recherches d'anatomie comparée proprement dite ou descriptive. Dans tous les travaux de cet ordre qu'il a publiés, et dont l'énumération serait trop longue à faire ici, il a cherché particulièrement à faire ressortir la corrélation qui existe entre les organes internes et les parties extérieures, corrélation qui sert de base à la formation des groupes naturels.

Parmi ses publications de longue haleine, nous citerons son livre intitulé : *Du microscope et des injections*, où est exposée la partie technique de ses recherches (vol. in-8°, 1849); les *Tableaux d'anatomie* (1 vol. in-8°, 1850); le *Traité de chimie anatomique et physiologique normale et pathologique*, en collaboration avec Verdeil (3 vol. in-4°, 1852); son *Mémoire sur les objets qui peuvent être conservés en préparation microscopique*, etc. (in-8°, 1856); le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie de Nysten*, en collaboration avec Littré (in-8°, 1858); le *Programme du cours d'histologie professé à la Faculté de médecine de Paris* (1 vol. in-8°, 1864); création du *Journal de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux*; dans la même année : *Leçons sur les humeurs normales et morbides de l'homme* (1867); *Leçons sur les vaisseaux capillaires et l'inflammation* (1868); *l'anatomie microscopique des tissus et des sécrétions* (in-8°, 1869); *Traité du microscope* (1871).

Pour être quelque peu complet, il faudrait ajouter à cette liste, déjà trop longue, la quantité de notes dont il a enrichi nombre de thèses, de journaux, de comptes rendus de Sociétés savantes et d'ouvrages divers français ou étrangers, traduits en français, et dont les auteurs ont fait appel à ses vastes connaissances.

Membre fondateur et premier vice-président de la Société de biologie, il a, dans une note lue à l'une des premières séances, défini le but et tracé le programme scientifique positiviste que se proposait cette Société, et auquel elle n'a cessé de se conformer depuis.

Successivement agrégé, en 1847, puis professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, chaire créée pour lui en 1862, membre de l'Académie de médecine en 1858, de l'Académie des sciences en 1866, enfin sénateur en 1876, rien n'a manqué en fait de titres, d'honneurs et de dignités, à l'homme laborieux, à l'infatigable travailleur qui a consacré presque tous les instants de sa vie aux progrès de la science. B...

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 5 octobre 1885, ont été promus, pour prendre rang du 9 octobre, et ont été maintenus dans leurs postes actuels les membres du corps de santé militaire dont les noms suivent :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. Ferraton, du 8e bataillon de chasseurs à pied; — Bonnery, du 7e bataillon de chasseurs à pied; — Belliard, du 65e d'infanterie; — Collinet, du 4e d'artillerie; — Haghe, du 122e d'infanterie; — Gaube, de l'École de Saumur; — Gleize, du 1er d'artillerie-pontonniers; — Bernady, des hôpitaux de Tunisie; — Martin, du 16e d'infanterie; — Lécuyé, du 134e d'infanterie; — Ricoux, du 26e bataillon de chasseurs à pied; — Marcelin, du 5e chasseurs à cheval; — Géhin, du 9e bataillon de chasseurs à pied; — Faveret, du 8e d'artillerie; — Martin, du 15e dragons; — Maguin, du 12e dragons; — Valissant, du 117e d'infanterie; — David, des hôpitaux de la division de Constantine; — Salebert, du corps du Tonkin; — Tisserant, du 79e d'infanterie; — Clary, du 126e d'infanterie; — Guérin, du 97e d'infanterie; — Véret, du 19e chasseurs à cheval; — Péradon, du 2e spahis; — Remy, du 16e d'artillerie; — Prost-Maréchal, des hôpitaux de la division de Constantine; — Lassale, du 2e cuirassiers; — Pesme, du 89e d'infanterie; — Mazeillé, des hôpitaux de la division d'Alger; — Amiet, du 95e d'infanterie; — d'Audibert Caille du Bourguet, du 17e d'infanterie; — Talayrach, du 24e bataillon de chasseurs à pied; — Jacquemin, du 8e cuirassiers; — Morin, du 116e d'infanterie; — Joire, du 16e bataillon de chasseurs à pied; — Treillet, du 1er chasseurs d'Afrique; — Batut, du 3e chasseurs d'Afrique; — Bordes-Pagès, du corps du

Tonkin; — Rivière, du corps du Tonkin; — Krantz, du 130e d'infanterie; — Watier, du 127e d'infanterie; — Bonjean, du 21e d'infanterie; — Mermer, du 73e d'infanterie; — Malgat, des hôpitaux de Tunisie; — Fockemberghe, du 8e d'infanterie.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. Cabanel, des hôpitaux de la division d'Oran; — Puaux, du corps du Tonkin; — Bisserié, des hôpitaux de la division d'Oran; — Schutz, des hôpitaux de la division d'Oran; — Bosc, des hôpitaux de la division d'Alger.

— Par décision ministérielle du 8 octobre 1885, les médecins principaux de deuxième classe dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

M. Ducellier, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de La Rochelle; — M. Morisson, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de Constantine; — Czernicki, pour le corps du Tonkin; — Gentit, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nantes.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Cannac est nommé pour deux ans aide de physique, en remplacement de M. Bertin-Sans, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Nègre est nommé pour deux ans aide de chimie, en remplacement de M. Balez, dont la délégation est expirée.

M. Batigne est nommé pour deux ans aide d'anatomie, en remplacement de M. Cros, dont la délégation est expirée.

M. Puech est nommé pour deux ans aide d'anatomie, en remplacement de M. Joullié, dont la délégation est expirée.

M. Cros est nommé pour deux ans aide de médecine opératoire, en remplacement de M. Hassan, dont la délégation est expirée.

M. Guibert est nommé pour deux ans aide d'histologie.

M. Abelous est nommé pour deux ans aide de physiologie, en remplacement de M. Gombert dont la délégation est expirée.

M. Victor Gombert est nommé préparateur de physiologie (emploi nouveau).

— La séance générale publique annuelle de l'Académie des sciences, pour la proclamation des récompenses à décerner en 1885, a été fixée lundi dernier, au 21 décembre prochain.

— Les obsèques de M. le professeur Charles Robin ont eu lieu jeudi 8, au cimetière de Jasseron (Ain). Un discours a été prononcé sur sa tombe par M. le docteur Goujon, sénateur, qui a tenu à rendre un suprême hommage au savant anatomiste dont la science déplore la mort prématurée.

— Des travaux importants vont être prochainement entrepris dans les hôpitaux de la Pitié, Saint-Antoine, Necker, Beaujon et Laënnec, pour la constructiou de pavillons spéciaux destinés aux grandes opérations chirurgicales.

— Un concours pour la nomination d'élèves internes et externes des hospices civils de Grenoble sera ouvert, dans la salle des délibérations de la commission des hospices de cette ville, savoir : pour l'internat, le lundi 9 novembre 1885, à deux heures de l'après-midi, et pour l'externat, le mardi 10 novembre 1885, à la même heure.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat, le 3 novembre prochain au plus tard.

Les candidats nommés entreront en fonctions immédiatement pour une durée de deux années.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18419.

N° 118. — MARDI 13 OCTOBRE 1885. 58e ANNÉE. MARDI 13 OCTOBRE 1885. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Sarcome généralisé.

La malade dont je vais vous parler est une malheureuse jeune fille de vingt et un ans, pour qui la chirurgie est absolument impuissante, désarmée.

Depuis trois ans elle souffre de la jambe droite, au niveau de l'extrémité supérieure, qui a peu à peu augmenté de volume jusqu'à atteindre les dimensions considérables qu'elle présente aujourd'hui. En effet, il y a deux ans, cette extrémité supérieure mesurait 10 centimètres de plus que celle du côté opposé. Aujourd'hui cette jambe mesure 51 centimètres de circonférence au lieu de 20 ou 22, chiffre que nous trouvons sur l'autre jambe au même niveau supérieur.

Tel est le développement qu'elle a acquis dans l'espace de trois ans. La malade souffrait pendant ce temps quand elle marchait; elle a été soignée tout d'abord comme rhumatisante. Mais, depuis cinq ou six mois, la tuméfaction et l'impotence l'ont forcée à garder le lit. Les douleurs sont continuelles; il n'y a plus de sommeil, et la malade en est arrivée à un état prononcé d'émaciation.

Quant à la tumeur, elle est fixe et tient au squelette; elle présente quelques légères bosselures; elle s'arrête au-dessous du genou. Elle est un peu molle à la partie antérieure, et dure, au contraire, dans tout le reste de son étendue. Bref, elle est adhérente au péroné; elle s'est développée dans l'épaisseur de cet os et constitue un sarcome osseux.

Une tumeur aussi bien circonscrite, qui mine la malade par les douleurs incessantes qu'elle lui fait endurer, par la privation de sommeil dont elle souffre grandement aussi, nécessiterait une prompte intervention chirurgicale : l'ablation ou mieux l'amputation du membre inférieur, et telle avait été la pensée de M. le docteur Segond, lorsqu'il m'a adressé cette malade. Tel avait été aussi mon premier mouvement. Mais dans un examen plus complet de cette jeune fille, son attitude bizarre au lit, toujours dans une même position, a appelé notre attention d'une façon toute particulière du côté de la colonne vertébrale. Nous avons ainsi constaté l'existence d'une seconde tumeur, dans le dos, du côté gauche, dans le voisinage des apophyses épineuses de la colonne vertébrale, près des dernières côtes.

Cette nouvelle tumeur mesure déjà 12 centimètres de long sur 6 ou 7 de large; elle est dure, ferme, et appartient aux côtes et peut-être aussi à la colonne vertébrale. Elle est douloureuse à la pression. Et cependant notre malade ne nous en avait pas parlé.

Poursuivant notre examen et interrogeant à fond cette femme, nous apprenions que la vue est perdue de l'œil droit, qu'elle n'a plus de ce côté aucune perception lumineuse; cette cécité absolue à droite s'accompagne encore d'une paralysie incomplète de la sixième paire, paralysie caractérisée par des mouvements incomplets du muscle droit externe. Or, quand on examine l'œil droit, on reconnaît qu'il est très sain; à peine présente-t-il une très légère névrite optique. D'où nous devons conclure à une amaurose et à une paralysie de la sixième paire.

Mais à quoi ces accidents du côté de l'organe de la vue peuvent-ils être attribués? Ils sont la conséquence très probable de l'existence de quelque tumeur siégeant quelque part dans l'orbite ou dans le cerveau, tumeur, dans tous les cas, qui intéresse à la fois la sixième paire et le nerf optique.

En résumé, cette malheureuse jeune femme de vingt et un ans se présente donc à nous avec un sarcome volumineux de l'extrémité supérieure de la jambe droite; une tumeur très certainement de même nature siégeant dans la région costo-vertébrale; enfin, avec une amaurose de l'œil droit et une paralysie de la sixième paire du même côté, accidents résultant du développement d'une troisième tumeur, dont le siège se trouve ou dans l'orbite, ou dans le cerveau.

En un mot, nous nous trouvons en face d'une affection sarcomateuse généralisée, d'un sarcome à expressions multiples.

Dans de pareilles conditions, nous est-il permis d'intervenir chirurgicalement? Nous est-il possible de le faire avec, je ne dirai pas quelques chances de guérison, mais avec l'espérance de quelque survie?

Malgré tout mon désir d'agir par une opération capable d'améliorer la situation de cette malade, ce n'est pas sans un violent serrement de cœur que je me vois forcé de renoncer à toute opération, car la pauvre femme souffre beaucoup et ne peut guérir. Mais nous savons combien, lorsque, en pareil cas, on tente d'opérer, la récidive est fréquente et souvent rapide.

Je n'ose pas amputer la jambe, comme j'y avais songé tout d'abord, car nous sommes exposés à voir survenir une mort soudaine, rapide, dans les premiers jours qui suivraient notre opération, comme cela a été observé plus d'une fois.

Toute notre intervention doit donc se borner à recourir aux seuls moyens qui puissent faire cesser ou tout au moins atténuer le plus possible les douleurs, c'est-à-dire à l'emploi de la morphine en piqûres et du chloral à l'intérieur.

Quant au mal en lui-même, le pronostic en est des plus graves, et nous sommes et nous restons absolument désarmés.

HOPITAL DE VITRY-LE-FRANÇOIS

Myélite subaiguë consécutive à une névrite du nerf sciatique. Mort. Autopsie.

Par M. le docteur E. Bompard, médecin en chef.

Marie Sophie M..., domestique, âgée de vingt-trois ans, entre à l'hôpital le 12 juin 1885. Elle accuse de vives douleurs dans tout le membre inférieur droit; la maladie a débuté il y a déjà plusieurs jours.

La palpation est très douloureuse, surtout dans les régions sacro-iliaque et trochantérienne; l'état général est assez satisfaisant, pas de fièvre.

Prescription : vésicatoire volant au niveau de l'échancrure sciatique, injection sous-cutanée de morphine (1 centigramme).

20 juin. — La malade se plaint de flueurs blanches abondantes; les douleurs sont toujours aussi vives; constipation.

Prescription : injections d'eau de feuilles de noyer; application d'un nouveau vésicatoire volant; continuer les injections sous-cutanées de morphine, lavement avec 60 grammes de miel de mercuriale.

22 juin. — Les douleurs persistent; la malade reste dans le décubitus dorsal, les extrémités inférieures un peu fléchies; la peau prend une teinte terreuse et tout le corps répand une odeur cadavérique.

25 juin. — Les douleurs deviennent de plus en plus violentes et se font sentir dans l'autre membre; vive hyperesthésie de la peau; la malade ne peut supporter même le poids des couvertures; le moindre attouchement lui arrache des cris. Paralysie des sphincters vésical et anal; anorexie.

1er juillet. — Eschare commençant au niveau du grand trochanter droit; rougeur de la région lombo-sacrée; amaigrissement considérable; évacuations alvines très abondantes, sans que la malade en ait conscience; pouls normal.

Prescription : dix gouttes de laudanum de Sydenham; potion de Todd avec 4 grammes d'extrait de quinquina.

6 juillet. — Pour la première fois, je constate une paralysie des deux membres inférieurs; l'hyperesthésie persiste; douleurs toujours extrêmement violentes au toucher. L'eschare augmente rapidement; le grand trochanter est presque à nu; une autre eschare se forme à la région lombaire. Pansement avec iodoforme, poudre de quinquina, poudre de benjoin, carbonate de magnésie saturée, essence d'eucalyptus, de chaque parties égales, selon la formule de M. Lucas-Championnière.

10 juillet. — Douleurs de tête. Application de compresses d'eau froide sur le front.

20 juillet. — Nouvelle eschare au niveau du grand trochanter gauche. Les douleurs de tête cessent de temps en temps pour reparaître bientôt. Même traitement.

Août. — L'état général va toujours en s'aggravant. Fièvre légère.

1er septembre. — Œdème des extrémités inférieures, jusque un peu au-dessus des malléoles.

6 septembre. — La malade meurt dans le marasme, après une longue agonie.

Autopsie : L'autopsie est faite douze heures après la mort.

Nerf sciatique droit : La partie inférieure est saine jusqu'à sa sortie de l'échancrure; à ce niveau et au-dessus, il apparaît ecchymosé, plus aplati qu'à l'état normal, diminué de volume et comme étranglé; disparition d'une grande partie de la substance nerveuse, hémorrhagie dans le névrilème.

Moelle épinière : Abondance de liquide céphalo-rachidien, congestion des vaisseaux veineux péri-médullaires, principalement accusée à la partie inférieure, vers les dernières vertèbres lombaires; méninges intactes; intégrité du canal osseux. Rien au bulbe ni à la moelle allongée. Ramollissement général de la moelle épinière proprement dite, d'autant plus accentué qu'on se rapproche davantage de la partie inférieure. A la partie supérieure, disparition des scissures antérieure et postérieure; la substance grise, encore distincte de la substance blanche, disparaît peu à peu et n'est plus visible vers la cinquième vertèbre dorsale. A l'ouverture des méninges, la moelle apparaît ramollie et de consistance crémeuse; il n'y a ni hyperémie ni coloration jaune; c'est un ramollissement blanc. Au niveau de la neuvième vertèbre dorsale, il y a une solution de continuité presque complète de la substance nerveuse. Les nerfs de la queue de cheval émergent d'une substance ramollie et diffluente dans laquelle ils sont baignés. Les cordons nerveux émergeant des parties latérales sont intacts.

Cerveau : Épanchement séreux sous-arachnoïdien très abondant; adhérences méningées uniformément réparties sur les deux hémisphères; plexus choroïde œdémateux. Rien dans les ventricules. — Cervelet légèrement ramolli.

Les muscles du dos et de la région lombaire sont normaux. Destruction des parties molles s'étendant profondément au niveau des deux trochanters; le sacrum est presque à nu. Le corps tout entier est d'une maigreur extrême; le sommet du poumon droit est farci de tubercules; la partie postérieure du poumon gauche est congestionnée; les autres organes ne présentent rien d'anormal.

Cette observation nous paraît intéressante, surtout au point de vue de l'étiologie. La myélite est idiopathique ou consécutive; les causes de la myélite idiopathique invoquées le plus souvent sont, par ordre de fréquence : l'impression du froid, les fatigues musculaires prolongées, les excès vénériens, — surtout le coït debout, — la suppression brusque d'un écoulement sanguin, soit menstruel, soit hémorrhoïdaire, la suppression d'un exanthème ou d'une sueur locale; mais les deux premières seules sont certaines, les autres ne sont qu'hypothétiques.

Pour les myélites consécutives, les causes sont beaucoup plus nombreuses : plaies et contusions de la moelle, tumeurs du canal rachidien, tumeurs de la moelle, inflammation des méninges, maladies des voies urinaires, tétanos, etc.

Kussmaul, cité par M. Dujardin-Beaumetz, a signalé comme étiologie *possible* de la myélite une *dégénérescence du nerf sciatique*. Cette myélite se développerait, d'après Leyden, — et c'est ici le cas, — par la propagation de l'inflammation du nerf à la moelle épinière. Tiesler et Feinberg ont pu déterminer chez les animaux le ramollissement de la moelle lombaire, en irritant le nerf sciatique.

M. Hayem a constaté, dans une série d'expériences, que l'arrachement et même la simple résection de l'un des sciatiques pouvaient donner naissance à une myélite diffuse généralisée. Klemm a obtenu les mêmes résultats en injectant une solution arsenicale dans le névrilème du sciatique.

« On ne saurait contester, dit M. Hallopeau (*Dict. Jaccoud*, tome XXII, p. 597), que les résultats de ces expériences constituent de fortes présomptions en faveur de la théorie

de Leyden ; *on n'a pu cependant jusqu'ici en donner, dans aucun cas, chez l'homme, la démonstration directe.* »

L'observation ci-dessus me paraît donner cette démonstration d'une façon évidente; c'est pourquoi j'ai cru devoir la publier.

DE LA CHOROÏDITE DITE SÉREUSE ET DE SON ÉTIOLOGIE

Par le docteur H. COURSSERANT.

Sous le nom de choroïdite séreuse, d'état jumenteux du corps vitré, d'hyalitis simple, etc., les auteurs classiques décrivent une affection grave et fréquente, qu'on rencontre de préférence chez les adultes et chez les vieillards, et dont nous allons donner rapidement les principaux symptômes objectifs et subjectifs.

Extérieurement, l'œil atteint ne présente rien d'anormal; tout au plus peut-on noter au début de la maladie une très fine injection périkératique, discrète, avec légère dilatation pupillaire, surtout chez les vieillards. La pupille est paresseuse, lente à se contracter ou à se dilater, peu ou point mobile, et cela sans qu'on puisse invoquer la présence d'adhérences capsulaires, comme le prouve sur l'heure une instillation d'une goutte d'un collyre à l'atropine, nécessaire pour l'examen approfondi des membranes internes. Nous parlons ici du début de la maladie, car lorsqu'elle est ancienne, comme nous le dirons plus loin, les phénomènes changent tout à fait d'aspect.

Si on examine les parties profondes à l'aide de l'ophthalmoscope, on constate un trouble diffus du corps vitré qui masque plus ou moins le fond de l'œil. Lorsque le malade remue l'œil examiné, des opacités floconneuses ou filamenteuses, tantôt fines et délicates, tantôt plus épaisses, passent dans le champ d'observation, avec une rapidité plus ou moins grande qui nous permet de juger ici du degré de liquéfaction et de ramollissement de l'humeur vitrée. Il est quelquefois impossible de distinguer la papille et ses vaisseaux centraux : lorsqu'on le peut, elle apparaît voilée, diffuse, étalée, et présente un aspect analogue à celui de *la lune vue à travers le brouillard,* selon l'expression très heureuse et très vraie de Sichel fils.

Le trouble dans l'examen ophthalmoscopique est toujours plus considérable lorsqu'on porte son attention vers le pôle postérieur; si, au contraire, on explore les régions équatoriales et antérieures, on ne relève aucune lésion choroïdienne, tout au plus un léger degré de turgescence des vortices; mais on sait combien il faut être circonspect pour parler de la congestion choroïdienne diagnostiquée par l'ophthalmoscope. Dans les cas légers, alors qu'on peut encore voir nettement le pôle postérieur, papille et macula, absence complète de lésions dans ces parties et dans les membranes postérieures.

La tension intra-oculaire ne nous fournit pas de renseignements plus positifs : tantôt elle est augmentée, mais le plus souvent on la trouve fortement abaissée.

La vision est naturellement compromise en raison du nombre et de l'épaisseur de ces opacités vitréennes : dans certains cas, les malades peuvent à peine distinguer le passage de la main à 25 ou 30 centimètres.

Arrivée à cette période, la maladie peut traverser deux phases très différentes : dans l'une, elle reste absolument sans aucun symptôme extérieur, et cela pendant des années; dans l'autre, toutes les membranes de l'œil se trouvent frappées dans leur nutrition; l'iris s'atrophie, et de nombreuses adhérences le fixent à la capsule du cristallin; celui-ci s'opacifie; on assiste progressivement au développement d'une cataracte ponctuée, corticale vraie, puis capsulo-lenticulaire, régressive ou aride-siliqueuse; la zonule de Zinn se relâche, l'iris devient tremulans; enfin, les opacités vitréennes se solidifient, s'organisent en membranes, entraînent un décollement du corps vitré par attraction, le décollement de la rétine et l'atrophie ou phthisie du globe. Dans d'autres cas, les plus rares il est vrai, la tension augmente brusquement et des phénomènes glaucomateux intenses viennent terminer la scène pathologique. C'est surtout dans ces cas que les malades se plaignent de sensations subjectives (mouches, éclairs, étincelles, fusées lumineuses, etc.). Alors seulement l'œil rougit légèrement, et quelques douleurs lancinantes ou pongitives peuvent précéder l'attaque glaucomateuse.

Il est à remarquer que pendant le cours de cette maladie, les phénomènes paraissent procéder par poussées, aussi bien dans les cas légers que dans les cas graves.

J'arrive au but de cette courte communication, je veux parler de l'étiologie de cette affection très fréquente que vous avez tous été appelés à constater chez de nombreux malades.

Pour expliquer son apparition, on a dû invoquer bien des causes; c'est ainsi qu'on a tour à tour incriminé les occupations sédentaires, certaines affections cardiaques, hépatiques, la pléthore abdominale, la constipation, la suppression du flux menstruel ou ses irrégularités, etc.

Certes, dans bien des cas, une pareille étiologie peut être mise en ligne de compte, mais il est pour moi une cause presque constante, je veux parler de la disparition d'un eczéma plus ou moins généralisé, ou de poussées d'urticaire présentant le plus souvent la forme papuleuse. En mettant de côté les cas de scléro-choroïdite postérieure, les myopies fortes, qui peuvent prêter à la discussion, je puis affirmer, d'après l'examen attentif et prolongé de nombreux malades, que dans 60 à 70 % des cas on peut invoquer cette étiologie.

Voici en général, d'après mes observations, comment les choses se passent : les malades sont tourmentés pendant un temps plus ou moins long tantôt par un eczéma en général sec, tantôt par des poussées d'urticaire généralisée. Spontanément, ou sous l'influence d'un traitement, l'eczéma s'amende, disparaît même en totalité, l'urticaire sommeille; il n'est pas rare à ce moment de voir s'établir une certaine irritation bronchique avec violentes quintes de toux; puis, les malades accusent une légère céphalée, intermittente, et brusquement le trouble visuel est constaté, tantôt d'un côté, c'est le cas le plus fréquent, tantôt sur les deux yeux à la fois; mais presque toujours les deux yeux finissent par se prendre, inégalement cela est vrai.

Dans les cas légers, si l'irritation cutanée eczémateuse réapparaît, les malades ressentent aussitôt une amélioration visuelle qui ne se maintient pas, *si, comme ils le disent, l'eczéma rentre sous la peau.* La thérapeutique semble confirmer l'étiologie que j'invoque pour la choroïdite séreuse ou l'état jumenteux du corps vitré, et sur ce point nous sommes tous d'accord pour proclamer que la médication par excellence est basée sur les injections sous-cutanées de pilocarpine. C'est donc en activant prodigieusement les fonctions de la peau qu'on peut agir sur la lésion oculaire, et c'est en persévérant dans cette thérapeutique qu'on obtient des résultats souvent surprenants.

Pourtant, les malades doivent être prévenus que, si la baisse de l'acuité visuelle arrive vite, brusquement, l'amélioration est quelquefois lente à se produire. Depuis longtemps, j'insiste sur l'efficacité de cette méthode. Certains médecins en thérapeutique oculaire ont, à mon avis, abusé de la pilocarpine, en faisant, à une époque, une véritable panacée dans les maladies des yeux, ce qui a rendu le corps médical, et avec raison, très circonspect pour ce précieux médicament.

Mais contre la choroïdite dite séreuse, rien n'égale l'effet thérapeutique de la pilocarpine. Deux ou trois transpirations par semaine sont nécessaires au moins au début du traitement : je commence par 50 milligrammes pour tâter le malade, sans jamais dépasser 2 centigrammes. De plus, il faut être prévenu que chez les malades âgés, et surtout chez les femmes, les injections de pilocarpine provoquent certains accidents cardiaques ; on ne devra donc jamais négliger l'examen du cœur.

Je dois dire, en terminant ce court travail, que l'électricité appliquée directement sur l'œil à l'aide de ma cuve et selon les principes que j'ai posés, le premier, devant le dernier Congrès d'ophthalmologie à Paris (janvier 1885), m'a paru dans certains cas, encore récents il est vrai, augmenter la puissance d'action du médicament, et hâter la disparition et la résorption des opacités vitréennes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 octobre 1885. — Présidence de M. Hanot.

COMMUNICATIONS

Formation du blastoderme. — M. MATHIAS DUVAL présente une brochure, dont il est l'auteur, sur le mode de formation et le développement du blastoderme. Il indique un procédé technique à l'aide duquel il peut arriver à reconnaître sur un disque blastodermique la région qui sera la tête et celle qui sera la queue de l'animal.

Physiologie du cerveau. — M. BROWN-SÉQUARD rappelle avoir depuis longtemps combattu cette opinion des physiologistes que d'un côté du cerveau partent des fibres qui vont s'entre-croiser dans un point de l'encéphale et se distribuer au côté opposé du corps. C'est là une notion fausse contre laquelle s'élève M. Brown-Séquard qui vient apporter de nouveaux faits à l'appui de sa manière de voir. Il y a, dit-il, une divergence d'opinion entre les médecins et les physiologistes : les médecins admettent que ces entre-croisements ont lieu au bulbe rachidien, au niveau des pyramides antérieures. Cette opinion est erronée; en effet, des lésions dans un point quelconque du bulbe peuvent déterminer des paralysies soit du même côté, soit du côté opposé du corps. Des lésions considérables peuvent ne produire aucune paralysie. M. Brown-Séquard a rassemblé tous les faits connus d'hémiplégie bulbaire et il a constaté que la paralysie est bien plus souvent directe que croisée. Les paralysies directes surviennent aussi bien à la suite de lésions dans les pyramides qu'en dehors des pyramides. Il n'y a donc dans tous ces faits rien de favorable aux théories généralement reçues. M. Brown-Séquard, après avoir fait des sections à toutes les hauteurs, au-dessus des pyramides, à la protubérance, au pont de Varole, au niveau de la capsule interne, etc., est toujours arrivé à cette conclusion que les troubles moteurs ainsi déterminés ne dépendent pas d'une section de conducteurs, mais bien d'une influence dynamique qui peut disparaître.

Si, par exemple, on galvanise le centre moteur du côté droit, après avoir sectionné la moitié latérale droite du bulbe rachidien, on constate qu'après cette section il faut un degré de force moindre pour mettre en mouvement le côté opposé; ce qui prouve une fois de plus qu'il s'agit d'une action dynamogénique et non pas d'une section de conducteurs. Enfin si l'on coupe toute la hauteur de l'encéphale et si l'animal survit à cette lésion, il y a encore continuité d'action des centres moteurs.

En résumé, M. Brown-Séquard admet l'existence de deux séries de fibres, les unes à droite, les autres à gauche; il admet que l'excitation des fibres d'un côté peut agir sur les deux côtés du corps. Or si on n'observe pas des mouvements dans les deux côtés du corps quand on galvanise son centre moteur, c'est qu'il y a un côté inhibé. En d'autres termes, l'excitation d'un côté se traduit par une action inhibitoire.

Tuberculose pulmonaire. — M. THAON (de Nice) entretient la Société de certains faits restés obscurs, concernant la *Tuberculose pulmonaire.*

Il s'est proposé d'étudier les lésions initiales de la tuberculose pulmonaire, le mécanisme des altérations des éléments histologiques par le bacille de Koch, et les relations de l'inflammation avec la tuberculose.

Ses recherches ont porté sur un grand nombre de pièces, empruntées à diverses espèces animales, et sur des poumons d'animaux que l'on faisait mourir à volonté de tuberculisation pulmonaire suraiguë, ou de tuberculose plus ou moins chronique.

Les cobayes, soumis pendant une semaine, matin et soir, à des pulvérisations de crachats tuberculeux, émulsionnés d'eau stérilisée, succombent d'une façon inévitable du douzième au quatorzième jour, avec une solidification complète des poumons, qui sont rouge brun, et criblés de points jaunes.

L'examen histologique fait voir que le tissu de ces organes est parsemé d'îlots arrondis de un tiers de millimètre, fortement colorés en rouge par le picro-carmin, et constitués par des foyers très limités de *pneumonie acineuse*. Les éléments de ces centres de pneumonie sont des cellules, en voie de prolifération, tassées les unes contre les autres, non dégénérées, remplissant un carrefour respiratoire avec ses loges latérales. Des lésions semblables se remarquent dans les alvéoles pulmonaires disposés en rond autour d'une bronchite à cils vibratifs (*péri-bronchite tuberculeuse*) ; et enfin de semblables foyers miliaires se sont formés autour des vaisseaux pulmonaires par l'infiltration des lymphatiques qui les entourent, et des alvéoles placés en couronne sur un plan plus excentrique, c'est la *péri-vascularite tuberculeuse*. Telle est la constitution bien simple des *granulations tuberculeuses pulmonaires*, qui ne sont autre chose que des foyers presque microscopiques de pneumonie acineuse, avec un *exsudat* complètement cellulaire, sans interposition de fibrine ou d'aucune autre substance intermédiaire.

Autour de ces îlots, la masse pulmonaire est envahie complètement par une *pneumonie catarrhale*, caractérisée par la congestion du réseau vasculaire, par un exsudat intracellulaire, formé d'un réseau très délicat de fibrine, englobant de grosses cellules de l'épithélium pulmonaire dégénérées, et des globules sanguins, c'est la *pneumonie péri-tuberculeuse*, qui, dans l'espèce, a occupé une étendue énorme et a amené la mort des animaux en expérience.

Les bacilles sont la cause de tous ces troubles; on les voit en nombre incalculable dans les foyers de pneumonie miliaire; on les voit dans la zone de pneumonie catarrhale, en nombre beaucoup plus restreint; on les voit se glisser, à travers la paroi des bronchioles, jusque dans les alvéoles péri-bronchiques ; ce sont eux qui amènent la prolifération de l'épithélium pulmonaire et sa dégénérescence consécutive ; leur siège dans les éléments cellulaires de l'exsudat ne laisse aucun doute à cet égard; ils sont les premiers agents de la dégénérescence caséeuse du tubercule, et ils donnent aux inflammations péri-tuberculeuses leur vrai caractère pathogène infectant, ce qui paraissait douteux jusqu'à aujourd'hui, grâce aux affirmations de certains anatomo-pathologistes, qui ne voulaient voir dans les inflammations péri-tuberculeuses que des lésions banales, dues à l'irritation de voisinage.

Les cellules géantes, les diverses zones de cellules épithélioïdes qui caractérisaient autrefois les granulations tuberculeuses, les diverses transformations fibreuses, propres à la phthisie pulmonaire, ne se rencontrent que sur des organes où la tuberculose est plus avancée, et sur des sujets chez lesquels l'épithélium pulmonaire est moins irritable : telles sont la plupart des espèces animales.

Chez ces espèces, et particulièrement chez le lapin, on voit la paroi alvéolaire jouer un grand rôle, s'épaissir, englober plusieurs alvéoles ; et dans les mailles circonscrites par ces parois colossales, on voit évoluer l'épithélium pulmonaire, qui se gonfle, forme des revêtements réguliers, se détache, tombe dans la cavité, s'agglutine pour former les *cellules géantes*. Peu à peu, les parois sont absorbées par ce travail incessant, et les divers amas cellulaires se fusionnent dans un foyer caséeux. Le substratum de cette tuberculisation plus lente est encore une pneumonie, mais une pneumonie interstitielle, cirrhotique, plus ou moins diffuse.

Le bacille est encore l'agent de toutes ces transformations ; on le voit au centre des éléments cellulaires, dans les cellules géantes, et il ne disparaît que lorsque toute la masse caséifiée est fondue en une masse uniforme vitreuse.

Mensuration des volumes du gaz. — M. D'ARSONVAL fait une communication sur un procédé technique qui lui permet de faire la mensuration des volumes des gaz sans correction de température ni de pression barométrique. Il peut également, par ce procédé, un animal étant placé dans son calorimètre, mesurer la quantité de chaleur dégagée et la quantité d'oxygène absorbé par cet animal.

Influence des excitations sensorielles sur les contractions réflexes et les mouvements volontaires. — M. FÉRÉ a fait une nouvelle série d'expériences prouvant qu'on obtient des contractions réflexes plus intenses quand les sujets sont sous l'influence d'excitations sensorielles. Il en est de même pour les mouvements volontaires. En outre, si chez un sujet hémianesthésique ou hémiparétique, on place un aimant du côté faible, il se fait un transfert. Tous les excitants sensoriels ou sensitifs amènent ce transfert chez des sujets donnés.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 octobre 1885. — Présidence de M. VIDAL.

COMMUNICATIONS

Fractures de côtes indépendantes du traumatisme. — M. DESNOS communique deux observations de fractures de côtes s'étant produites dans un accès de toux, indépendamment de tout traumatisme.

Dans la première observation, il s'agit d'un jeune homme de trente ans qui entra dans son service le 4 décembre 1884 et en sortit le 22 janvier 1885. Il était atteint d'une bronchite aiguë avec dyspnée peroxystique. Ce jeune homme avait eu des rhumes fréquents et tenaces ; il présentait des signes d'emphysème pulmonaire. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, il fut pris tout à coup d'une douleur très vive du côté gauche. Il prétendait s'être cassé une côte en toussant. En effet, on constata l'existence d'une fracture de la neuvième côte ; c'était bien dans un accès de toux que l'accident s'était produit. On fit usage des opiacés unis au kermès et on appliqua un bandage de diachylon. Le malade était complètement guéri après six semaines, sans cal appréciable.

La seconde observation a trait à un homme de soixante-six ans, qui entra dans le service de M. Desnos le 30 avril 1885 ; il toussait depuis plusieurs années ; il avait de violentes quintes de toux. Le 29 avril, il eut une de ces crises ; en toussant, il entendit un craquement sec et ressentit aussitôt une douleur vive du côté gauche. Il s'agissait également d'une fracture de la huitième côte. Le traitement fut le même que pour le précédent malade. Le 26 mai, on enlève le bandage de diachylon ; la fracture est consolidée. Il y a un cal peu considérable, mais sans mobilité.

M. Desnos rapproche de ces deux cas de fractures de côtes produites pendant la toux les faits analogues qu'il a pu recueillir. On a vu également cette fracture se produire sous l'influence d'un violent effort musculaire, d'un éternuement, d'un effort pour monter à cheval, des efforts de l'accouchement, etc. Ces fractures sont plus fréquentes dans la seconde moitié de la vie que dans la première, chez la femme que chez l'homme, à cause de l'influence de la grossesse, du côté gauche que du côté droit, sur les côtes inférieures que sur les côtes élevées. Le mécanisme de ces fractures se fait par la contraction musculaire, amenant une exagération de la courbure de la côte. Leur diagnostic ne présente pas de difficultés ; outre les signes ordinaires des fractures de côte par traumatisme, il faut tenir grand compte de la douleur et du bruit entendu au moment même de l'accident. Le pronostic est généralement favorable. Le traitement consiste dans l'application d'un bandage de diachylon.

Une forme de rétrécissement de l'œsophage. — M. DEBOVE rappelle avoir communiqué, en 1883, un cas de rétrécissement de l'œsophage, consécutif à une simple ulcération de ce conduit. C'est un second fait du même genre qu'il présente aujourd'hui. Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans qui fut amené à l'hôpital, le 29 juin 1885, dans un état comateux. Revenu à lui, cet homme raconta qu'il avait eu plusieurs hématémèses, qu'il avait été traité pendant six mois par le lavage de l'estomac, que l'alimentation était devenue de plus en plus difficile, que la sonde ne passait plus et qu'il était soumis depuis plusieurs mois au régime lacté exclusif. Le 28 juin, il eut une nouvelle hématémèse, à la suite de laquelle il perdit connaissance, eut trois attaques convulsives et tomba dans le coma. Le 6 juillet, M. Debove introduit une sonde et reconnaît l'existence d'un rétrécissement infranchissable à la partie inférieure de l'œsophage. L'alimentation devenant presque impossible, il était nécessaire d'intervenir. Il ne s'agissait pas ici d'un rétrécissement causé par l'absorption d'un liquide caustique. La longue durée de la maladie faisait également écarter l'idée d'un rétrécissement cancéreux. En raison des hémorrhagies successives qui s'étaient produites, M. Debove diagnostiqua un rétrécissement consécutif à une ulcération de la partie inférieure de l'œsophage et résolut, comme chez son premier malade, d'avoir recours à la dilatation forcée à l'aide du cathéter à olives, de son invention. Le 6 août, il réussit à franchir le rétrécissement ; il y eut une hémorrhagie peu abondante. Après ce cathétérisme, le malade put facilement avaler un verre de lait. On employa tous les jours des cathéters de plus en plus gros ; depuis, ce malade mange du pain et de la viande ; il reprend ses forces et est en voie de guérison.

Cette observation est identique à celle que M. Debove a présentée le 13 avril 1883.

Il s'agit, dans les deux cas, d'un rétrécissement consécutif à une ulcération de l'œsophage. Ces deux faits prouvent que tous les rétrécissements œsophagiens spontanés ne sont pas d'origine cancéreuse et qu'il en est de consécutifs à une simple ulcération qui doivent être traités.

M. HAYEM demande à M. Debove s'il a remarqué dans la symptomatologie de l'affection dont il vient de parler quelques traits particuliers qui puissent permettre de faire le diagnostic de rétrécissement simple. En effet, dans bien des cas analogues, il s'agit de cancroïdes dont la marche est insidieuse, la période cachectique très tardive, la généralisation très lente, la symptomatologie presque nulle au point de vue du cancer. Il y aurait donc une grande importance, en présence de faits de ce genre, à trouver quelques symptômes permettant d'affirmer l'absence de toute tumeur. Car, au cas où, contre toute attente, il s'agirait d'une dégénérescence cancroïdale, la sonde dilatatrice préconisée par M. Debove risquerait de pénétrer dans le médiastin.

M. DEBOVE, dans les faits qu'il a pu recueillir, a noté, comme signes caractéristiques, la longue durée de la maladie et sa marche en deux périodes, une période ulcéreuse caractérisée par des

hémorrhagies, et une période de rétrécissement. Il ajoute qu'en pareil cas il y a certitude de mort si l'on n'intervient pas. On est donc autorisé à se montrer un peu hardi.

M. MILLARD fait observer que la dénomination de rétrécissement primitif, employée la première fois par M. Debove, ne convient pas ici et qu'il s'agit bien d'un rétrécissement consécutif à une ulcération. Il demande à M. Debove s'il ne pense pas que, dans le cas dont il vient de parler, l'ulcération ne siégeait pas au cardia.

M. DEBOVE pense qu'elle siégeait un peu plus haut que le cardia.

M. DUMONTPALLIER demande si l'on connaît dans la science des exemples d'ulcérations au cardia.

M. BUCQUOY répond qu'il en existe des exemples. Il y a même des cas où l'on a trouvé simultanément une ulcération au cardia et une ulcération plus haut dans l'œsophage.

M. DEBOVE cite plusieurs auteurs, Quincke entre autres, qui ont rapporté des exemples d'ulcérations au niveau du cardia et dans l'œsophage. Quincke cite même un fait, avec autopsie, de rétrécissement purement fibreux de l'œsophage, et à propos duquel il émet le regret qu'on n'ait pas tenté la dilatation qui pouvait sauver le malade.

M. HAYEM a observé un cas d'ulcération de l'œsophage chez un alcoolique qui a succombé à une cirrhose et à une gastrite alcooliques. Dans ce cas, l'ulcération œsophagienne siégeait à quelques millimètres seulement au-dessus du cardia, de telle sorte qu'on pouvait l'expliquer par l'irritation produite sur la muqueuse par les sucs digestifs pouvant remonter de l'estomac jusqu'à ce point. Mais dans les faits de M. Debove, l'ulcération paraissait siéger plus haut dans l'œsophage et devait conséquemment reconnaître une autre cause.

M. DEBOVE rappelle en effet que, dans ces deux observations, l'ulcération siégeait à plusieurs centimètres au-dessus du cardia.

Dilatation stomacale par une cause particulière. — **M. HAYEM** communique un fait clinique qu'il croit unique dans son genre. Il s'agit d'une dilatation stomacale consécutive à un rétrécissement du duodénum par péritonite ayant amené des adhérences hépato-duodénales. Au début, ce malade était atteint d'une affection douloureuse avec mélæna; il n'y avait pas trace de cachexie; l'estomac était très dilaté. Il entra dans le service de M. Hayem avec des accidents cholériformes coïncidant avec des contractures du membre supérieur. M. Hayem avait diagnostiqué une ulcération du duodénum. L'autopsie confirma ce diagnostic et permit en même temps de reconnaître qu'au niveau de cette ulcération, le duodénum avait conservé son calibre normal. Cet homme avait eu une péritonite à la suite de laquelle il s'était établi des adhérences celluleuses de la première portion du duodénum avec la face inférieure du foie, de telle sorte que le duodénum était soulevé de bas en haut et d'avant en arrière et remonté bien au-dessus de la grande courbure de l'estomac qui descendait jusqu'au pubis. Cette portion du duodénum était étranglée par ces adhérences, de telle sorte qu'il était impossible, avec le doigt, de franchir cette valvule ainsi formée.

On avait songé à intervenir par une opération chirurgicale ; on voit que cette intervention eût été absolument inutile. La disposition du duodénum était telle par rapport à la partie inférieure de l'estomac, qu'un simple déplacement aurait pu suffire pour permettre la digestion et qu'il aurait fallu prescrire à ce malade de se placer la tête en bas après les repas.

Anévrysme. — **M. ALBERT ROBIN** présente une pièce anatomique de la part de M. Leroy (de Dijon). Il s'agissait d'une femme qui avait des accès de suffocation tels qu'on dut, à un moment, faire la trachéotomie. A peine le bistouri avait-il pénétré dans la trachée qu'un flot de sang inonda l'opérateur et que la malade mourut subitement. Il s'agissait d'un anévrysme placé derrière la trachée.

ÉLECTION

M. Libermann est élu membre honoraire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'ouverture du concours pour la nomination des internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris a eu lieu mercredi dernier 7 octobre 1885. Le sujet donné pour la composition écrite a été : « Rapports de l'estomac et du duodénum, anatomie pathologique, symptômes et diagnostic du choléra asiatique. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les élèves de deuxième année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'École pratique, 15, rue de l'École de médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à 4 heures. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 19 octobre 1885, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Les pavillons de dissection seront ouverts, à partir du mercredi 4 novembre 1885, tous les jours, de midi à 4 heures.

Les prosecteurs, chefs de pavillons, et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de première année ne prennent pas part aux travaux anatomiques.

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et de troisième année; les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie), s'ils n'ont disséqué pendant deux semestres d'hiver complets.

C. Pour les autres étudiants et les docteurs en médecine, les exercices de dissection sont facultatifs; s'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite pour les élèves obligés de deuxième et troisième années, et les élèves non obligés et docteurs, suivant la date de leur inscription à l'École pratique.

Nul ne peut être admis à l'École pratique d'anatomie, s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Le bureau, 15, rue de l'École de médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, jusqu'au 4 novembre.

Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté; 2° la quittance constatant le paiement des droits. Passé le 4 novembre, nul ne pourra être admis à l'École pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les docteurs Gombault et Cadiat sont délégués dans les fonctions de conservateurs des musées Orfila et Dupuytren pendant l'année scolaire 1885-1886.

MM. Hache et Beurnier sont maintenus dans les fonctions d'aide d'anatomie, du 1er octobre 1885 au 30 septembre 1886.

— *Faculté de médecine de Lille.* — La Faculté de médecine de Lille vient de décerner les récompenses suivantes :

A. *Médecine.* — Première année : Prix, M. E.-H. Baude. — Deuxième année : Prix, M. T.-A. Bertaux; mention honorable, M. P. Choteau. — Troisième année : Prix, M. A. Schwinghedauw. — Quatrième année : Prix, M. H. Surmont; mention honorable, M. G.-H. Dumont.

B. *Pharmacie.* — Première année : Prix, M. J. Baelen. — Deuxième année : Prix, M. A.-D. Bevière; mention honorable, M. E. Flament. — Troisième année : Prix, M. A. Berquet; première mention honorable, M. B. Mayeur; deuxième mention honorable, M. A. Verclytte.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur Lucien Papillaud, de Saujon (Charente-Inférieure).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie G. Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 18432.

60

RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue;* dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

57

POUDRE DE VIANDE DE BŒUF

DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.

(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5; lactine, 1/5; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharm^ies^.

19

POUDRE DE VIANDE DE BŒUF

DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE

De Trouette-Perret

(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharm^ies^.

20

Récompense de 16,600 fr. — Médaille d'OR *à l'Exposition intern^le^ médicale de Vienne 1883.*

QUINA-LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

Paris, 22 et 19, r. Drouot. *[signature] Laroche*

10

AFFECTIONS CARDIAQUES

« PALPITATIONS, INSUFFISANCES ET RÉTRÉCISSEMENTS, ALBUMINURIES, ŒDÈME. »

Soulagement immédiat et guérison par le **Sirop et les Pilules de LANGLEBERT** *au convallaria Maïalis* (*muguet de mai*)

Préconisés par les meilleurs praticiens.

Ph^ie^ LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et t^tes^ ph.

Granules et préparations de *Convallamarine.*

46

POUGUES EAU MINÉRALE ALCALINE GAZEUSE RECONSTITUANTE

Gastralgies. — Dyspepsies. — Gravelles. Anémies. — Chloroses. — Convalescences.

27

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hemorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Ph^ie^ Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande *directement à MM. Lebeault, Mayet et Cie*, recevront une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon.

38

"SANITAS"

LE MEILLEUR ET LE PLUS ÉCONOMIQUE DES DÉSINFECTANTS

Médaille d'or, Exposition de Calcutta, 1884

"SANITAS" LIQUIDE pour désinfecter le linge et les appartements, etc. C'est le seul désinfectant qui puisse être employé à l'intérieur dans le traitement du CHOLÉRA et de la FIÈVRE TYPHOIDE.

"SANITAS" LIQUIDE est INCOLORE et n'est PAS TOXIQUE; c'est UN EXCELLENT ANTISEPTIQUE et DÉSINFECTANT pour l'usage chirurgical.

"SANITAS" EMULSION, DÉSINFECTANT puissant pour les cabinets, les fosses et autres points en dehors de l'appartement.

'SANITAS" HUILE pour fumigations dans les chambres de malade.

"SANITAS" POUDRE DÉSINFECTANTE plus énergique que les préparations phéniquées et autres.

"SANITAS" (FUMIGATIONS); SANITAS (VASELINE), GAZE ANTISEPTIQUE, SAVONS, EAUX DE TOILETTE, etc.

Échantillons, brochures explicatives, prix envoyés gratis en s'adressant à la

COMPAGNIE SANITAS DE LONDRES

AGENT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE :

Pharmacie américaine *H. ROGERS*, 1, rue du Havre, Paris.

74

GOITRES, GLANDES, SCROFULES

Diminuent dès les premières applications et guérissent par l'emploi du véritable **Sirop de Bochet Iodé** et la **Pommade Résolutive de Bertrand aîné.** Les attestations de guérison reçues sont la meilleure preuve de l'efficacité de ces deux remèdes. — Ph^ie^ Bertrand aîné, Hantzer successeur, 21, place Bellecour, à Lyon.

92

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.

4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50 c^gr^. . . 5 fr.

1/2 étui de 10 cachets . . . . 2 fr. 50

Ph^ien^ ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

22

PHTISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boite, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

48

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle. St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**

CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, 20 et 30 francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

91

MALADIES DE LA GORGE

DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

ADH. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, Paris, et dans toutes les rincipales pharmacies de France et de l'étranger. *[signature] Adh. Dethan*

6

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. *[signature] Blancard*

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La lèpre est-elle contagieuse? ne l'est-elle pas ? M. Vidal dit oui, ses collègues disent non. Sur quoi se fondent ces affirmations contraires ? Sur des faits. M. Vidal a vu et cite des faits qui lui ont paru inexplicables autrement que par la contagion. Ses contradicteurs n'en ont jamais vu de semblables. Des inoculations expérimentales ont été faites, même avec le bacille de la lèpre, — car la lèpre, paraît-il, a aussi son bacille, — et elles sont restées sans résultat. Qu'est-ce que tout cela prouve? C'est que la contagion, nous l'avons dit souvent et nous n'avons jamais laissé échapper l'occasion de le rappeler, n'est pas un fait absolu, une propriété inhérente, nécessairement et rigoureusement liée à toutes les maladies où on l'a constatée; elle est souvent un fait contingent, éventuel, qui peut se manifester ou non dans une maladie donnée, suivant les circonstances ; dont les degrés, comme les conditions de manifestation, peuvent varier à l'infini, selon telles ou telles constitutions médicales, fixes, permanentes ou passagères, selon les prédispositions et les aptitudes de réceptivité individuelles, etc., etc.

Ces conclusions, que nous avons maintes fois déduites de discussions analogues, sont les seules que nous puissions tirer de celle qui a eu lieu hier à l'Académie à l'occasion d'une communication intéressante de M. Vidal, et dont on trouvera le résumé dans le compte rendu de la séance.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

De la scarlatine normale.

Je profiterai aujourd'hui de la présence dans nos salles d'une malade qui vient d'avoir une scarlatine à évolution parfaitement normale, régulière, pour vous parler de cette affection.

Il y a trois variétés de scarlatine : la scarlatine normale, caractérisée par une évolution régulière ; la scarlatine anomale, dont le cours présente certaines irrégularités, où l'on voit telle ou telle période faire défaut, où l'éruption se fait plus ou moins irrégulièrement ; et la scarlatine maligne, dont le caractère est de présenter des accidents graves.

Mais nous n'étudierons ici que la première forme, c'est-à-dire la scarlatine régulière, dont l'évolution se divise en quatre périodes : une période d'incubation ; une période d'invasion; une période d'éruption et une période de desquamation.

La période d'incubation est généralement une période silencieuse pendant laquelle les malades conservent une santé apparente bonne. Quelquefois cependant, mais assez rarement, ils éprouvent quelques malaises généraux. Sa durée est assez difficile à déterminer, car bien souvent les malades ignorent où ils ont contracté la maladie. Dans quelques cas pourtant où la contagion a pu être indiquée, on a remarqué que la durée de l'incubation avait varié entre trois et huit jours. Cette période est donc beaucoup plus courte que dans la rougeole où elle est ordinairement de sept à quinze jours.

La période d'invasion est caractérisée par un début soudain. La maladie éclate brusquement, en une heure quelquefois, par un malaise général, de la céphalalgie, de la courbature, de la fièvre, du mal de gorge. Puis, soit en même temps, soit quelques heures plus tard, surviennent des vomissements (un, deux ou trois). La fièvre est soudaine aussi et intense d'emblée ; la température s'élève à 39 ou 40 degrés, et le pouls monte en quelques heures à 110, 120 et même 130; il monte d'autant plus que le sujet est plus jeune. Quelquefois aussi les malades accusent des douleurs dans les membres. La durée de cette période est très courte et varie entre quelques heures et deux jours au plus. La moyenne est généralement de vingt-quatre à trente-six heures.

Quant à l'éruption, voici comment elle évolue : ce sont d'abord des taches isolées, de la largeur de la main, rouges, avec un piqueté d'un rouge plus prononcé, pouvant aller jusqu'au rouge foncé, taches séparées par des intervalles de peau saine, blanche. Puis la coloration devient peu à peu, dans l'espace de trente-six heures environ, uniforme, et le corps se trouve alors complètement envahi par l'éruption depuis la face jusqu'aux extrémités inférieures, avec des différences de teinte variant du plus au moins, suivant le siège. Sur ces taches on aperçoit un pointillé formant de très légères saillies grenues, rouges. Quelquefois aussi ce sont de petites saillies blanchâtres résultant d'une éruption miliaire.

De plus, si on passe rapidement le doigt ou l'ongle sur les

parties rouges, on détermine l'apparition de traînées blanches passagères, qui disparaissent au bout de quelques instants. Enfin l'éruption scarlatineuse donne quelquefois lieu à des démangeaisons assez vives.

L'éruption de la scarlatine apparaît tout d'abord sur le tronc, à la face antérieure des aisselles, puis sur la poitrine, sur le dos ; elle gagne ensuite les membres supérieurs, puis les inférieurs et principalement leur face interne, et, au niveau des articulations, elle se montre dans le sens de la flexion. Enfin la partie où la rougeur scarlatineuse est le moins prononcée, est la face, qui quelquefois même reste pâle, notamment chez l'adulte. Tandis que l'éruption est surtout considérable, outre le dos et les articulations, sur les mains, lesquelles sont plus ou moins tuméfiées, les pieds, au contraire, paraissent beaucoup moins atteints : ils ont une teinte rouge moins prononcée et nullement en rapport avec la desquamation qui va se faire quelques jours plus tard.

L'éruption se fait donc de haut en bas, et est plus forte dans les parties supérieures que dans les parties inférieures.

La durée de cette période n'est pas toujours la même ; elle est sujette à de grandes variations; quelquefois elle est très courte. Elle dure ordinairement de trois à sept jours et disparaît dans l'ordre dans lequel elle s'est montrée, c'est-à-dire de haut en bas.

Certaines muqueuses sont aussi le siège d'une éruption scarlatineuse. Les lèvres sont sèches, rouges ; il en est de même de la bouche, du palais, des piliers, de l'isthme du gosier, du pharynx où l'on constate un pointillé d'un rouge foncé, et quelquefois aussi un exsudat blanc analogue à celui de l'angine pultacée, assez épais et peu adhérent. La langue revêt aussi un aspect spécial, qui, à lui seul, est un très bon signe de diagnostic : cet aspect est caractérisé par un enduit blanchâtre, épais, comme pseudo-membraneux pultacé, qui du quatrième au septième jour se détache en totalité en quelques heures, sans que les malades en aient conscience, laissant au-dessous de lui une surface rouge comme écorchée et aux papilles érigées. Mais bientôt, deux jours plus tard, cet état de la langue diminue : celle-ci est bien rouge encore, mais elle devient lisse, moins sèche, de plus en plus humide, pour, au dixième jour, recouvrer complètement son état normal.

Quant à l'état général, ce sont : de la céphalalgie, un peu d'insomnie, quelquefois un délire fugace, une fièvre prolongée et intense, 120, 130, 140 pulsations et 39 à 40 degrés, quelquefois même 41 degrés. Mais le tube digestif, l'appareil respiratoire, de même que les divers autres appareils ne présentent rien de particulier.

En résumé, la période éruptive dure de deux à sept jours, temps pendant lequel la fièvre persiste avec la même intensité, sauf vers le dernier jour où elle commence à diminuer.

A cette période succède la desquamation ; celle-ci commence généralement au cou, puis elle gagne le tronc, enfin les membres ; et dès avant que l'éruption ait cessé, l'épiderme devient plus dur, il se fendille, prend une teinte gris sale, puis il se détache par écailles plus ou moins grandes, larges surtout aux mains et aux pieds, qui laissent au-dessous d'elles une teinte rosée. La durée de cette période est très variable ; elle se prolonge ordinairement jusqu'au vingtième ou au vingt-deuxième jour, quelquefois même jusqu'à la sixième semaine ; enfin la santé revient peu à peu.

J'ajoute que, pendant les deuxième et troisième périodes, les urines ne présentent rien de particulier, si ce n'est qu'elles sont fébriles pendant la période éruptive. Mais tant que la scarlatine est normale, on ne trouve pas d'albumine : celle-ci ne se rencontre dans les urines que si la scarlatine est maligne.

Lorsque l'évolution se fait normalement, tout le traitement doit se borner à l'expectation, à des boissons aqueuses, à maintenir la liberté du ventre et surtout à garantir les malades contre toute imprudence, contre tout refroidissement, tout en évitant aussi de trop les couvrir.

En France, on a grand soin de défendre les scarlatineux contre tout courant d'air ; en Allemagne, au contraire, on veut une large aération des chambres, en raison du caractère infectieux de la scarlatine. De là une plus grande fréquence de l'albuminurie scarlatineuse. D'autre part, il est un fait assez curieux, c'est l'influence de la nationalité sur la gravité de la scarlatine. Ainsi, tandis qu'en France la mort est rare, la gravité peu fréquente, en Angleterre, au contraire, non seulement cette maladie est plus commune, mais sa gravité est proportionnellement plus grande et la mortalité plus considérable qu'en France. Il en est à peu près de même en Allemagne, quoique à un degré moindre qu'en Angleterre. Mais le fait touchant la race anglaise est tellement vrai qu'à Boulogne-sur-Mer, qui est une ville mi-anglaise et mi-française au point de vue de la population, la plupart des médecins ont remarqué que la scarlatine était aussi plus fréquente et plus grave chez les Anglais que chez les Français.

LE CHOC EN RETOUR ET LE FOUDROIEMENT LATÉRAL (1)

Par M. le docteur F. Vincent (de Guéret),
Lauréat de l'Académie de médecine.

X

II. Des faits et observations que nous avons rapportés, des commentaires dont ils ont été l'objet et des discussions théoriques auxquelles nous nous sommes livrés, découlent, comme conclusions, les propositions suivantes qui, sous forme aphoristique, donnent le résumé de notre doctrine sur le choc en retour et le foudroiement latéral :

1° Le phénomène, désigné jusqu'à ce jour sous le nom de choc en retour, se produit dans deux circonstances où le mode d'action électrique n'est plus le même et où, par suite, le danger couru par la personne qui le subit diffère aussi.

2° Cela conduit à distinguer *deux espèces* de choc en retour.

3° Le choc en retour de la *première espèce* se produit lorsque la foudre éclate entre deux nuages ; dans ce cas, sous l'influence du nuage orageux, l'électricité neutre du sol est décomposée ; l'électricité de nom contraire à celle du nuage est attirée à la surface du sol et des êtres ou des objets qu'il porte, et celle de même nom refoulée dans ses profondeurs. Alors, si le nuage orageux se décharge sur un nuage voisin, cette influence cesse, et les deux électricités du sol séparées se recombinent brusquement. Lorsque cette recombinaison s'opère sur un être vivant, homme ou animal, celui-ci éprouve une *commotion qui constitue le choc en retour* pris dans sa véritable acception.

4° L'expérience comme le raisonnement démontrent que le choc en retour ainsi produit dans toute sa simplicité ne fait courir aucun danger sérieux à l'homme.

5° Ce danger peut devenir plus sérieux lorsque l'homme éprouve, en même temps que son propre choc en retour, celui d'un arbre élevé et à forte ramure sous lequel il s'abrite en s'appuyant contre le tronc. Dans ce cas, la quantité d'électricité libre

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 octobre 1885.

considérable répandue à la surface de l'arbre couvert de son feuillage, en se recombinant avec celle de nom contraire refoulée dans le sol, détermine dans le tronc un courant intense que l'homme subit et dont l'effet vient s'ajouter à sa propre commotion.

6° Ce phénomène, qu'on pourrait désigner sous le nom de *choc en retour complexe*, n'a pas été observé ou tout au moins signalé jusqu'à ce jour; mais l'analogie et le raisonnement en font admettre la possibilité, et il serait facile de s'assurer s'il existe ou non, à l'aide de l'appareil que nous avons indiqué.

7° Le *choc en retour de la deuxième espèce* est censé se produire lorsque la foudre éclate entre le nuage orageux et le sol ou un objet terrestre, tels que : arbres, bâtiments, etc., autrement dit lorsque le tonnerre tombe.

8° Dans ce cas, l'électricité du nuage, versée sur la terre par l'éclair foudroyant, s'irradie dans tous les sens autour de l'objet foudroyé, pour aller neutraliser l'électricité de nom contraire libre à la surface du sol et des êtres ou objets qui s'y trouvent, dans toute la zone influencée par le nuage orageux.

9° L'électricité de même nom, refoulée dans le sol, ne peut contribuer ici à cette neutralisation, par la raison qu'elle doit être repoussée avec plus d'énergie encore après la chute de la foudre qui la met en rapport plus immédiat avec celle du nuage qui l'a repoussée déjà.

10° Dans cette irradiation circulaire de l'éclair due à l'attraction exercée par l'électricité de nom contraire libre à la surface du sol, l'homme placé dans la zone influencée reçoit d'abord une quantité d'électricité du nuage suffisante pour neutraliser la sienne, ce qui commence par produire une commotion comme dans le choc en retour de la première espèce; mais, de plus, il subit l'influence du courant électrique se dirigeant de l'objet foudroyé vers les objets qui en sont plus éloignés que lui, ce qui doit rendre cette espèce de choc en retour plus dangereuse que la première.

11° Malgré ces deux effets réunis, l'expérience a démontré que cette espèce de choc en retour se produisant à l'état de simplicité, théoriquement plus redoutable que celui de la première espèce, ne fait courir à l'homme aucun danger sérieux.

12° Chez les animaux quadrupèdes qu'il traverse, en se concentrant, à la manière d'arcs métalliques, ce courant, en atteignant plus directement les organes essentiels à la vie, peut exposer à des dangers plus grands que chez l'homme et amener la mort là où ce dernier n'éprouverait qu'une secousse.

13° L'intensité du courant varie avec la quantité d'électricité de nom contraire accumulée sur l'objet vers lequel il se dirige. Si cet objet est un grand arbre à ramure et à feuillage offrant une grande surface à l'accumulation de cette électricité, il reçoit, pour la neutraliser, une quantité proportionnelle de celle de l'éclair; et, par suite, il en résulte, entre l'objet foudroyé et cet arbre, un courant des plus intenses qui peut être assez puissant pour produire des déchirures dans le sol et exposer aux plus grands dangers les personnes et les animaux qui se trouvent sur son passage.

14° Si, dans la même direction, se trouvent alignés plusieurs arbres soumis à la même influence et chargés de la même électricité, le courant doit s'accroître en proportion de l'étendue de leurs surfaces réunies.

15° Le tronc de l'arbre servant nécessairement de conducteur intermédiaire entre la ramure et le sol et donnant passage au courant qui le parcourt plus ou moins concentré, l'homme qui s'y appuie subit à la fois son propre choc en retour et celui de l'arbre. C'est ce que, par analogie, nous pourrions appeler *choc en retour complexe de la deuxième espèce*, dénomination impropre comme nous le verrons plus loin.

16° Les effets produits sur l'homme, dans cette situation, ressemblent beaucoup à ceux produits par le choc direct, ainsi que nous l'avons vu chez Bord; néanmoins, ils doivent, toutes choses égales d'ailleurs, toujours être moins dangereux, par la raison que le courant ne contient jamais qu'une partie de l'électricité de l'éclair, répandue sur la surface plus ou moins large du tronc, bien qu'elle doive se concentrer dans le corps de l'homme, meilleur conducteur.

17° Le choc direct pouvant produire des lésions très graves sans amener la mort, le choc en retour complexe doit être suivi beaucoup plus rarement de ce funeste résultat, puisqu'en définitive il n'est qu'une fraction du choc direct.

18° Comme les arbres, et peut-être plus que ces derniers, parce qu'elles sont meilleures conductrices, les masses d'eau stagnante ou courante subissent l'influence du nuage orageux, se chargent d'électricité de nom contraire, et, par suite, attirent l'électricité de l'éclair déversée sur le sol.

19° Il en résulte qu'entre l'objet qui reçoit l'étincelle fulgurante et ces masses d'eau, il peut s'établir des courants analogues à ceux spécifiés dans l'aphorisme n° 13 et exposant aux mêmes dangers.

20° Les cours d'eau naturels ou accidentels deviennent, pour ces courants électriques à la surface du sol, de bons conducteurs que l'électricité suit de préférence et où elle s'accumule au même titre que dans les conducteurs métalliques de nos appareils de physique.

21° A défaut de ces cours d'eau, les parties du sol les plus imprégnées d'eau deviennent de bons conducteurs relatifs que l'électricité suit de préférence aux parties du sol moins humide et, par suite, offrant des conditions moins favorables de conductibilité.

22° Lorsque l'électricité, parcourant un bon conducteur *relatif* soit sur le sol, soit dans toute autre condition, rencontre à sa portée un conducteur *meilleur*, elle se porte sur lui, même en brisant les corps isolants qui l'en séparent, et le suit de préférence. C'est ce qui arrive pour l'homme appuyé au tronc d'un arbre foudroyé, pour le quadrupède en qui se concentre l'électricité rayonnante à la surface du sol.

23° A côté de ces conducteurs, qu'on peut appeler naturels, l'électricité atmosphérique peut rencontrer et suivre, à la surface du sol, d'autres conducteurs que, par opposition, on pourrait appeler accidentels, tels que l'enduit suineux des parois des étables de La Brionne, la suie des cheminées regardée par tous les physiciens comme bon conducteur, ou bien des conducteurs métalliques établis par la main de l'homme, comme les rails des chemins de fer ou les fils télégraphiques, etc.

24° Si l'électricité du nuage, condensée dans l'éclair et arrivée au sol, se trouve en rapport avec un cours d'eau naturel ou accidentel qui l'attire, elle suit ce cours d'eau bon conducteur, à la manière d'un fil télégraphique, pour aller, à une distance plus ou moins grande, s'irradier vers les objets chargés d'électricité de nom contraire qui exerce sur elle son attraction habituelle.

25° Il en résulte que, par suite de circonstances topographiques particulières, la foudre peut produire, sur l'homme et les animaux, des accidents à une grande distance du lieu de sa chute.

26° Ces accidents, mis jusqu'à ce jour sur le compte du choc en retour de la première espèce, ne peuvent évidemment plus être attribués à la recombinaison subite des deux électricités du sol séparées sous l'influence du nuage orageux.

27° Le champ de la vieille théorie du choc en retour se trouve donc singulièrement restreint; et, en présence du mode d'action électrique, si différent dans les deux espèces que nous avons admises, le même nom ne convient évidemment pas dans les deux cas.

28° Le nom de *choc en retour* doit être exclusivement réservé désormais à la commotion que peut produire la recombinaison subite des deux électricités séparées du sol lorsque l'éclat de la foudre entre deux nuages fait cesser subitement l'influence qui les sépare. Cet accident est rare, sans gravité lorsqu'il se produit à son état de simplicité, et n'a peut-être jamais occasionné la mort, même lorsqu'il se complique du contact d'un arbre.

29° L'ensemble des effets électriques que nous avons désignés jusqu'à ce moment sous la rubrique de *choc en retour de la deuxième espèce*, et qui se produit lorsque le tonnerre tombe, doit désormais prendre le nom de *foudroiement latéral*. Les accidents qui peuvent en résulter et qui sont dus à l'expansion latérale, sur

le sol, d'une quantité plus ou moins grande de l'électricité concentrée dans l'éclair s'irradiant autour de l'objet foudroyé, légitiment cette appellation. C'est toujours, en effet, l'étincelle fulgurante éparpillée sur la terre, dont chaque fraction va foudroyer, en sillonnant le sol, un objet plus ou moins éloigné, de la même manière que l'étincelle fulgurante réunie en faisceau a foudroyé, après avoir sillonné l'air, l'objet qui occupe le point culminant de la sphère d'action du nuage orageux.

30° Toutes circonstances égales, le *foudroiement latéral* est plus dangereux que le *choc en retour*, par la raison que l'électricité de nom contraire à celle du nuage orageux, attirée à la surface du sol, est plus abondante lorsque le tonnerre tombe que lorsque la foudre éclate entre deux nuages. Malgré cette circonstance défavorable, le foudroiement latéral ne peut devenir dangereux pour l'homme, que lorsqu'il se complique du passage d'un fort courant déterminé par la présence d'un grand arbre plus éloigné ou lui fournissant un abri, ou d'une pièce d'eau.

Le foudroiement latéral est plus dangereux pour les animaux que pour l'homme, par les raisons déjà exposées.

31° Si le foudroiement latéral est plus dangereux que le choc en retour, en revanche il l'est moins que le choc direct, par la raison que la somme d'électricité formant le courant qui le produit n'est jamais qu'une fraction de celle de l'étincelle fulgurante. C'est, si l'on aime mieux, cette dernière diminuée de la quantité d'électricité qui s'est portée sur les autres objets voisins.

III. *Applications pratiques.* — Des principes que nous venons d'établir, découlent un certain nombre d'applications relatives à la prophylaxie de l'homme, des animaux et des bâtiments, et à la médecine légale, que nous allons exposer ici comme le couronnement obligé et nécessaire de notre œuvre en lui consacrant notre dernier chapitre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 octobre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend un mémoire de M. le docteur Bardet, intitulé : *Expériences sur la diélectrolyse.*

M. BESNIER, à l'occasion du procès-verbal, revient sur la communication qu'il a faite dans l'avant-dernière séance, au nom de M. le professeur Teissier (de Lyon), relative au choléra, et sur les observations présentées par M. J. Guérin à ce sujet, mardi dernier. M. Teissier, dit-il, a fait une enquête très sérieuse sur l'état sanitaire de la ville de Lyon et sur l'immunité dont elle a joui pendant les diverses épidémies de choléra qui ont sévi en France. Il est résulté de cette enquête qu'il y avait bien eu à Lyon quelques cas de choléra en 1832 et 1835, mais qu'il n'y avait pas eu d'épidémie proprement dite. En 1884, quelques cas de choléra s'y sont montrés aussi; mais à aucune de ces époques, pas plus en 1884 qu'en 1832 et 1835, il n'y a eu de constitution médicale prémonitoire ou préépidémique, comme la désigne M. J. Guérin. Il y a eu seulement en 1884 un grand nombre d'affections intestinales, diarrhées, cholérines, mais qui ont régné simultanément avec le choléra; elles n'existaient point auparavant à l'état de phénomènes prodromiques ou prémonitoires.

M. J. GUÉRIN. En 1832 on ne connaissait point encore la relation qui existe entre les diarrhées et autres affections intestinales et le choléra, par conséquent on ne peut rien déduire à cet égard des observations faites à Lyon à cette époque.

Quant à une constitution médicale préépidémique, M. Teissier dit et M. Besnier l'affirme d'après lui, qu'il n'a été observé rien de semblable à Lyon en 1884; mais ils conviennent qu'il y a eu simultanéité entre la manifestation d'affections intestinales et les cas de choléra. Pure logomachie. A Paris aussi, on niait l'année dernière qu'il y eût eu une constitution préépidémique; mais depuis que son existence a été démontrée, on est revenu de cette opinion et on admet généralement aujourd'hui cette constitution. Si on en nie l'existence à Lyon, c'est qu'elle n'y a pas été suffisamment constatée.

M. BESNIER. Je réitère que M. Teissier a fait à cet égard une enquête sérieuse et qu'il en est résulté qu'il n'y avait pas eu à Lyon de constitution prémonitoire avant les cas de choléra qui s'y sont manifestés. Je n'ai pas dit et je n'ai pas à dire autre chose.

— **M. DECHAMBRE.** M. G. Sée, dans la lecture qu'il a faite à l'Académie dans les deux précédentes séances, a avancé que les saignées, loin de faire maigrir, augmentaient au contraire la quantité de graisse. C'est un fait réel et dont M. Vulpian et moi avons démontré l'exactitude dans des expériences faites en 1866. Des animaux auxquels nous faisions subir de très grandes pertes de sang, loin de diminuer de poids, augmentaient au contraire, et nous avons trouvé la cause de cette augmentation dans une grande quantité de graisse développée au sein de tous les tissus. Le fait a été vérifié sur l'homme à l'époque où l'on pratiquait les saignées en grand nombre. J'ai pu le constater moi-même de la manière la plus nette sur une femme âgée, à laquelle j'avais à pratiquer une saignée et qui, dans un court espace de temps, avait déjà été saignée cent vingt fois.

— **M. LE PRÉSIDENT** fait part à l'Académie de la mort de M. Ch. Robin et il rappelle en quelques mots ses titres aux regrets de tous ses collègues.

LECTURES

La lèpre. — M. VIDAL fait une communication sur la contagion de la lèpre. Après avoir rappelé le rapport de M. C. Paul sur un travail de M. Zambaco, rapport et travail qui concluaient à la non-contagion de la lèpre, M. Vidal déclare ne pas partager cette opinion et fait connaître les raisons qui plaident en faveur de la possibilité de la transmission de la lèpre. Comme pour la syphilis, dit-il, cette transmission peut se faire par hérédité ou par inoculation. Il ne s'arrêtera pas sur le premier mode de transmissibilité, l'hérédité, qui est généralement admise. Il dit seulement qu'elle n'est pas fatale. Il résulte d'une enquête faite par M. Zambaco que ce n'est que sur un quatorzième des cas que la maladie a paru, directement ou indirectement, héréditaire. Dans ces conditions, pour expliquer comment, sur 14 lépreux d'Orient, 13 sont affligés sans transmission héréditaire, M. Zambaco pense que, chez eux, la lèpre, nécessairement d'origine extérieure, est acquise. Bien qu'il déclare n'avoir pas observé d'exemple authentique de contagion, les défenseurs de la transmissibilité par inoculation trouvaient dans le chapitre *Étiologie* de son mémoire des arguments sérieux à l'appui de leur opinion. M. Zambaco admet que le lymphatisme et le scrofulisme prédisposent à la lèpre.

Ces individus, ajoute M. Vidal, débilités par la misère la plus abjecte, vivant en promiscuité avec des lépreux, ne sont-ils pas dans les conditions les plus favorables de réceptivité? Au contact du sang, du pus suintant des ulcérations d'un lépreux, la peau de ces individus, qui est déjà excoriée, ouverte à l'inoculation, ne peut-elle pas être infectée? C'est la transmission par inoculation, le mode de contagion que rend très vraisemblable la découverte du *bacillus lepræ*, parasite qu'on trouve dans les tubercules lépreux ainsi que dans le sang extrait des tubérosités néoplasiques.

La question serait définitivement jugée si la lèpre était inoculable aux animaux. Malheureusement les expériences faites dans ce sens n'ont jamais réussi. Mais la syphilis, elle non plus, n'est pas transmissible aux animaux, et cependant qui pourrait nier pour l'homme la contagion par inoculabilité?

Cette théorie de la contagion, par inoculation accidentelle, est admise par la plupart des médecins de l'Amérique du Nord. Sa propagation est telle que la doctrine de l'hérédité ne pourrait en rendre compte; la contagion seule peut l'expliquer.

C'est dans les pays jusque-là indemnes de la lèpre qu'on peut étudier la contagion, comme, par exemple, dans les États-Unis d'A-

mérique et dans le Canada, dans les îles Hawaï ou îles Sandwich, où la lèpre était inconnue jusqu'en 1848, époque à laquelle y arriva un Chinois lépreux qui vécut en communauté avec les indigènes. En 1861, six de ces indigènes étaient atteints de lèpre (Hildebrand), qui se disséminèrent dans l'Archipel où on put les suivre par les centres de lèpre qu'ils formèrent. En 1864, il y avait déjà 250 lépreux; en 1876, on en comptait plus de 2000.

Si on veut nier la contagion, quelle cause invoquer dans un pays dont les conditions climatériques n'ont pas varié, dont les habitudes hygiéniques n'ont pas été modifiées?

Les médecins de l'île de la Réunion et de l'île Maurice croient à la contagion; c'est à l'idée de contagion et à la création des asiles pour les lépreux, qu'on a dû l'extinction de la lèpre dans les pays où elle était regardée autrefois comme endémique. C'est ainsi qu'en Norvège en trente ans on a obtenu une diminution de moitié, dans les cas de lèpre, due à l'excellente prophylaxie qui a été mise en œuvre et à la parfaite installation des léproseries.

On comprend que, dans des conditions hygiéniques si bien comprises, la contagion par inoculation devienne pour ainsi dire impossible et ne puisse se faire que dans des cas très exceptionnels.

En admettant la doctrine de la contagion, s'ensuit-il qu'on doive approuver les mesures de coercition prises autrefois contre les lépreux? Non, certes. Les mesures de prophylaxie doivent être proportionnées au degré de civilisation des peuples. Les précautions, les soins de propreté, les pansements antiseptiques, l'établissement de léproseries dans des conditions de bien-être qui peuvent décider les lépreux à y entrer et à y séjourner de leur plein gré, semblent suffire pour empêcher une contagion qui ne paraît pas possible par une autre voie que par inoculation.

M. HARDY n'a pas l'intention d'entrer dans le fond de la question; ce qu'il veut dire seulement, c'est que, pour que la lèpre se transmette par contagion, il faut des conditions spéciales qui paraissent être inhérentes à certains climats. Pour lui, dans les cas assez nombreux de lèpre qu'il a eu l'occasion d'observer à Paris, soit dans les hôpitaux, soit en ville, il n'a jamais vu la maladie être contagieuse. Aussi, consulté plusieurs fois par des chefs d'institutions ou par des parents sur la question de savoir si la contagion était à craindre pour les enfants dans ces établissements, il a toujours répondu par la négative.

M. VIDAL est d'accord avec M. Hardy sur ce point que dans nos hôpitaux la lèpre ne paraît pas s'être propagée par contagion. Mais il n'en est pas de même dans toutes les contrées. En Norwège, par exemple, la contagion n'est pas contestable. Il est probable qu'il y a là une influence de climat, et peut-être de race et de classe sociale.

M. HARDY. La lèpre n'atteint pas seulement les classes indigentes; on en voit aussi à Paris dans les classes riches.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ a fait récemment un voyage à Constantinople, où il a pu étudier sur place la question soulevée par M. Vidal. A Constantinople, il y a deux léproseries. On ne permet pas aux lépreux d'en sortir, mais on y laisse entrer qui veut. Or jamais on n'a vu la contagion se produire sur les nombreux visiteurs en contact avec les lépreux, alors même que ceux-ci étaient aux périodes les plus avancées de leur maladie. Il y a, en outre, à Constantinople, environ 200 lépreux en toute liberté, qui sont mariés et vivent en ménage. Jamais on n'a vu, au sein de ces ménages, un seul cas de contagion. C'est du moins ce que des interrogations multipliées et une enquête sérieuse ont appris à M. Dujardin-Beaumetz.

La lèpre est héréditaire, cela ne paraît pas contestable. On dit que c'est une maladie microbienne; il semble difficile d'admettre comme microbienne une maladie qui n'est pas contagieuse. Cependant il y a des maladies qui ont été reconnues microbiennes dans ces derniers temps et qui ne sont point contagieuses, la fièvre intermittente par exemple. Il ne serait donc pas impossible qu'il en fût de même pour la lèpre.

Quoi qu'il en soit, de l'étude à laquelle M. Dujardin-Beaumetz s'est livré sur ce sujet, il ressort à ses yeux que la lèpre n'est pas contagieuse.

M. CONSTANTIN PAUL, sans se prononcer formellement entre les deux opinions opposées des contagionistes et des non contagionistes, se borne à constater qu'en Europe, du moins, la lèpre ne s'est jamais montrée contagieuse. Il n'en connaît pas pour sa part un seul exemple. On a pratiqué des inoculations qui sont toujours restées sans résultat. On a découvert depuis le bacille de la lèpre. De nouvelles tentatives d'inoculation ont été faites sans plus de résultats que les précédentes. Pour lui, la contagion n'est nullement prouvée.

M. LEROY DE MÉRICOURT n'a pas d'expérience personnelle sur ce sujet. Mais des observations faites par les médecins de la marine, et dont il a eu connaissance, notamment de celles de M. Brissac aux Antilles et dans l'Inde, il résulte que la lèpre n'est pas contagieuse. Jamais il n'a constaté de cas de contagion après des rapports habituels entre des lépreux et des personnes saines. Quant à l'hérédité, elle ne paraît pas douteuse.

M. LAGNEAU croit qu'il est difficile de ne point admettre la transmissibilité de la lèpre par voie d'importation. D'après des documents historiques, la lèpre paraîtrait avoir pris son origine dans quelques contrées du Nord, d'où elle se serait propagée ensuite. L'histoire nous apprend que le pape Étienne III, au VIII[e] siècle, voulut empêcher Charlemagne d'épouser la fille du roi des Lombards, parce que la lèpre sévissait alors en Lombardie; or on sait que les Lombards venaient du nord de l'Europe. Les races scandinaves, en émigrant dans le Midi, avaient transporté la lèpre dans le nord de l'Italie; il n'y a pas très longtemps encore qu'il existait des léproseries en Italie, notamment à San-Remo. Ce sont également des Scandinaves qui ont importé la lèpre aux États-Unis d'Amérique.

M. LARREY se rappelle avoir présenté à l'Académie un mémoire sur ce sujet, qui concluait dans le sens de la non-contagion.

M. VIDAL demande à ses contradicteurs comment ils s'expliqueront les faits, qui ont été constatés plusieurs fois, d'importation de la lèpre dans des îles où elle avait été jusque-là inconnue, autrement que par la contagion. On en a attribué le développement à l'usage exclusif du poisson comme alimentation. Mais on pourrait citer beaucoup de populations qui n'ont presque pas d'autre nourriture et qui n'ont cependant pas la lèpre, tandis qu'on en a parfois constaté l'existence dans des pays où l'on ne mange pas de poisson.

On vient de dire qu'il n'y a pas d'exemple de contagion de la lèpre en Europe. Sans doute, il s'en faut que la contagion de la lèpre soit aussi manifeste et aussi active qu'elle l'est dans une foule d'autres maladies; les exemples en sont rares et peut-être difficiles à constater, d'autant que l'incubation paraît en être très longue. M. Vidal cite l'exemple d'un Français qui, après un long séjour dans un pays où régnait la lèpre, de retour en France est devenu lépreux. Plusieurs médecins ont contracté la lèpre après un séjour plus ou moins prolongé dans des pays où elle est commune. Enfin il connaît plusieurs exemples de communication de la lèpre entre époux, après une longue cohabitation : dans un cas, la femme d'un lépreux n'est devenue lépreuse à son tour qu'au bout de six ans de cohabitation avec son mari.

Les exemples de ce genre ne sont peut-être pas aussi rares qu'on paraît le croire.

En somme, ajoute M. Vidal, si on n'admet pas la contagion, c'est tout simplement parce qu'elle est difficile à constater et qu'elle est difficilement inoculable. Mais la varicelle, dont on ne conteste pas la contagionabilité, n'est pas non plus inoculable. M. Peter n'est-il pas là pour vous en dire autant de la diphthérie? La tuberculose est loin d'être inoculable dans tous les cas, et M. Leudet a montré dans ses recherches sur la propagation de la tuberculose pulmonaire dans les familles, combien elle était relativement rare entre les conjoints.

En résumé, la lèpre peut se transmettre, mais pour que cette transmission ait lieu, il faut des conditions particulières de transmissibilité, d'une part, et de réceptivité, de l'autre. C'est seulement par cette transmissibilité, rare sans doute et difficile à constater, mais qui n'en est pas moins réelle, qu'on peut s'expliquer les faits dont on ne pourrait pas se rendre compte par l'hérédité.

M. CONSTANTIN PAUL. M. Vidal ne nous a pas donné une preuve démonstrative de la contagion, c'est une simple interprétation des faits.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. M. Vidal, de ce que l'on ne connaît pas l'étiologie de la lèpre, conclut à la contagion : ce n'est pas une raison. Les faits qu'il a cités sont exceptionnels. Il y a d'ailleurs dans les faits empruntés à nos devanciers une cause d'erreur, c'est qu'ils ont confondu souvent la lèpre avec la syphilis ou avec d'autres maladies.

M. VIDAL. Si la lèpre n'est pas contagieuse, comment se transmet-elle ?

M. LE PRÉSIDENT clôt la discussion par ces paroles qu'il adresse à M. Vidal : « Votre opinion est respectable, mais vos collègues ne la partagent pas. »

Des injections intraveineuses dans le traitement du choléra. — **M. ROUVIER** fait une communication sur ce sujet. En voici les conclusions :

1° La transfusion est formellement indiquée dans le choléra quand le stade asphyxique s'est produit malgré l'emploi des autres moyens thérapeutiques. Elle nous a donné dans ces conditions une proportion de guérison de 33 p. 100.

2° Elle doit être alors employée le plus tôt possible.

3° Elle doit être tentée dans tous les cas, quelque imminente que paraisse la terminaison fatale.

4° Elle doit être renouvelée toutes les fois que le collapsus se reproduit.

5° Il faut continuer l'injection jusqu'à ce que le pouls soit facile à compter et que le malade ait recouvré l'intégrité de ses sens et de son intelligence.

6° L'opération est d'une innocuité absolue.

7° L'injection intraveineuse de sérum artificiel ne peut être considérée que comme un moyen de réaction. Mais c'est sans contredit le plus puissant de tous.

8° Elle est sans action sur l'infection cholérique elle-même.

9° Après son emploi, l'évolution du choléra s'opère comme après toute autre réaction. Il faut alors comme auparavant obéir à toutes les indications qui se présentent.

Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Leroy de Méricourt.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1885.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL.
1er	14	24	3	41
2e	23	23	3	49
3e	27	37	10	74
4e	29	49	15	93
5e	23	48	8	79
6e	23	29	8	60
7e	20	20	2	42
8e	10	12	1	23
9e	18	18	2	38
10e	22	33	3	58
11e	72	100	36	208
12e	29	38	16	83
13e	28	61	21	110
14e	37	71	30	138
15e	42	65	19	126
16e	20	23	6	49
17e	45	78	19	142
18e	47	106	26	179
19e	45	62	23	130
20e	53	95	37	185
	627	992	288	1 907

MALADIES OBSERVÉES.

A. Angines et laryngites	101
Croup	30
Coqueluche	3
Corps étranger de l'œsophage	1
Otite	1
B. Asthme	30
Affections du cœur	41
Bronchites aiguës et chroniques	67
Pleuro-pneumonie	41
Congestion pulmonaire	23
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	202
Cholérine	86
Dyssenterie	6
Athrepsie	32
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	77
Hernie étranglée	19
Rétention d'urine	21
Orchite	3
Chute du rectum	1
D. Métrite, métro-péritonite	47
Métrorrhagie	49
Fausse couche	44
Accouchement, délivrance	231
Accouchements non terminés	43
E. Affections cérébrales, paralysies	98
Convulsions, éclampsie	58
Névralgie	26
Névroses	64
Épilepsie	13
Aliénation mentale	9
Alcoolisme, delirium tremens	15
Catalepsie	1
Tétanos	2
F. Rhumatisme	14
Affections éruptives	45
Fièvre intermittente	3
Fièvre typhoïde	35
Hémorrhagies de causes internes et externes	83
G. Plaies, contusions	111
Fractures, luxations, entorses	34
Brûlures	4
Empoisonnements	16
Asphyxie par le charbon	8
— submersion	2
Suicide	5
H. — Mort à l'arrivée du médecin	62
Total	1 907

La moyenne des visites par nuit est de 20,72. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 24,86.

Visites du troisième trimestre de 1884	2 446
Visites du troisième trimestre de 1885	1 907
Différence en moins	539

Les hommes entrent dans la proportion de 33 p. 100 ;
Les femmes — — 52 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 15 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Par décret en date du 12 octobre 1885, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — M. Allanic.

Au grade de médecin principal. — MM. Illy, Léonard dit Champagne, Maurel, Barnier.

— A la suite des faits qui se sont passés la semaine dernière au concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris, l'avis suivant a été affiché, par ordre de l'Administration, dans tous les hôpitaux de la capitale : « La prochaine séance du concours de l'internat, qui devait avoir lieu aujourd'hui mardi, est remise à un jour qui sera ultérieurement indiqué par de nouvelles affiches placardées dans les hôpitaux. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — A partir du 1er novembre 1885, le nouveau régime d'études médicales, établi par décret du 20 juin 1878, sera seul en vigueur. Conformément à la circulaire ministérielle du 26 avril 1884, la situation des étudiants en médecine appartenant à l'ancien régime qui, à cette date, n'auraient pas terminé leurs études, sera fixée par les dispositions transitoires suivant chacune des catégories dans lesquelles ces étudiants seront classés :

1° Étudiants qui, ayant subi le premier examen de fin d'année,

seront pourvus de quatre à huit inscriptions : ils devront subir le premier examen probatoire avant de poursuivre leurs études;

2° Étudiants qui, ayant subi le deuxième examen de fin d'année, seront pourvus de douze inscriptions ou de huit à douze inscriptions sans avoir subi le troisième examen de fin d'année. Ces étudiants devront, suivant le nombre des inscriptions qu'ils possèdent, subir le premier examen et la première partie du deuxième examen, avant d'être admis à continuer leur scolarité ;

3° Étudiants pourvus de douze à seize inscriptions et qui auront subi le troisième examen de fin d'année. Ces étudiants seront autorisés à prendre régulièrement, aux époques trimestrielles réglementaires, les dernières inscriptions et à passer leur examen après la seizième;

4° Étudiants pourvus de seize inscriptions et n'ayant subi aucun examen probatoire. Ces étudiants subiront tous les examens dans l'ordre prescrit par le décret du 20 juin 1878;

5° Etudiants pourvus de seize inscriptions et ayant subi avec succès un ou plusieurs examens probatoires d'après l'ancien régime. Ces étudiants conserveront le bénéfice des examens subis avec succès et, pour les autres, ils seront soumis au nouveau programme dans l'ordre indiqué par le décret du 20 juin 1878;

6° Étudiants qui, en juillet 1885, auront été ajournés au troisième examen de fin d'année ou à un examen probatoire ou, en général, qui seront sous le coup d'un échec à la fin de l'année scolaire 1884-1885 :

a. Les étudiants ajournés au troisième examen de fin d'année en juillet 1885 ou qui seraient sous le coup d'un échec à cet examen, à la fin de l'année scolaire 1884-1885, auront la faculté de se présenter de nouveau au mois d'octobre 1885, c'est-à-dire avant le 1er novembre; d'après le résultat de l'examen, ils seront rangés soit dans la deuxième, soit dans la troisième catégorie. Il n'y aura nul recours, même dans le cas de maladie.

b. Les élèves ajournés à un examen probatoire au mois de juillet 1885, ou qui seraient sous le coup d'un échec à la fin de l'année 1884-1885, conserveront le bénéfice des examens subis avec succès et seront assimilés aux étudiants de la cinquième catégorie. Il n'y aura, non plus, nul recours, même dans le cas de maladie.

— M. les élèves internes et externes des hôpitaux de Paris sont prévenus que les travaux anatomiques de l'année scolaire 1885-1886 commenceront le lundi 19 octobre 1885 à l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° Anatomie topographique. — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis;

2° Anatomie descriptive. — M. le docteur Ricard, premier prosecteur, les mardis et jeudis;

3° Physiologie. — M. le docteur Walther, deuxième prosecteur, les mardis et samedis;

4° Histologie. — M. le docteur Armand Siredey, chef du laboratoire, les mardis et vendredis à deux heures;

Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

— *Hospices civils de Rouen.* — Un concours s'ouvrira le jeudi 17 décembre 1885 pour l'internat en médecine. Les épreuves commenceront à trois heures précises de l'après-midi à l'hospice général dans la salle des séances. Les candidats devront se faire inscrire quinze jours au moins avant la date fixée pour l'ouverture dudit concours.

La durée des fonctions est de quatre années, et le traitement annuel est de 600 francs en plus du logement et de la nourriture.

Un second concours pour l'internat en pharmacie s'ouvrira le jeudi 10 décembre 1885 dans le même local; les épreuves commenceront à deux heures de l'après-midi. Les candidats devront se faire inscrire à la direction des hospices (enclave de l'hospice général), quinze jours avant la date fixée pour le concours.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18440.

N° 120. — SAMEDI 17 OCTOBRE 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 17 OCTOBRE 1885. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 16 octobre 1885.

Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin (1).

Lorsque, il y a cinq ans, nous rendions compte du premier volume de cette publication de M. Péan, que nous n'avons pas hésité à qualifier dès lors d'œuvre capitale de sa vie, nous avons essayé de montrer par quelle succession de conceptions et d'études approfondies cet éminent chirurgien était arrivé à pratiquer une série de grandes opérations, jusque-là insolites pour la plupart. Nous faisions remarquer que, loin d'être tentées au hasard, sous la seule incitation de l'appât de succès éclatants, capables d'en justifier l'audacieuse entreprise, elles étaient, au contraire, le résultat d'une pensée fortement mûrie et d'un enchaînement d'observations dans lesquelles tout était parfaitement réfléchi, calculé et prémédité; que ce n'était qu'après s'être assuré de l'impuissance de toute autre manière d'agir et après avoir acquis une connaissance approfondie des régions où devaient être portés les instruments, qu'il avait eu recours à l'intervention chirurgicale. Nous signalions enfin le soin avec lequel il cherchait toujours à s'entourer des plus grandes chances possibles de succès, s'appuyant sur l'expérience acquise et sur les progrès réalisés par les entreprises précédentes, dans l'exécution de ces entreprises nouvelles, qui ont suscité l'admiration des uns, les critiques acerbes des autres, l'étonnement de tous.

Ce que nous disions alors à propos des opérations dont la description et l'histoire faisaient le sujet de ce premier volume, celles qui sont applicables aux tumeurs intra-abdominales proprement dites, peut s'adapter aussi bien à celles qui font l'objet du deuxième volume. Nous avons pensé, à raison de la distance qui sépare ces deux publications, qu'il n'était pas superflu de rappeler cette première appréciation, d'autant qu'en parcourant ce deuxième volume, on va en trouver à chaque pas la justification.

Si, avant de continuer l'examen de l'œuvre commencée avec cette fermeté de décision, cette puissance de volonté, et poursuivie avec cette active et énergique persévérance qui ne s'est jamais démentie, nous nous arrêtons un instant sur l'auteur lui-même, nous nous prenons à hésiter sur ce qui est le plus fait pour surprendre ou de la somme de travail accompli et de résultats acquis en un laps de temps relativement si court, ou de l'impassibilité avec laquelle il poursuit imperturbablement son œuvre, au milieu des impressions si diverses, des jugements et des appréciations souvent si contraires qu'elle suscite, — ici succession ininterrompue de témoignages élogieux et de formules admiratives, là critique sans merci ou silence systématique d'une opposition endurcie et qui ne veut rien entendre, — sans se laisser troubler ni émouvoir, sans se griser à la flatterie des uns, sans daigner se retourner pour répondre aux objurgations des autres : *Vir tenax et impavidus.*

Mais pénétrons dans le fond même de notre sujet.

I

Le premier volume, avons-nous dit, était consacré à l'étude du diagnostic et du traitement des tumeurs de l'abdomen, distinguées en tumeurs pariétales : tumeurs de la couche cutanée et sous-cutanée, des couches musculo-aponévrotiques, sous-musculaires, rachidiennes, rénales, péritonéales, etc.; et en tumeurs viscérales ou intra-péritonéales : tumeurs de l'estomac, de l'intestin, de la rate, du pancréas, du mésentère, etc. Un ordre semblable est suivi dans ce deuxième volume pour les tumeurs du bassin, qui sont divisées en tumeurs des parois et tumeurs des viscères.

Les tumeurs des parois du bassin sont plus nombreuses que celles des parois de l'abdomen, ce qui tient à la grande variété des organes qui entrent dans sa composition. Le bassin n'offre pas à considérer seulement le squelette ostéo-musculaire, il y a également à tenir compte de toutes les parties externes des organes génito-urinaires. Or, il eût été irrationnel de scinder l'étude des parties externes de ces organes de celle de leurs parties internes, d'autant que les conquêtes de la chirurgie moderne permettent aujourd'hui d'atteindre les parties contenues dans le bassin, comme celles qui sont situées sur ses parois. De là la nécessité de donner aux maladies des os, des articulations, des muscles, des aponévroses, du tissu cellulaire, des bourses séreuses, des vaisseaux sanguins, des vaisseaux et des ganglions lym-

(1) *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, par J. PÉAN, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Tome IIe, avec 264 figures dans le texte, fort volume de 1316 pages. — Paris, 1885, chez Delahaye et Lecrosnier.

phatiques et des nerfs qui entrent dans la composition des parois du bassin, une étendue et une importance qu'on n'était pas habitué à trouver dans les ouvrages courants de clinique chirurgicale.

Quelques-unes de ces affections, plus spécialement celles dont le diagnostic était facile et qui étaient estimées passibles d'une intervention chirurgicale, avaient été largement décrites par les auteurs. Aujourd'hui que la chirurgie a considérablement étendu son champ d'action, il s'agissait d'en faire autant pour celles de ces affections dont l'étude avait été négligée ou peu approfondie par les chirurgiens, considérées qu'elles avaient été par eux jusque-là comme inaccessibles à leur intervention. C'est ce qu'a fait M. Péan.

Après avoir établi le diagnostic des tumeurs inflammatoires des os, des articulations, des muscles, des aponévroses et du tissu cellulaire du bassin, il décrit les opérations qui leur sont applicables. C'est ainsi qu'il n'a pas craint de consacrer des chapitres importants au diagnostic et au traitement des tumeurs qui se développent dans les bourses séreuses, dans les vaisseaux sanguins, les ganglions lymphatiques et les nerfs.

En ce qui concerne en particulier les maladies des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, il montre tout le parti que l'on peut tirer, au point de vue pratique, des travaux qui ont été accomplis dans ces derniers temps, notamment en France, sur ces divers sujets.

L'étude des tumeurs du périnée devait l'entraîner nécessairement à parler de celles de l'urèthre, de la prostate, des vésicules séminales, de la verge, du scrotum chez l'homme; de la vulve, de l'hymen, du vagin chez la femme. La variété des affections que l'on observe dans ces régions a successivement obligé l'auteur à donner une assez grande étendue à cette partie de son travail, et, suivant l'ordre classique, il a étudié successivement les tumeurs qui sont la conséquence d'anomalies congénitales, de traumatismes accidentels, d'inflammations causées par des corps étrangers, d'inflammations spécifiques ou autres, d'affections tuberculeuses, kystiques, néoplasiques, etc. Or on sait combien dans l'urèthre et ses annexes, les glandes muqueuses, glandes de Cowper, prostate, dans le pénis, dans l'épididyme, dans le testicule, dans le cordon, toutes ces affections prennent d'importance. Toutes les tumeurs de ces organes ont été décrites avec le soin le plus minutieux.

Il en est de même pour les tumeurs de la vulve et du vagin, et il suffit de lire les descriptions qui en ont été faites, pour voir qu'aux descriptions classiques l'auteur a ajouté un grand nombre de documents originaux puisés dans sa pratique personnelle.

II

En ce qui concerne les tumeurs viscérales, les seules qui ont été traitées dans ce volume sont celles de la vessie et de l'ouraque, que l'on pourrait à la rigueur classer, comme le rein, dans les tumeurs pariétales, et une partie importante des tumeurs de l'utérus. Ces tumeurs sont décrites en suivant le même ordre que pour les tumeurs pariétales. M. Péan insiste plus particulièrement sur celles de la vessie et de l'ouraque.

Tout le monde sait qu'aujourd'hui, grâce aux progrès de la chirurgie, on ne craint plus d'atteindre les tumeurs qui se développent à l'intérieur ainsi qu'à l'extérieur de la vessie.

Aussi M. Péan ne se borne-t-il pas à préciser, comme on le faisait autrefois, leur diagnostic, il s'est arrêté avec une insistance particulière sur le traitement chirurgical qu'elles réclament et sur le choix des opérations qui leur conviennent. Lui-même n'a pas reculé devant l'ablation de tumeurs solides développées dans l'intérieur de ce réservoir, et il suffit de parcourir les Revues scientifiques pour voir combien, d'une année à l'autre, la chirurgie fait de progrès dans cette voie.

Quant aux tumeurs de l'utérus, après avoir exposé les généralités si importantes qui ont trait aux affections de cet organe, il a successivement décrit les tumeurs par anomalies, par déplacement, par rétention, se proposant de donner au commencement du volume suivant ce qui a trait aux tumeurs hypertrophiques, kystiques, fibreuses, fibroplastiques et cancéreuses.

On sait aujourd'hui les efforts qu'ont faits les chirurgiens pour combattre ces affections qui exercent une si fâcheuse influence sur l'économie. Il était important de connaître sur ce sujet l'opinion même de l'auteur, le résultat de sa pratique. Aussi lira-t-on avec intérêt les observations et les statistiques qu'il a jointes au cours de ces descriptions.

Parmi les tumeurs par rétention, à côté de celles qui sont produites par l'hématomètre ou l'hydromètre, on trouve celles qui sont liées à la grossesse.

Bien que tout ce qui a trait à la grossesse semblât, au premier abord, devoir être réservé pour les traités d'obstétrique, on comprendra aisément qu'elle figure ici, ne fût-ce qu'à cause des erreurs de diagnostic dont elle peut être quelquefois le sujet, soit par ses complications ou par quelques-unes de ses anomalies. Mais c'est surtout sur ces grossesses compliquées ou ces grossesses anomales considérées en elles-mêmes, que M. Péan a cru devoir faire porter un examen approfondi, seul capable d'éclairer le chirurgien sur l'utilité de son intervention et de le guider dans le choix des moyens chirurgicaux à mettre en œuvre.

Parmi les chapitres consacrés aux grossesses anomales, nous signalerons ceux qui ont trait à la rupture du placenta, à la mort du fœtus, à l'hydramnios, aux polypes placentaires et surtout aux grossesses extra-utérines.

Pour les grossesses compliquées, M. Péan s'étend surtout sur celles des complications qui dépendent des maladies des parois et des viscères du bassin, des anomalies ou vices de conformation du bassin, cals vicieux, exostoses, ostéofibromes, ostéo-fibro-plexomes, accouchements prématurés, maladies de la vulve, du vagin, de la vessie, de l'utérus et de ses annexes.

Sur tous ces sujets, on consultera avec fruit l'opinion de M. Péan, relativement au choix des moyens de traitement et des procédés opératoires qu'il y a lieu d'appliquer, tels que l'avortement provoqué, l'accouchement prématuré artificiel, la forcitraction, la version, l'embryotomie et l'opération césarienne.

En nous montrant tous les progrès qui ont été accomplis de nos jours dans cette voie, en insistant sur tous les détails de manuel opératoire qui peuvent contribuer à sauver un si grand nombre de malades, M. Péan signale les points sur lesquels il reste encore de grands progrès à réaliser.

On trouvera à la fin de ce volume les statistiques à l'aide desquelles on pourra juger de la valeur des efforts qui ont été tentés jusqu'à ce jour.

III

On comprendra qu'en faisant ici l'analyse d'un aussi important volume, qui a plus de 1300 pages, il nous soit impossible d'entrer dans tous les détails qu'elle comporterait, et que nous ayons dû nous borner à les indiquer. Nous ferons seulement observer, en terminant, que chaque chapitre renferme des considérations qui sont personnelles à l'auteur et contient de nombreuses observations et des figures qui éclairent et facilitent singulièrement l'intelligence du texte. Les figures ont été reproduites d'après nature, comme on pourra s'en rendre compte en les comparant avec celles qui ont été faites d'après les pièces originales qu'il a déposées au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Pour les observations, nous recommandons surtout la lecture de toutes celles qui se rattachent aux maladies nécessitant des opérations pratiquées sur des parties profondes, telles que l'ovariotomie, par exemple, la gastrotomie, dont M. Péan a personnellement tant élargi le cadre; les résections de l'os iliaque dans les cas d'inflammation, de tubercules; l'ouverture des abcès profonds du bassin, des bourses séreuses, des phlegmons iliaques, des phlegmons prévésicaux, des kystes sous-péritonéaux; l'ablation des tumeurs graisseuses intra-pelviennes, des tumeurs des ganglions iliaques, de diverses tumeurs du cordon, kystes, lipomes, épiplocèles; l'ablation par grattage des végétations du pénis et de la vulve; l'amputation du pénis; les divers procédés de castration chez l'homme; le traitement de l'hypospadias et de l'exstrophie de la vessie, des fistules uréthrales, des infiltrations d'urine; la taille hypogastrique, soit appliquée aux infiltrations urineuses, aux déchirures de l'urèthre ou aux calculs et aux tumeurs de la vessie; les procédés de broiement pour les calculs vésicaux chez la femme; l'ablation des tumeurs de la vulve, de l'hymen, de l'urèthre; les divers procédés de castration chez la femme; le mode d'ablation des tumeurs par occlusion du vagin; le procédé opératoire pour les kystes du vagin, pour le traitement des fistules vésico-vaginales et vésico-utérines; les procédés applicables aux tumeurs par rétention de l'utérus; les procédés opératoires pour le traitement des grossesses extra-utérines et pour l'opération césarienne.

A propos de cette dernière opération, on trouvera à la fin du volume la statistique des opérations césariennes faites depuis 1877, qui révèle une amélioration dans les résultats obtenus comparativement à ceux qu'avaient donnés les relevés antérieurs.

On verra, en compulsant ces observations, que bon nombre de ces opérations ont nécessité un manuel opératoire qui est propre à l'auteur.

Lors de la publication du premier volume, M. Péan avait pensé qu'il pourrait comprendre dans le présent volume tout ce qui a trait au diagnostic et au traitement des tumeurs du bassin; il explique dans son avant-propos comment le nombre des sujets et l'étendue des détails nécessités par l'exposition des progrès journaliers qui s'y rattachent, l'ont obligé à renvoyer à un troisième volume qui comprendra ce qui a trait à la fin de l'histoire des tumeurs de l'utérus et de leur traitement et aux maladies du rectum.

C'est seulement lorsque ce troisième et dernier volume aura paru qu'on pourra apprécier dans son ensemble cette œuvre considérable. C'est alors aussi que M. Péan pourra dire avec un légitime orgueil : *Exegi monumentum*.... B...

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Pollosson.

Note sur deux cas de paralysie transitoire de la moitié inférieure droite de l'orbiculaire labial, consécutive à l'extirpation de ganglions.

Par M. René Duzéa, interne des hôpitaux de Lyon.

Nous avons eu l'occasion, ces temps derniers, d'observer dans le service de M. Maurice Pollosson, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu, deux cas de paralysie du rameau buccal inférieur du facial, sans lésion présumée du tronc nerveux. Cette paralysie, qui, dans les deux cas, s'étendait uniquement à la moitié inférieure de l'orbiculaire labial, est survenue immédiatement après une extirpation ganglionnaire, dont nous allons donner, du reste, une relation succincte.

Les faits de paralysies, plus ou moins étendues et consécutives à des traumatismes opératoires, sont loin d'être rares; elles sont alors la conséquence de sections nerveuses, et persistent, sinon indéfiniment, du moins un temps assez long, jusqu'au moment où les tubes nerveux se sont cicatrisés et se sont régénérés.

Rien de pareil, au contraire, pour nos deux cas, où la paralysie, quoique très accusée dès le début, a été pourtant des plus transitoires : à peine, en effet, a-t-elle duré trois ou quatre jours.

Le premier fait est relatif à une jeune fille de dix-huit ans, portant à la région parotidienne et sous-maxillaire un chapelet de quatre ou cinq ganglions strumeux, persistant depuis plusieurs mois, malgré des badigeonnages à la teinture d'iode, de l'iodure de potassium à l'intérieur et un traitement anti-scrofuleux des plus énergiques.

La malade insistant pour être débarrassée de ses masses ganglionnaires, on l'opère le 10 septembre, après anesthésie.

Rien de particulier pendant l'opération, sinon une hémorrhagie insignifiante. Les ganglions, dont deux ou trois de la grosseur d'une amande, étaient déjà caséeux à leur centre. Ils furent assez difficiles à énucléer et à séparer des tissus ambiants dans lesquels ils étaient comme incrustés.

Les incisions avaient pénétré jusque dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique, mais l'énucléation avait été faite avec les doigts, et rien ne pouvait faire présumer une lésion d'un rameau important du facial. Aussi, ne fut-on pas peu surpris, lorsque au réveil de la malade, dès qu'elle voulut prononcer quelques mots, on s'aperçut que la moitié inférieure de son orbiculaire buccal du côté droit était complètement paralysé : la moitié de la lèvre était poussée en avant, par les efforts respiratoires, les traits déviés du côté opposé.

Il n'y avait aucun trouble de la sensibilité, qui était parfaitement conservée; seul, le mouvement faisait complètement défaut. On pensa alors à une section imprévue ou à une déchirure du rameau buccal inférieur droit.

Le soir, pas de changement; la paralysie est des plus nettes, la malade l'a elle-même remarqué, et nous l'a fait observer.

Pourtant, dès le lendemain matin, nous constatons une notable amélioration : elle ne peut encore contracter volontairement la moitié inférieure de sa lèvre droite, mais sous l'influence d'une piqûre d'épingle, on constate une légère contraction réflexe.

Le surlendemain, l'amélioration a fait de grands progrès : la malade contracte volontairement sa lèvre, qui présente à peine une légère déviation persistante au repos.

Enfin, le jour suivant, tout est rentré dans l'ordre; le mouvement est complètement rétabli, à peine reste-t-il une très légère déviation des traits. Les suites de l'opération sont des plus simples.

Le second cas se rapporte à un homme de soixante ans, opéré,

il y a quelques mois, d'un cancroïde de la lèvre inférieure, et qui entre de nouveau dans le service pour une récidive ganglionnaire.

La plaie buccale est complètement cicatrisée depuis longtemps et ne présente rien de particulier; mais au-dessous de la branche horizontale de la mâchoire inférieure, à gauche, on voit une tumeur ganglionnaire dure, non adhérente à la peau et indépendante également du maxillaire, mais s'étendant assez profondément et complètement inclinée dans la loge de la glande sous-maxillaire. On sent la carotide externe qui bat immédiatement en arrière de la tumeur et qui paraît même lui adhérer.

On fait une incision de 4 ou 5 centimètres à 1 centimètre 1/2 environ au-dessous de la branche inférieure de la mâchoire; on ouvre la loge sous-maxillaire et l'on tombe sur la tumeur ganglionnaire faisant corps avec la glande sous-maxillaire, sans que celle-ci cependant fût prise dans sa totalité. Néanmoins, on l'énucléé assez facilement avec les doigts, on enlève les dernières parcelles de la glande, et l'on nettoie complètement la loge. De même que dans le premier cas, au moment où le malade se réveille et fait des efforts pour parler, on constate une paralysie complète de la moitié gauche de la lèvre inférieure.

Or, dans ce cas encore, bien plus sûrement que dans le précédent, on ne peut mettre cette paralysie sur le compte d'une section nerveuse, puisque l'incision a porté au moins à 2 centimètres au-dessous des rameaux buccal et mentonnier qui vont innerver l'orbiculaire et le muscle inférieur de la commissure. On sait, en effet, que les rameaux buccaux inférieurs se dirigent en avant, entre le masséter et la parotide, pour aller, les uns au buccinateur et à la moitié inférieure de la parotide, tandis que les autres s'anastomosent avec le rameau du nerf buccal. D'autre part, les rameaux mentonniers suivent le bord inférieur de la mâchoire, mais à un demi-centimètre de ce bord, pour aller se distribuer au carré, à la houppe du menton, et à la partie inférieure de l'orbiculaire labial, où ils s'anastomosent avec les rameaux terminaux du dentaire inférieur, pour former enfin le plexus mentonnier.

Par conséquent, l'incision a donc porté, au moins, à 2 centimètres au-dessous des rameaux les plus inférieurs; elle n'a pu intéresser que les derniers filets de la branche cervico-faciale qui ne fournit aucune branche à l'orbiculaire ou aux muscles de la commissure.

Du reste, ici encore, la paralysie s'est très vite modifiée; la sensibilité a été constamment intacte, et le mouvement s'est rétabli complètement au bout du quatrième jour après l'opération.

D'après les détails opératoires que nous venons d'exposer, plus encore en raison de la rapidité avec laquelle la paralysie s'est modifiée si complètement, il ne peut être question d'une lésion nerveuse directe. On ne peut guère la mettre que sur le compte d'une paralysie réflexe consécutive au trauma opératoire, ou peut-être encore au tiraillement produit à distance sur certains filets nerveux par les efforts nécessités par l'extirpation de la tumeur.

Enfin, nous devons ajouter en terminant, que chez un troisième malade qui présentait un engorgement ganglionnaire sous-maxillaire consécutif à un épithéliome labial, et chez qui l'extirpation fut pratiquée en suivant exactement la même voie que dans notre second cas, aucun phénomène de paralysie n'a été constaté du côté de l'orbiculaire ou des autres muscles de la partie inférieure de la face.

Ces faits de paralysie sont donc loin d'être constants; ils ne paraissent s'observer que dans certains cas particuliers dont la cause absolue ne nous est pas bien connue.

Nous avons pensé néanmoins qu'il n'était pas sans intérêt de relater ces deux cas, attendu que nous n'avons trouvé leurs semblables signalés nulle part dans la science, et qu'ils paraissent diminuer considérablement la gravité du pronostic ultérieur de certaines paralysies localisées et consécutives à des délabrements opératoires.

UNE ÉPIDÉMIE DE DIPHTHÉRIE

Par M. le docteur Louis Divet (de Janzé).

Sachant par expérience combien parfois est grande la perplexité du médecin appelé près d'un enfant atteint de diphthérie et mis en demeure de faire son choix entre les nombreux traitements préconisés aujourd'hui, j'ai cru pouvoir apporter un élément nouveau à la solution de ce problème, en publiant la relation d'une récente épidémie que je viens d'observer, dans laquelle j'ai employé un traitement mixte, mais uniforme, pour tous les malades atteints, et où le succès est venu couronner mes efforts.

Le 26 juin dernier, j'étais mandé de grand matin près de l'enfant D..., dont l'habitation touche la gare de Corps-Nuds. Cet enfant, âgé de dix-huit à vingt mois, était arrivé à la période asphyxique du croup; les amygdales, le voile du palais, les joues, étaient tapissés de fausses membranes; l'enfant mourut le jour suivant. Dans la soirée du même jour, je visitais l'enfant S..., à 200 mètres à l'est de la maison D... Cet enfant, âgé de neuf ans, présentait un jetage considérable par les narines; la bouche exhalait une odeur insupportable, dont l'appartement était rempli; elle était complètement garnie de fausses membranes; la voix éteinte, le pouls filiforme, le teint terreux, les ganglions sous-maxillaires considérablement tuméfiés. L'enfant mourut dans la nuit.

Le lendemain matin, 27, je visitais dans le bourg de Corps-Nuds, situé à 1500 mètres à l'ouest de la gare, l'enfant P..., âgé de huit ans, malade depuis deux jours; je constatai tout d'abord le développement considérable des ganglions; et, à l'examen de la gorge, je trouvai les amygdales recouvertes de fausses membranes dans toute leur moitié postérieure; la voix avait conservé son timbre; le pouls ne dépassait pas 120. J'instituai le traitement suivant, qui a été régulièrement suivi : un vomitif; cautérisation deux fois le jour à l'aide d'un pinceau imbibé de perchlorure de fer liquide; insufflation, quatre fois le jour, d'un mélange de poudre d'alun et de tannin; faire prendre de deux en deux heures une cuillerée à bouche d'une potion de 125 grammes renfermant 4 grammes de chlorate de potasse; fumigations de goudron deux fois le jour à l'aide d'un morceau de fer rougi ou de charbons incandescents; alimenter l'enfant autant que possible, vin d'Espagne, quelques cuillerées de café noir, etc.

Le surlendemain, 29, j'étais mandé à la ferme du Bas-Coudray, située à 1 kilomètre au sud du bourg, et dans laquelle un premier enfant venait de succomber entre les mains d'un guérisseur de croup très en renom dans notre département. Mêmes symptômes exactement que chez l'enfant P... Même traitement.

Deux jours après, le 1er juillet, je visitais l'enfant R..., âgé de neuf ans, sur le bord du chemin qui conduit de la gare au bourg de Corps-Nuds. Mêmes symptômes, même marche, même traitement.

Le 3 juillet, c'était le tour de l'enfant D..., dont le jeune frère avait succombé cinq jours auparavant. Mêmes symptômes, même traitement.

Je ne suivrai pas jour par jour l'observation de mes petits malades; je me contenterai de dire que, pour tous, l'amélioration fut lente, mais progressive; les fausses membranes furent plusieurs fois rejetées sous mes yeux, après une cautérisation, sous forme de plaques dures, quelques-unes ayant l'épaisseur de presque la largeur d'une pièce de 50 centimes. Tous ont guéri dans un délai de six à huit jours.

Ainsi donc, voici quatre enfants pris d'angine diphthéritique dans un rayon très peu étendu, dont deux habitant des maisons infectées où s'étaient produits des décès par le croup, ayant suivi le même traitement et guérissant tous les quatre après avoir rejeté leurs fausses membranes.

Quel est, dans ce traitement, l'agent efficace? S'il m'est permis de donner mon opinion, je n'hésite pas à dire que je

crois devoir la guérison à la cautérisation par le perchlorure de fer. Cette médication a le défaut, peut-être, vis-à-vis de quelques autres, de n'être pas nouvelle, mais elle réussit; elle m'a réussi cette fois; elle m'a réussi dans plus de la moitié des cas où je l'ai employée depuis quinze ans. Si la diphthérie est une maladie infectieuse dont l'agent de propagation est l'air athmosphérique (et il n'est plus aujourd'hui permis d'en douter), il paraît évident que le médecin qui arrive à temps pour détruire à l'entrée des voies aériennes le germe qui s'y est introduit et l'empêcher de s'étendre a fait un traitement rationnel. Si ensuite, par des fumigations ou un autre procédé, il se débarrasse des autres germes qui pourraient exister dans la chambre du malade, il est maître de l'ennemi et il a le succès pour lui; c'est ce que je crois avoir démontré, dans une certaine mesure, pour les cas particuliers que je viens de rapporter.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 octobre 1885. — Présidence de M. DUPLAY.

COMMUNICATIONS

Statistique. — M. LE DENTU fait un rapport sur un travail de M. Brouck (d'Alger), dans lequel il donne la statistique du service chirurgical de l'hôpital d'Alger. Cette statistique indique une très faible mortalité : 4 p. 100 seulement. M. Le Dentu signale plusieurs observations particulièrement intéressantes, telles que deux cas de gangrène, l'un survenu chez un malade atteint d'athérome artériel, l'autre chez un diabétique, tous deux présentant des antécédents palustres; plusieurs cas de résections osseuses chez des tuberculeux, dont l'un a été presque immédiatement suivi de méningite tuberculeuse mortelle, etc.

M. Le Dentu rapproche de ces faits plusieurs observations qui lui sont personnelles, celle, entre autres, d'une enfant de six ans, née de père et mère tuberculeux, qui fut prise d'un abcès de la région trochantérienne. Ayant incisé avec l'intention de faire le grattage et plus, s'il était nécessaire, M. Le Dentu reconnut bientôt que l'articulation était profondément atteinte et fit d'emblée la section de la tête et du col du fémur. Trois mois après, l'enfant était complètement guérie, et elle est restée guérie depuis, bien que son père et sa mère soient morts tuberculeux.

Malgré ce fait encourageant, M. Le Dentu rappelle le grand nombre d'opérations ainsi pratiquées chez des tuberculeux, qui ont été rapidement suivies d'une méningite tuberculeuse mortelle, ainsi que cela eut lieu dans deux des cas rapportés par M. Brouck. Il paraît difficile, dans ces cas, de ne pas admettre une relation entre le traumatisme et la tuberculose méningée ou pulmonaire terminale. M. Le Dentu rappelle également, parmi les faits de M. Brouck, deux cas de gangrène chez des malades ayant eu des fièvres palustres.

M. VERNEUIL constate que les faits signalés par M. Le Dentu dans son rapport confirment les opinions qu'il a maintes fois soutenues. Il rappelle à cette occasion ce qu'il a dit plusieurs fois au sujet des opérations chez les diabétiques, les dangers du bistouri et les préférences marquées qu'il a, dans ces cas, pour le thermocautère. Quant aux faits de méningites consécutives à des opérations chez les tuberculeux, il fait observer que les exemples de ce genre se multiplient de plus en plus chaque jour. Des opérations partielles pratiquées chez des tuberculeux sont souvent suivies de généralisation tuberculeuse rapide. Quel est le mécanisme de cette généralisation? S'agit-il d'une auto-inoculation, ou bien ces faits doivent-ils rentrer dans les faits ordinaires d'aggravation subite que donne le traumatisme aux propathies? C'est ce qui reste à déterminer.

M. DESPRÉS, dans les deux faits de gangrène signalés par M. Le Dentu, ne voit pas la nécessité d'invoquer la fièvre palustre antérieure, puisqu'il s'agit, dans un cas, d'un athérome artériel, dans l'autre du diabète, deux causes bien suffisantes pour expliquer la gangrène.

M. LE DENTU partage l'avis de M. Desprès; aussi n'est-ce qu'avec une très grande réserve qu'il a signalé, dans ces observations, les antécédents de fièvre palustre et la relation qui pourrait exister entre ces antécédents et les accidents de gangrène. Quant aux faits de méningite et de généralisation tuberculeuse, survenues à la suite d'opérations chez les tuberculeux, il croit qu'il faut admettre une relation évidente entre le traumatisme et la généralisation. Il croit devoir insister d'autant plus sur ces faits que M. Trélat, dans la discussion qui s'est élevée sur ce sujet à la Société de chirurgie, soutenait qu'il n'y avait là que des coïncidences. M. Le Dentu ne le croit pas et cite plusieurs faits à l'appui de l'opinion qui admet la relation. Toutefois, selon lui, il ne faut pas en conclure que, d'une façon générale, il est formellement contre-indiqué d'intervenir chez des tuberculeux.

M. RICHELOT a récemment opéré un malade d'une synovite fongueuse du poignet, lequel, antérieurement très bien portant, a été pris d'une tuberculose aiguë qui l'a emporté en quinze jours. Il communiquera cette observation.

M. TRÉLAT se défend d'avoir vu de simples coïncidences dans les faits dont il s'agit. Il admet qu'une intervention chirurgicale chez un tuberculeux est toujours une chose grave, souvent périlleuse. Mais il y a tant de faits dans lesquels cette intervention a, au contraire, arrêté la marche de la tuberculose, qu'il ne faudrait pas considérer cette intervention comme toujours contre-indiquée.

Adhérences cicatricielles. — M. GUERLAIN (de Boulogne) communique une observation d'adhérences du coude au thorax par suite de brûlure, qu'il a opérées par une sorte de drainage et de suture élastique. (Comm. : MM. Delens, Sée et Nepveu.)

Pathogénie des érysipèles à répétitions. — M. VERNEUIL lit un mémoire sur ce sujet.

Il rappelle un premier travail qu'il a communiqué en 1882 et dans lequel il s'efforçait de trouver l'influence des érysipèles antérieurs sur le traumatisme. Étudiant aujourd'hui la pathogénie des érysipèles à répétitions, il fait observer que si l'apparition de ces érysipèles dans des milieux infectés est facile à expliquer, il n'en est plus de même quand il s'agit de cas isolés comme le suivant : Une sœur de charité, herpétique, a eu douze érysipèles depuis huit ans; le mal revient sans cause apparente, sans que cette sœur ait jamais été en rapport avec des érysipélateux ; la contagion est donc ici inadmissible. En examinant cette sœur, M. Verneuil constata qu'elle avait des pellicules dans le cuir chevelu et de petites gerçures entre le pavillon de l'oreille et la région temporale. Il est permis d'admettre, dans ce cas, que les microbes de l'érysipèle habitaient autour du cuir chevelu et trouvaient dans les gerçures la porte d'entrée de la maladie. La permanence des germes érysipélateux sur un point du corps permet d'expliquer les érysipèles à répétitions. M. Verneuil cite plusieurs faits à l'appui de cette manière de voir :

Un homme robuste, jusque-là bien portant, reçoit à la chasse trente-quatre grains de plomb dans le talon ; cette blessure entraîne des accidents graves; quatre mois après, apparaît un érysipèle partant des trajets fistuleux, gagnant la jambe, la cuisse, le bassin, le ventre. Depuis, cet homme a eu une succession de seize autres érysipèles survenant sans cause appréciable, au niveau de plaques d'eczéma au-dessus des fistules, sous l'influence du froid ou de contrariétés. Il eut également une série d'abcès du pied; jamais ces abcès ne coïncidaient avec les érysipèles; M. Verneuil draine le pied, retire un trente-quatrième grain de plomb; sous l'influence d'un refroidissement, le malade est pris d'un dix-septième érysipèle; puis il part dans son pays, où il vient d'avoir son dix-huitième érysipèle.

Une femme de soixante-sept ans a un premier érysipèle en 1866; depuis, elle en eut 144, partant toujours de la conque de l'oreille ou du conduit auditif externe; ces érysipèles apparaissent sous

l'influence de causes occasionnelles, le refroidissement, une émotion, le mariage de sa petite-fille, la mort de son mari.

En présence de pareils faits, une disposition individuelle s'impose, une cause locale et permanente, comme la présence du microbe dans le conduit auditif externe. Accumulant un grand nombre de faits de ce genre, M. Verneuil arrive à cette conclusion que les microbes érysipélateux habitent d'une façon permanente certains points du corps chez beaucoup de sujets, et qu'à la moindre porte ouverte l'affection érysipélateuse se déclare. On explique ainsi facilement la production des érysipèles à répétitions, les sièges de prédilection de l'érysipèle, etc., etc.

Comme conséquence hygiénique et thérapeutique, il est indiqué de désinfecter les érysipélateux et de ne les rendre à la circulation qu'avec une patente nette.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LV

Le général Habert. — En 1810, quarante-cinq ans, de haute stature, maigre, tournure peu distinguée, figure couperosée, caractère vif, exaltable, brave, intelligent, ayant pris une part active et toujours honorable à toutes les phases de nos campagnes. Un jour, dans le cantonnement de Mora, il eut avec son aide de camp, le capitaine de Feuchères, une discussion qui dégénéra en dispute, et il s'oublia au point de le provoquer en duel; l'affaire s'arrangea du reste amiablement. A la déchéance de l'empereur, il refusa de prendre la cocarde blanche et donna sa démission pour rentrer dans ses foyers.

Le général Musnier. — En 1810, cinquante ans, grand, maigre, figure peu martiale, urbanité et politesse remarquables qui en faisaient un gentilhomme de salon, d'ailleurs divisionnaire fort estimé. A la Restauration, il fut nommé préfet.

Le commissaire ordonnateur Bondurand. — En 1810, quarante ans, taille un peu au-dessous de la moyenne, jolie figure, physionomie agréable, tenue soignée, bon, poli, spirituel et d'une grande probité, ayant beaucoup contribué à la bonne et régulière administration de l'armée, dont le chef avait pour lui la plus profonde estime. Mes relations avec ce haut fonctionnaire ont toujours été agréables; je le revis à Paris; il est mort à Alger en 1833.

Raffron, colonel d'artillerie. — Quarante ans, grand, droit, barbe noire, très rude, visage sévère, nez un peu épaté, militaire de bravoure innée, très instruit, conversation spirituelle, humoristique; nous eûmes des relations fréquentes au siège de Tortose; je l'ai perdu de vue depuis; il était Normand.

Plagniol, chef de bataillon du génie. — Quarante ans, très petit, figure fraîche, animée, caractère vif, officier très estimé dans son arme.

Ricci, colonel d'artillerie. — Quarante-cinq ans, grand, maigre, faible de constitution, pommettes animées, ayant peu la tournure d'un homme de guerre. Nous fîmes connaissance au siège de Tortose.

Capelle, chef d'escadron d'artillerie. — En 1809, trente-six ans, stature moyenne, joli garçon, yeux verts, bonne tournure, mise soignée, aimable, vif et instruit. Je l'avais connu à Tudela; il y était capitaine. Il est mort à Strasbourg d'une façon tragique; son nom acquit une déplorable célébrité dans la personne de sa fille, Marie Capelle, condamnée pour avoir empoisonné son mari, M. Lafarge.

Le général Vergès. — En 1810, quarante-six ans, taille et figure ordinaires, soldat parvenu dans toute la force du terme, Gascon pur sang par l'accent, brave au feu, marié à une charmante femme, fille du grand juge Régnier, duc de Massa.

Klisky, colonel de lanciers polonais. — Quarante-sept ans, stature ordinaire, maigre, sec, agile, fort brave.

Le général Klopicky. — Quarante-cinq ans, taille avantageuse, blond, belle figure, pleine, peu de barbe; très brave, très dévoué. Il avait combattu, en 1794, sous les ordres de Kosciuszko; prit part, en 1830, à la Révolution polonaise.

Le général Paris. — En 1813, quarante-six ans, stature moyenne, cheveux noirs, très brave, de conversation agréable. Il mourut à Perpignan, lors de notre rentrée, par suite d'un cathétérisme pratiqué par lui-même.

De Feuchères, capitaine, colonel, général. — En 1810, trente-trois ans, taille avantageuse, corps bien pris, sans embonpoint, barbe noire, fournie, fibre méridionale quoique Parisien, allure distinguée, joli officier, homme de cœur, d'esprit et de nobles sentiments; nous étions intimes. Je l'ai connu d'abord capitaine, aide de camp du général Habert, puis chef de bataillon après l'affaire du col d'Ordal où il fut blessé d'une balle à la cuisse. En 1818, nous nous revîmes à Paris; il était colonel de la garde royale, avec le titre de baron; il était alors sur le point de se marier avec une prétendue fille du duc de Bourbon. Feuchères, ayant reconnu qu'il avait été indignement trompé, se conduisit avec une noble fierté et un généreux désintéressement; il abandonna sa femme et rendit sa dot. Mme de Feuchères, à sa mort, légua un million à son mari; le brave officier légua le million aux hôpitaux de Paris; il rentra dans l'armée, devint général de brigade, puis divisionnaire. Il est mort à Paris en 1858.

Péridon, chef de bataillon, général. — Quarante-cinq ans, taille moyenne, figure d'un bon bourgeois, homme de cœur, d'esprit et d'instruction; il était aide de camp du général Harispe, lorsque je fis sa connaissance. Nous eûmes grand plaisir à nous retrouver à Paris; il était parvenu au grade de général.

Le général Auvray. — Trente-deux ans, lorsque je le connus capitaine d'artillerie, aide de camp du maréchal; taille moyenne, figure gravée de la petite vérole, officier de valeur et comme militaire et comme savant; habile dessinateur. Je crois que les planches des mémoires du maréchal Suchet et, peut-être, une partie du texte sont l'œuvre de l'ancien aide de camp.

Je veux aussi mentionner les noms des aides de camp du maréchal, d'Eschalard, de Rigny et Lusignan, et des colonels Mesclop, Matis, Dubalen (de Saint-Sever).

Pour terminer le narré de mes vieux souvenirs de guerre par un document militaire qui a son importance technique, je reproduis l'*État des pièces d'artillerie prises sur l'ennemi par l'armée du maréchal Suchet, tel qu'il m'a été communiqué par le chef d'état-major de l'artillerie de l'armée.*

1809.	Bataille de Maria et Belchite	29
1810.	A Vénasque	10
	Bataille d'Alventosa, 2 mars	9
	Bataille de Margalef, 23 avril	3
	Siège de Lérida, 14 mai	133
	Siège de Mequinenza, 8 juin	45
	Deuxième bataille d'Alventosa, 31 octobre	6
1811.	Siège de Tortose, 2 janvier	182
	Siège du col de Balaguer, 9 janvier	11
	Affaire de la Rapita, 11 mai	3
	Siège de Tarragone, 28 juin	337
	Siège de Monserrat, 26 juillet	10
	Siège d'Oropesa, 10 octobre	6
	Bataille de Sagonte, 25 octobre	12
	Prise du fort de Sagonte, 26 octobre	17
	Investissement de Valence, 20 décembre	24
1812.	Prise de Valence, 9 janvier	393
	Prise de Denia, 19 janvier	59
	Prise de Peniscola, 4 février	74
1813.	Affaire du col d'Ordal, 13 septembre	4
	Total	1367

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er octobre 1885.

Les Anglais à Saint-Sever en mars 1814.

Avant de remémorer quelques phases de ma longue pratique médicale à Saint-Sever, je tiens à retracer, comme épilogue des graves événements militaires des premiers mois de l'année 1814, l'entrée des Anglais dans ma ville natale.

Le 1er mars, l'armée anglo-portugaise, commandée par le duc de Wellington, pénétra dans le chef-lieu du comté de Gascogne, après le combat d'Orthez. Le maréchal Soult, qui, en se repliant, avait tenu conseil au haut de la côte d'Abani (1 kilomètre de Saint-Sever), et jugé qu'il ne pourrait pas tenir dans cette petite ville ouverte, prit le parti de se retirer vers Toulouse après avoir fait rompre une travée du pont sur l'Adour. Le duc de Wellington fut, dit-on, très étonné de voir la campagne bien cultivée; il croyait que la conscription avait enlevé tous les bras à l'agriculture. L'armée ennemie ne commit aucune exaction, aucun désordre notable dans notre pays. Les Anglais, qui étaient cousus de guinées, payaient tout comptant; nos bouchers firent de très gros bénéfices. On raconte que plusieurs concitoyens ne craignirent pas, dans l'intérêt de la patrie qui se confondait avec le leur, d'enlever par ruse ou par surprise aux sentinelles anglaises, des caissons de guinées qui fondèrent en peu de temps leur fortune. Je connais des familles (trois au moins) dont la richesse s'improvisa par suite de ce patriotique dévouement. Wellington fut logé chez M. de T..., alors maire de la ville; il avait un grand train de maison et souvent une trentaine de personnes à sa table, y compris le duc d'Angoulême. Sa meute de chasse, 30 ou 40 chiens, était remisée dans une métairie, aux portes de la ville.

Le marquis de Wellesley, neveu de Wellington, logea dans la maison C...; il devint plus tard lord Raglan et chef de l'armée anglaise en Crimée. Le duc d'Angoulême, qui était rentré en France avec l'armée coalisée, demeura dix jours à Saint-Sever, logé dans la maison de M. de B... M. M. de T... reçut du préfet l'ordre de proclamer les Bourbons; il s'y refusa, d'après le conseil de Wellington qui lui observa qu'il était prudent de suspendre cette proclamation à cause du Congrès de Châtillon; plus tard, le général anglais étant parti pour Toulouse, M. de T... fut mandé à Bordeaux, près du duc d'Angoulême, pour rendre compte de son refus de proclamation. Malgré l'appui de M. Laîné, préfet de la Gironde, il fut remplacé comme maire de Saint-Sever par M. de C...

— L'avis suivant vient d'être affiché dans les hôpitaux de Paris :

« Par arrêté, en date du 14 octobre courant, les opérations du concours ouvert le 7 octobre pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, et la nomination aux places d'élèves internes vacantes au 1er janvier 1886, sont annulées.

« L'ouverture d'un nouveau concours est fixée au lundi 19 octobre 1885, à midi. Les élèves externes, régulièrement inscrits sur le registre qui a été clos le 22 septembre dernier, seront seuls admis à prendre part au concours annoncé par le présent avis. »

Le jury de ce nouveau concours se composera de MM. Oulmont, Joffroy, Gouraud, Regnier, Reclus, Blum et Champetier de Ribes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18450.

N° 121. — MARDI 20 OCTOBRE 1885. 58e ANNÉE. MARDI 20 OCTOBRE 1885. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Du furoncle, sa nature, son siège, ses causes et son traitement.

Si commune que soit l'affection qui fera le sujet de cette leçon, elle n'en mérite pas moins que je vous en parle aujourd'hui.

Le furoncle, auquel on donne aussi le nom vulgaire de clou, est une affection qui commence par une légère élévation de la peau, autour de laquelle on voit bientôt se former un cercle rouge; cette élévation s'indure en même temps qu'elle augmente de volume. Puis, deux ou trois jours plus tard, cette élévation constitue une tumeur saillante, très dure, d'un rouge brun violacé, très douloureuse à la pression et même spontanément. Quelques jours après, on aperçoit au sommet une petite ulcération présentant déjà une tache blanchâtre, d'où s'écoule à peine un liquide séro-purulent. Puis la tumeur se ramollit et il sort alors, comme d'un cratère, un peu plus de sérosité mêlée de pus; le ramollissement de la tumeur augmente, ainsi que l'écoulement séro-purulent; enfin il se détache une matière jaune grisâtre qui s'échappe en masse de la tumeur. Cette matière n'est autre que ce qu'on appelle le bourbillon, c'est-à-dire les éléments mortifiés des tissus cutanés. Cette issue se produit en une ou plusieurs fois, après quoi la tumeur s'affaisse, laissant à sa place une ulcération dont la cicatrisation se fait rapidement.

Le volume de ces clous ou furoncles est très variable, tantôt à peine de la grosseur d'un pois, tantôt, au contraire, gros comme une noix. La forme en est toujours arrondie. L'ouverture en est unique, ce qui distingue le furoncle de l'anthrax; formé par plusieurs furoncles à côté les uns des autres, et présentant par suite plusieurs ouvertures.

Les furoncles peuvent être uniques, le plus souvent ils sont multiples; le malade à propos duquel nous avons songé à traiter cette question aujourd'hui en a jusqu'à 15 ou 20 à la fois, mais plus ou moins avancés les uns que les autres. Il est des malades qui en ont eu successivement jusqu'à 40, 50, 100, 200, 300 même.

Le furoncle peut se rencontrer sur tous les points du corps, mais son siège de prédilection est la région fessière, puis la nuque et le dos, enfin la face.

Avec les phénomènes locaux que nous avons décrits brièvement, il existe quelquefois des phénomènes généraux. Ce sont une fièvre légère, 38° à 39°, un pouls à 80 ou 100, de l'inappétence, une langue blanchâtre, des digestions difficiles, un peu de céphalalgie. D'autres fois ce sont des douleurs névralgiques, surtout si les furoncles siègent à la face; quelquefois aussi la maladie retentit sur le système lymphatique de la région atteinte, c'est de l'adénie, laquelle finit rarement par suppuration; c'est aussi un peu de lymphite.

Dans certains cas, on a vu les furoncles, de la face principalement, déterminer des accidents graves : une céphalalgie intense, du délire, de la prostration, voire même du coma et des phénomènes adynamiques et ataxiques, un pouls très fréquent, une température de 40°; enfin la mort est possible et l'autopsie révèle alors une phlébite des veines de la face s'étendant aux sinus cérébraux, du pus dans les méninges et dans le cerveau, et des abcès métastatiques.

Ce sont là des accidents rares, il est vrai, mais que l'on a rencontrés quelquefois dans les cas de furoncles à la face.

La marche de la maladie, comme je l'ai déjà dit, est la suivante : élévation papuleuse ou vésico-papuleuse, puis tuméfaction dure, plus ou moins saillante, développement en quelques jours; quelquefois un furoncle avorte à côté d'autres qui se développent, et la vésicule se dessèche ou la papule se desquame. Le furoncle est saillant au bout de deux à trois jours, il est à son apogée au cinquième ou au sixième jour, après quoi il se ramollit, suppure et donne issue au bourbillon. L'évolution complète se fait ainsi dans un espace de temps qui peut varier entre dix et quinze jours.

Enfin, la durée d'une éruption furonculeuse, caractérisée par l'apparition d'un nombre plus ou moins considérable de clous successifs avec ou sans intervalle de temps entre eux, est extrêmement variable; elle a été quelquefois d'une et même de deux années, constituant ainsi une véritable diathèse furonculeuse.

Quant à la question anatomo-pathologique, les opinions sont très divergentes, tout d'abord, sur le siège exact de la lésion. Dupuytren, qui s'en est occupé le premier, l'a placé dans le tissu cellulaire sous-dermique. Il en est à peu près de même de Nélaton et de M. Gosselin. Mais M. Richet a soutenu, et des recherches plus récentes ont confirmé sa manière de voir, que la maladie siégeait dans les glandes de la peau et surtout dans les glandes pilo-sébacées. Les

opinions diffèrent aussi sur la nature du furoncle. Dupuytren a dit que le tissu cellulo-adipeux s'enflammait, se tuméfiait, s'étranglait dans les mailles de la peau, par suite se sphacélait, et que la tumeur était le résultat d'une inflammation éliminatrice des tissus mortifiés. Cette opinion a été attaquée bientôt par nombre de chirurgiens, qui ont dit : Non, il n'y a pas gangrène des tissus, mais simplement formation de pseudo-membranes résultant de l'inflammation de la peau, analogues aux pseudo-membranes qui se forment dans les séreuses. Cette opinion eut peu de succès, et l'histologie, à son tour, est venue confirmer l'opinion émise par M. Richet sur le siège même de la lésion, en montrant qu'il s'agissait bien de l'évacuation complète d'une glande de la peau mortifiée.

Ajoutons que M. Pasteur, en 1880, a trouvé des micro-organismes dans le bourbillon du furoncle, des microbes aérobies du genre micrococcus, d'où l'on a conclu à la nature parasitaire de l'affection furonculeuse.

Les causes de cette maladie sont de deux ordres : locales et générales.

Les causes locales sont une irritation mécanique de la peau, frictions rudes, attritions fréquentes, affections cutanées, eczéma, vésications, etc.

Les causes générales sont : un état général mauvais, de grandes fatigues, des veilles, du surmenage, une alimentation insuffisante ou trop stimulante, trop épicée (charcuterie, poisson, coquillages, café, poivre, liqueurs alcooliques), une émotion vive et durable, des chagrins, en un mot toute cause entraînant avec elle une dépression de l'économie.

Enfin le furoncle peut reconnaître aussi des causes pathologiques et survient alors comme un accident consécutif pendant la convalescence, ou comme complication d'une autre maladie : fièvre typhoïde, variole, etc. Dans d'autres cas, il est symptomatique d'une autre affection, et notamment du diabète, ou bien de l'alcoolisme, de la polyurie simple, de la néphrite albumineuse interstitielle, etc. Notre malade furonculeux, du numéro 3 de la salle Saint-Charles, a une néphrite interstitielle qui a eu pour point de départ l'alcoolisme.

Le diagnostic du furoncle est des plus faciles ; on ne saurait le confondre avec un abcès, qui n'a jamais au début cette couleur violacée du furoncle, qui ne se termine jamais non plus par la sortie d'un bourbillon. On ne saurait davantage le confondre avec la pustule maligne, où l'on voit, en quelques heures, une multitude de petites phlyctènes pleines de sérosité sanguine, roussâtre, se développer sur le cercle violacé qui entoure la vésico-pustule. Celle-ci n'est pas non plus aussi douloureuse que le furoncle.

En général, le pronostic de l'affection furonculeuse est peu grave ; cependant, quand celle-ci persiste pendant plusieurs mois, elle entraîne avec elle une débilitation générale de l'économie, par suite un état plus sérieux. Enfin, comme je le disais tout à l'heure, lorsque la maladie siège à la face avec une certaine intensité, elle revêt par cela même un caractère de gravité véritable et peut se terminer par la mort.

Le traitement est à la fois local et général. Mais, avant tout, le médecin doit savoir se garder de promettre une guérison rapide de la maladie. Le traitement local consiste : 1° en émollients, tels que cataplasmes, non de farine de lin, mais de farine de riz ou de mie de pain et de lait, en bains répétés ; on peut aussi verser quelques gouttes de laudanum sur les cataplasmes, mais je préfère donner l'opium à l'intérieur ; 2° en maturatifs, tels que l'onguent de la mère l'onguent digestif, l'onguent styrax, le sparadrap, l'emplâtre de Vigo, qui ont surtout pour effet d'augmenter la douleur. Cependant, quand le furoncle est petit, on peut appliquer soit le Vigo, soit le sparadrap, pour isoler le furoncle et empêcher le micrococcus, si micrococcus il y a, de pénétrer dans les glandes voisines. Le sparadrap est bon aussi pour hâter la cicatrisation de l'ulcération après la sortie du bourbillon, mais à la condition de ne pas avoir affaire à des sujets herpétiques.

L'opportunité de l'incision a été aussi très discutée. Quant à moi, je n'y trouve d'autre avantage que de provoquer des souffrances inutiles, sauf dans les quelques cas où l'évacuation du bourbillon est trop longue à se faire. De plus, elle demande plus de temps pour se cicatriser que l'ouverture naturelle du furoncle.

Quelques médecins ont cherché à faire avorter les clous, en ayant recours à la teinture d'iode, l'alcool camphré, le nitrate d'argent. Ces divers moyens me paraissent absolument inutiles.

Quant au traitement général, je dirai tout d'abord que, si le furoncle est symptomatique de quelque état morbide, i faut traiter la maladie générale primitive. Si, au contraire, il s'agit d'une diathèse furonculeuse, la meilleure médication est encore dans l'emploi des préparations goudronnées (l'eau de goudron aux repas), qui ont donné le plus de succès. On peut avoir recours aussi à l'huile de cade en pilules ou en capsules, aux alcalins (un gramme de bicarbonate de soude avant chaque repas), aux eaux alcalines en boisson, aux préparations arsenicales, notamment à la solution de Fowler. Enfin l'hygiène est des plus importantes : pas de surmenage, pas de fatigues, pas de travail exagéré, aucun aliment stimulant, etc.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

I. Rétrécissement de l'œsophage. — II. Fistules anales.

I. L'un de nos malades est atteint d'une affection qui, très souvent, reste pendant longtemps méconnue et, par suite, est médiocrement soignée. Du reste, je dois ajouter que sa cure en est très difficile, sinon même impossible.

Il s'agit d'un homme petit, maigre, chétif, qui, après avoir été placé par erreur dans un service de médecine, a été envoyé ensuite dans nos salles. L'examen minutieux auquel je me suis livré m'a montré que j'étais en présence d'un rétrécissement perméable à une petite sonde-bougie, mais infranchissable aux olives dans les conditions ordinaires.

Chez lui, il existe en réalité deux rétrécissements de nature différente : l'un spasmodique, situé à peu de distance du commencement de l'œsophage (4 ou 5 centimètres environ) ; l'autre organique, dont le siège est exactement à 27 centimètres des dents incisives, c'est-à-dire, en comptant 12 centimètres pour la distance qui sépare les incisives moyennes de l'orifice supérieur de l'œsophage, à 15 centimètres de cet orifice. C'est en ce point que nous rencontrons l'obstacle contre lequel l'olive de notre sonde vient buter, tandis qu'avec une petite sonde, très fine, nous sommes parvenus à franchir ces deux rétrécissements, non sans peine cependant.

En présence de ces faits, quelle conduite convient-il de tenir? Faut-il recommencer et multiplier les séances avec des bougies à olive d'un calibre progressivement croissant? Mais si j'emploie une bougie molle, elle se fléchit ou n'entre pas; si j'ai recours à une bougie dure, elle peut déterminer des accidents graves, tels que perforations et fausses routes, car derrière le rétrécissement, c'est-à-dire en amont, les parois sont ramollies et enflammées. C'est ainsi que, si, dans le cathétérisme de l'œsophage, la sonde s'engage dans la dilatation supérieure, on court le risque d'entrer dans la plèvre ou le médiastin. Comme j'ai l'habitude d'avouer mes revers, je reconnaîtrai ici que deux fois pareil accident m'est arrivé, que deux fois j'ai fait ainsi fausse route dans les tissus péri-œsophagiens. Du reste, je suis loin d'être le seul à qui cela soit arrivé.

C'est pour me mettre désormais à l'abri de semblables accidents que j'ai imaginé, avec l'aide de M. Colin, un instrument d'un emploi très facile, que le premier venu peut manier sans crainte, car il est à peu près exempt de tout danger. Il est médiocrement rigide et muni d'une petite armature flexible disposée de telle façon que, si l'on est dans la bonne voie, l'instrument passe tout seul; s'il n'y est pas, au contraire, il plie sans déterminer aucune lésion.

II. Le hasard a amené dans notre service, en ces derniers temps, une série d'affections anales curieuses, en dehors de tout cancer.

Nous avons eu, entre autres, un énorme phlegmon gangréneux de l'anus, qui a nécessité une rectotomie que j'appellerai, pour ainsi dire, féroce, car il m'a fallu remonter au delà du coccyx et labourer toute la région anale avec le fer rouge. Ce malade va actuellement très bien.

Une autre fois, j'ai fait la rectotomie interne pour un rétrécissement de l'anus; mais dès le lendemain j'avais une infiltration stercorale considérable, de sorte que je fus obligé de couper tout le sphincter et de larder toute la région fessière de nombreuses pointes de feu. Grâce à notre intervention énergique, le malade a parfaitement guéri, nous montrant ainsi qu'en pareils cas il ne fallait pas hésiter à faire de larges débridements.

Je vous ai montré aussi, il y a quelques jours, une fistule anale sur laquelle étaient venus se greffer, à un moment donné, des phénomènes tertiaires d'une syphilis parfaitement avérée. Je n'insiste pas.

Enfin aujourd'hui, un autre cas se présente. Il s'agit d'un garçon, pâle, amaigri, chétif, et selon toute apparence absolument tuberculeux. Le pauvre malheureux souffre depuis longtemps d'une ostéite de l'ischion avec suppuration et fistule périnéale parfaitement démontrée par l'introduction d'un stylet.

Il est profondément miné par la fièvre hectique. Les poumons, ainsi que l'auscultation nous l'a nettement montré, sont en mauvais état. De plus, par voie d'endosmose, des gaz stercoraux pénètrent dans le foyer purulent. Enfin, la température du malade s'élève actuellement à 39 degrés, le soir.

Dans de pareilles conditions morbides, que devons-nous faire? A quels moyens thérapeutiques devons-nous avoir recours? Devons-nous faire dans le foyer purulent des injections désinfectantes, détersives? Non, le seul traitement auquel nous devions nous arrêter doit consister à ouvrir une porte aux matières purulentes dans le foyer ischiatique, et à procéder à son grattage. Il est vrai que l'opération peut, dans la situation où se trouve notre malade, donner un coup de fouet à la lésion des poumons et déterminer des accidents de phthisie aiguë; mais, d'autre part, la lésion osseuse et la suppuration entretiennent la fièvre hectique, laquelle est un danger non moins grave pour la vie de cet homme, et peut-être plus imminent, en tous cas plus certain. Aussi je ne crois pas devoir hésiter et je vais l'opérer immédiatement, sans tarder un seul jour.

Je vais, avec le fer rouge, débrider très largement la région malade, laver le tout, foyer et fistule, avec une solution fortement phéniquée, puis je procéderai au grattage de tout le foyer jusque dans ses plus petites anfractuosités; enfin je remplirai toute la cavité avec des frondes iodoformées. J'espère que nous arriverons ainsi tout au moins à une amélioration de quelque durée, en enrayant et faisant même cesser tout phénomène de fièvre hectique.

C'est là un cas que nous ne rencontrons pas couramment dans la pratique hospitalière; c'est pourquoi j'ai tenu à vous en dire quelques mots.

LE CHOC EN RETOUR ET LE FOUDROIEMENT LATÉRAL (1)

Par M. le docteur F. Vincent (de Guéret),
Lauréat de l'Académie de médecine.

XI

VI. APPLICATIONS RELATIVES A LA PROPHYLAXIE ET A LA MÉDECINE LÉGALE.

I. *Prophylaxie.* — Avant d'exposer les conséquences prophylactiques qui se déduisent directement de ces études, je vais parler de la prophylaxie des accidents de la foudre en général, se rapportant plus spécialement au foudroiement direct. Mes observations personnelles me permettront de rectifier quelques idées, sur ce sujet, reçues et ayant eu cours jusqu'à ce jour, voire même de proposer quelques moyens nouveaux de préservation. De plus, cela me donnera l'occasion de compléter ce chapitre en disant quelques mots des moyens déjà préconisés pour se mettre à l'abri des effets du tonnerre.

1° La première précaution à prendre serait d'établir sa résidence dans un lieu le moins exposé possible aux atteintes de la foudre.

Si l'on en croyait l'opinion la plus généralement admise, il faudrait éviter surtout l'habitation sur les lieux élevés, parce que, dit-on, plus rapprochés du nuage orageux, ils sont plus exposés à être foudroyés. Cette opinion, trop rationnelle pour qu'on se soit donné la peine de la vérifier, est loin d'être d'accord avec mon expérience personnelle qui me conduirait à en adopter une tout opposée.

En effet, le plus grand nombre des coups de foudre que j'ai été à même d'observer se sont produits dans les bas-fonds ou dans les vallées, et ceux, en bien plus petit nombre, observés dans des lieux relativement élevés, ont eu lieu dans des conditions topographiques toutes particulières. De plus, en interrogeant les paysans, dont plusieurs d'un âge avancé n'ont jamais quitté leur village, et auxquels, dans tous les cas, la lecture des livres de physique n'a jamais inculqué d'idées préconçues, tous m'ont invariablement répondu que le tonnerre tombe de préférence dans les *bas-fonds*, et qu'ils ne se rappellent pas l'avoir vu tomber sur nos montagnes, parfois très élevées, couvertes d'ajoncs et de bruyères à végétation rabougrie, poussant sur la mince couche de terre végétale qui recouvre un sol rocheux, de nature granitique et *peu accessible à l'humidité*, ni sur les rochers quelquefois énormes qui en couronnent le sommet. D'après les mêmes témoignages, les

(1) Suite. — Voir le numéro du 15 octobre 1885.

lieux habités, situés au haut ou à une grande hauteur dans les montagnes, sont peu exposés à la fulguration. Je regrette que les exigences du journal ne me permettent pas, à cause de l'étendue déjà trop considérable de ce travail, de citer, même sommairement, ces observations avec toutes les circonstances topographiques qui les accompagnent. Mais leur ensemble, joint aux renseignements dont je viens de parler, m'a conduit aux conclusions suivantes, qui sont parfaitement d'accord avec les lois que les physiciens assignent à l'électricité.

A. Ce ne sont pas les lieux les plus élevés qui sont le plus exposés aux atteintes de la foudre, mais bien ceux qui exercent sur l'électricité du nuage l'attraction la plus puissante.

B. Les lieux qui exercent cette attraction plus puissante sont nécessairement ceux qui présentent les conditions de meilleure conductibilité électrique, tels que pièces et cours d'eau, terrains humides et mouvants des prairies et marécages, reposant le plus souvent sur un sous-sol argileux toujours imprégné d'eau, terrains fertilisés par la culture et couverts d'une végétation puissante herbacée ou arborescente : toutes conditions qui se rencontrent quelquefois isolées, mais le plus souvent réunies dans *les bas-fonds plutôt que dans les lieux élevés*. C'est l'étincelle, se dégageant de la machine électrique pour se porter sur la boule *en cuivre* relativement éloignée de la bouteille de Leyde, qui ne se produirait qu'à une moindre distance si cette boule était de bois vert humide ou de terre glaise non desséchée, et pas du tout si elle était de bois sec, de résine ou de verre.

Nous ne devons pas omettre l'influence du voisinage des chemins de fer, surtout aux environs des gares où les rangs de rails se multiplient, puisque trois des accidents que nous avons observés, Sainte-Feyre, Jouhet et Montaigut, se sont produits sur des édifices touchant la voie ferrée ; et sans doute aussi de l'agglomération des êtres vivants, hommes et animaux, en leur qualité de très bons conducteurs.

Les métaux qui entrent dans la construction des villes, ou qui existent dans les magasins, le tout formant une masse considérable, doivent également former un appoint important à cette puissance attractive d'une localité sur l'électricité du nuage orageux.

C. L'attraction sur l'électricité du nuage n'est pas exercée seulement par l'objet, arbre ou édifice, qui reçoit l'étincelle fulgurante, mais bien par une surface de terrain qui peut être très étendue ; et l'objet foudroyé, qui n'est pas toujours le plus élevé de la région, me paraît être le point d'application de la résultante de cette attraction multiple, ainsi exercée, dont l'énergie doit être en raison composée de la conductibilité et de l'étendue de la région influencée. Si l'on voulait me permettre une métaphore qui rend bien ma pensée, j'assimilerais volontiers le tonnerre à un huissier qui assigne collectivement toute une commune en *parlant* à la personne de son premier magistrat municipal.

J'ai à peine besoin d'ajouter que les terrains meilleurs conducteurs doivent exercer sur l'électricité du nuage une attraction plus puissante que ceux qui le sont moins ; que les masses et cours d'eau accidentels, qui se produisent pendant un orage avec pluie battante, peuvent rendre momentanément bons conducteurs, et, par suite, accessibles à la foudre, des terrains qui ne l'étaient pas; enfin que les moins bons conducteurs peuvent devenir meilleurs pendant une averse. En tous cas, ces conditions de bonne conductibilité accidentelle se produiront plus souvent dans les bas-fonds, où l'eau s'accumule et devient facilement stagnante, que sur les hauteurs où son écoulement est plus facile et sa stagnation le plus souvent impossible.

Somme toute, la même influence terrestre, plus ou moins efficace des bons, moins bons et mauvais conducteurs, s'exerce sur l'électricité encore contenue dans le nuage de la même manière que lorsque cette électricité est déversée sur le sol; le foudroiement direct et le foudroiement latéral sont régis par les mêmes lois physiques ; et, dans l'un comme l'autre cas, c'est toujours l'électricité du nuage qui se porte vers le point du sol le plus chargé d'électricité de nom contraire développée sous son influence.

Je ne veux pas donner ces conclusions comme définitivement acquises à la science, parce que, pour cela, elles devraient reposer sur un plus grand nombre d'observations recueillies dans un grand nombre de pays, et surtout dans des terrains de constitutions géologiques différentes de celle de notre sol granitique de la Creuse. Cette dernière circonstance peut certainement modifier les résultats immédiats auxquels je suis arrivé ici, tout en confirmant les conclusions générales que j'en ai tirées, ainsi que j'en trouve la preuve dans l'extrait suivant d'une lettre que m'a fait l'honneur de m'adresser le collaborateur du savant général de Nansouty, M. l'ingénieur Vaussenat, directeur de l'Observatoire du Pic du Midi. A propos des risques de fulguration que court cet établissement, et d'un échantillon de pierre fulgurée qu'il m'envoie, ce météorologiste distingué me dit : « *Ces fulgurites ne se trouvent qu'au point culminant et dans la partie de la roche constituée par les micaschistes ;* ces micaschites sont constitués par de très minces couches composées comme l'échantillon alternant avec des feuillets, les uns plus silicatés et renfermant divers silicates, tels que grenats, etc., les autres entièrement *ocreux*, très *ferriques* et même MAGNÉTIQUES. » Cette partie de la roche, qui constitue le milieu de ce sommet élevé, reçoit donc les coups de foudre à l'exclusion de la partie Ouest qui est *granitique*, et de la partie Est, constituée par du *calcaire dévonien*, ainsi que le montre la figure jointe à la lettre. M. Vaussenat m'écrivit cette lettre à l'occasion de l'envoi à l'Académie de médecine de ce mémoire qu'il vit annoncé dans le *Bulletin* de cette savante Compagnie, en me faisant l'honneur de me demander mon avis sur les meilleures mesures à prendre, d'après mes études sur ce sujet, pour mettre à l'abri des atteintes de la foudre, auxquelles elle est très exposée, l'habitation du personnel de l'Observatoire. Cet avis, que j'ai eu tout le temps de méditer, d'après les conclusions énoncées plus haut, serait maintenant celui-ci : *Construire l'habitation sur la partie granitique ou la partie calcaire de la montagne, l'une et l'autre peu accessibles à l'influence de l'électricité atmosphérique, à l'exclusion de la partie micaschistique, sur laquelle elle est actuellement construite, composée d'éléments bons conducteurs, parmi lesquels les* OXYDES DE FER, *et en particulier l'*OXYDE DE FER MAGNÉTIQUE.

Il serait donc à désirer, pour apporter une solution définitive à cette intéressante question de météorologie, qu'il se fît partout des statistiques complètes et exactes de tous les cas de chute du tonnerre, avec mention, pour chaque cas, de toutes les circonstances de lieux que nous venons d'indiquer. Ce serait là un exercice aussi digne d'occuper les commissions météorologiques officielles, que celui de regarder les girouettes. Quoi qu'il arrive, j'espère que l'intérêt qui s'attache à ce sujet sera mon excuse pour l'étendue que je lui ai consacrée.

Maintenant, pour en revenir à la question de prophylaxie, conseillerons-nous à l'homme d'habiter les montagnes arides plutôt que les vallons fertiles où son travail est beaucoup plus productif ? Évidemment non, surtout dans l'éventualité d'un danger relativement rare. Mais il a tout avantage, sous ce rapport, à établir sa demeure dans un lieu modérément élevé, sec et éloigné, autant que possible, des bas-fonds humides, des pièces et cours d'eau, et qui, par cela même, se trouve dans toutes les autres conditions de bonne hygiène.

2° S'il existait un moyen d'éloigner l'orage de l'habitation, sa mise en pratique serait certainement préférable à la précaution précédente. D'après une opinion ou un préjugé populaires, comme l'on voudra, il y en aurait un auquel on attribue une grande puissance, non seulement dans les campagnes de la Creuse, mais un peu partout : je veux parler du son des cloches que l'on ne manque jamais de mettre en branle, à toute volée, à l'approche de l'orage pour en préserver la paroisse entière.

Il y a quelques années, le poète Méry attribuait au bruit du canon le pouvoir de dissiper les nuages, et, comme conséquence, il proposait de construire, distribuées autour de l'enceinte de Paris, douze hautes tours armées, sur la plate-forme, de nombreux canons qui, en tonnant tous ensemble, devaient éloigner

l'orage de la capitale. S'il en était ainsi, et sans attacher aucune importance au côté mystique de la question, on ne saurait refuser au son des cloches une influence, moindre sans doute, mais réellement efficace. Malheureusement, cette efficacité, qui serait due à l'ébranlement de l'air par les ondes sonores, est loin d'être prouvée et me semble même bien problématique. En effet, le nuage orageux, poussé par un vent violent, doit passer par-dessus les ondes sonores de l'air, comme le bouchon de liège, sans trop changer de place, laisse passer sous lui les ondes liquides provoquées dans une pièce d'eau, comme le vaisseau poursuit sa course même en marchant à l'encontre des vagues de la mer qui le soulèvent sans le faire reculer.

Quant au danger de sonner les cloches pour le sonneur lui-même, il peut être réel, surtout si la corde est humide, non pas, comme le prétendent quelques personnes, parce que le mouvement de la cloche et les vibrations qu'elle imprime à l'air attirent le tonnerre, mais bien parce que la cloche elle-même, masse métallique considérable, logée dans le clocher, édifice très élevé et surmonté d'une croix en fer, forme avec cette dernière un système bon conducteur, et, par suite, bon attracteur de l'électricité du nuage et très à sa portée par son élévation. Les exemples fréquents, cités par les auteurs, d'explosion de la foudre dans ces circonstances sur des édifices religieux, sont une preuve que ce danger n'est pas imaginaire et légitimeraient une mesure de l'autorité défendant d'user de ce moyen, dont l'utilité n'est nullement prouvée.

3° Le moyen véritablement efficace, je dirais presque héroïque, pour se mettre à l'abri des accidents de la foudre, est l'emploi du paratonnerre, toutes les fois qu'il est possible. Cet appareil, connu de tous, a été trop souvent et trop bien décrit pour que j'en parle ici longuement.

4° Il n'entre point dans mon sujet, par les mêmes raisons, de donner une description détaillée de tous les moyens et précautions conseillés dans le même but. Du reste, à part le conseil d'éviter l'abri sous un arbre pendant l'orage, sur lequel j'aurai à revenir plus loin avec plus d'insistance qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour, la plupart sont d'une efficacité douteuse. Aussi vais-je me borner à en donner une énumération très sommaire, tout en me réservant le droit d'insister sur des moyens nouveaux que je puis proposer.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 octobre 1885. — Présidence de M. Hanot.

COMMUNICATIONS

Injections intra-veineuses d'eau oxygénée. — M. LABORDE rappelle avoir, dans une précédente communication, appelé l'attention sur l'action physiologique de l'eau oxygénée introduite dans les veines comme antiseptique. Il avait démontré qu'on pouvait ainsi introduire jusqu'à 1200 grammes d'eau oxygénée dans les veines d'un chien, sans déterminer la mort. M. Regnard avait alors déclaré qu'il n'avait jamais vu d'animaux survivre dans ces conditions. MM. Paul Bert et Regnard entreprirent alors une série de nouvelles expériences dont ils donnèrent les résultats à la Société. Ils déclarent que la mort survient si l'on fait l'injection rapidement. Pourquoi la faire rapidement? Ils avaient choisi la veine jugulaire. Pourquoi choisir cette veine? Ils ajoutent que l'eau oxygénée tue les cellules vivantes, même les globules sanguins. C'est là une erreur. En résumé, M. Laborde soutient et maintient, contrairement à MM. Paul Bert et Regnard, que l'eau oxygénée n'est pas nocive, en injections intra-veineuses.

Tuberculose. — M. NOCARD fait une communication ayant pour titre : *Recherches expérimentales sur la tuberculose des oiseaux. — Culture du bacille.* Tous les oiseaux vivant au voisinage de l'homme, dit-il, paraissent aptes à contracter une tuberculose bacillaire. Ce bacille est-il le même que celui qui rend les mammifères tuberculeux? L'observation clinique et l'expérimentation tendent à établir qu'il n'y a entre eux aucune différence.

M. Nocard cite quatre basses-cours infectées de tuberculose pour lesquelles on ne peut invoquer qu'une seule cause, à savoir : le contact, direct ou indirect, avec des personnes arrivées à la dernière période de la phthisie.

Pour une cinquième basse-cour, le point de départ de l'affection a été l'usage alimentaire d'*issues* provenant de vaches tuberculeuses.

L'expérimentation donne les mêmes résultats : l'inoculation ou l'ingestion de produits tuberculeux puisés sur un mammifère quelconque sont des moyens sûrs de rendre les oiseaux tuberculeux.

Dans ces tuberculoses d'origine animale, la distribution des lésions macroscopiques, la morphologie et la topographie des bacilles ne se distinguent en rien de ce que l'on observe dans les cas de tuberculose naturelle.

Réciproquement, la tuberculose des oiseaux est transmissible aux mammifères; M. Nocard cite un grand nombre d'animaux, lapins, cobayes, chevreau, qui sont morts avec des lésions formidables, à la suite de l'inoculation, dans la chambre antérieure de l'œil ou dans le péritoine, de produits puisés sur des poules ou des faisans tuberculeux.

En général, l'évolution de la maladie est lente et peut durer de trois à cinq mois; mais, chez les cobayes, l'inoculation en série de ces tuberculoses d'origine aviaire paraît augmenter la virulence, la mort survenant dans un délai progressivement plus court.

M. Nocard a pu cultiver le bacille de la tuberculose des oiseaux sur du sérum gélatinisé; il montre à la Société des spécimens des cinquième, sixième, septième et huitième cultures qui, paraît-il, ressemblent beaucoup à celles qui proviennent du laboratoire de Koch.

Ce n'est pas sans difficultés qu'il a obtenu ces cultures ; bien que pratiqué suivant les indications précises de Koch, l'ensemencement sur du sérum pur (bœuf, mouton, cheval) ne lui a donné aucun résultat ; au contraire, la culture a réussi lorsque l'ensemencement a été fait, avec toutes les précautions de rigueur, sur un sérum gélatinisé après addition de 1 p. 100 de peptone, 0,25 p. 100 de sucre de canne, 0,25 p. 100 de sel marin. Comme l'a indiqué Koch, la culture se fait avec la plus grande lenteur; elle ne commence guère avant le quinzième jour, et il faut bien de cinq à six semaines de séjour à l'étuve à 38 degrés pour qu'elle ait acquis tout son développement. A partir de la quatrième culture, le bacille transporté sur du sérum *pur* s'y est implanté et s'y est développé avec les mêmes caractères, quoique plus lentement.

M. Nocard emploie un procédé différent de celui de Koch pour recueillir le sang qui doit lui fournir le sérum ; après avoir brûlé la peau, il ponctionne directement la jugulaire avec un trocart flambé ; puis il engage dans la canule du trocart l'extrémité d'un tube de verre de même diamètre qui conduit le sang dans un vase approprié, le tout ayant été préalablement flambé ; ainsi le sang passe directement de la veine dans le récipient sans avoir subi le contact de l'air impur; le vase empli est déposé dans une glacière jusqu'à rétraction du caillot ; il suffit alors d'aller y puiser le sérum avec une pipette flambée pour le distribuer dans les tubes à essais et procéder immédiatement à la gélatinisation.

On évite ainsi les manœuvres si longues de la stérilisation du sérum et sa concentration par évaporation.

On obtient surtout un sérum absolument limpide, d'un jaune clair, avec un très léger reflet verdâtre.

M. Nocard présente de très beaux spécimens de sérum liquide ou gélatinisé; même les tubes additionnés de peptone ont une transparence parfaite.

M. STRAUS fait remarquer toute l'importance de cette communication. Jusqu'ici on n'était pas arrivé en France à cultiver le bacille de la tuberculose. C'est à M. Nocard que revient ce mérite.

Puissance de pénétration des filaments myceliens de divers champignons (penicillium, aspergillus) à travers les bourres de coton stérilisé et les bougies-filtres en terre poreuse. — **M. GALIPPE**, en son nom et au nom de M. Bourquelot, fait la communication suivante :

Une erreur de manipulation qui a été très préjudiciable à l'un de nous, porte en elle un enseignement dont nous avons cru devoir faire bénéficier nos collègues de la Société de biologie. Des tubes stérilisés contenant un liquide nutritif, fermés par un tampon de coton, furent placés dans une chambre humide.

Au bout de peu de jours, apparurent à la face inférieure de la bourre de coton des filaments myceliens qui ne tardèrent pas à porter des organes de fructification et à gagner en suivant toute la longueur du tube le liquide de culture.

En examinant avec attention les bourres de coton, on constata sur leur face supérieure la présence des mêmes champignons. Ceux-ci avaient donc passé de l'extérieur à l'intérieur en traversant la bourre tout entière.

Quant au liquide de culture, il était resté limpide, ce qui prouve que les filaments seuls avaient traversé sans être accompagnés par les bactéries. Le champignon appartenait au genre *aspergillus*.

Dans une communication antérieure, nous avions montré que les bougies filtrantes, placées dans certaines conditions d'humidité, laissaient passer les micro-organismes. Nous mettons sous les yeux de la Société un appareil qui démontre que les bougies sont également et constamment traversées par le *penicillium glaucum*, lorsque les conditions hygrométriques et la nature du liquide ensemencé sont favorables. Dans cette circonstance, le liquide filtré n'est autre que le liquide de Raulin, renfermant seulement 1 gramme d'acide tartrique pour 1 000 grammes. Il avait été ensemencé avec des spores de *penicillium glaucum*.

De la marche dans les maladies du système nerveux. — **MM. GILLES DE LA TOURETTE** et **A. LONDE** ont étudié, dans le service de M. Charcot, pendant les années 1884 et 1885, la marche dans les maladies du système nerveux au moyen de la méthode des empreintes. Ils ont pris pour base de leurs investigations la longueur du pas, l'écartement latéral des pieds et la valeur de l'angle d'ouverture de ceux-ci avec la ligne d'axe ou directrice. Après avoir établi comme terme de comparaison la valeur de ces différents facteurs chez dix hommes sains et chez dix femmes adultes, ils ont divisé les marches pathologiques en bilatérales et unilatérales. Le premier groupe comprend le type rectiligne et le type titubant. Dans le type rectiligne se rangent la démarche spasmodique, à ses trois périodes (sclérose latérale amyotrophique, etc.), pouvant elles-mêmes se compliquer de titubation comme dans la sclérose en plaques; la marche de la paralysie agitante avec ou sans déformation des orteils. Comme intermédiaire se trouve très étudiée la marche dans l'ataxie locomotrice. Nous ne pouvons, en l'absence de tracés, donner ici les caractères qu'ils assignent à la marche titubante soit confirmée, soit faisant retour à l'état normal.

La marche unilatérale comprend surtout le grand groupe de l'hémiplégie, qu'ils divisent en plusieurs sections. La première comprend l'hémiplégie flasque, divisée en deux périodes; la seconde, l'hémiplégie spasmodique, divisée en trois périodes correspondant aux périodes semblables de la démarche spasmodique bilatérale. Chemin faisant, se placent les variétés rares en talus, l'hémiplégie infantile et les cas compliqués d'hémichorée.

Les présentateurs insistent en terminant sur ce fait : que le pas pathologique, pour ne pas dire la marche, est toujours plus régulier en lui-même que le pas ou la marche normale, et cela sous le triple rapport de la longueur du pas, de l'écartement latéral et de l'angle d'ouverture des pieds. Ceci est facile à comprendre, car dans le premier cas, c'est l'individu qui marche et qui peut modifier ou varier sa marche; dans le second cas, c'est la maladie elle-même qui marche et non le malade, et si celui-ci a quelque puissance, il l'emploiera à régulariser encore le type de locomotion créé par la maladie elle-même.

Des broncho-pneumonies infectieuses de l'enfance et de leurs microbes. — **M. THAON** fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 16 octobre 1885 :

M. Proust, agrégé de la Faculté de médecine, nommé professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris.

M. Tédenat, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Grynfelt, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Par décret, en date du 16 octobre 1885, M. Boussac, médecin de première classe de la marine, démissionnaire, a été nommé à un emploi du même grade dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 17 ocbre 1885, M. Gourrier a été promu au grade de directeur du service de santé de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 15 octobre, M. le médecin principal de deuxième classe Chambet, a été désigné pour l'emploi de secrétaire du comité consultatif de santé.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques de première année (physique, chimie et histoire naturelle) commenceront le mardi 3 novembre 1885. Ils auront lieu pendant le premier semestre 1885-1886, aux jours et heures ci-après désignés dans les laboratoires installés à cet effet à l'ancien collège Rollin, 2, rue Vauquelin.

1° *Physique :* Mardi, jeudi et samedi, de quatre heures à six heures du soir. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Guébhard, chef des travaux (ancien collège Rollin), du jeudi 15 au samedi 31 octobre inclus, de neuf heures à onze heures du matin.

2° *Chimie :* Mardi, jeudi et samedi, de huit heures à dix heures et demie du matin. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Henriot, chef des travaux (ancien collège Rollin), du jeudi 15 au samedi 31 octobre inclus, de neuf heures à dix heures et demie du matin.

3° *Histoire naturelle :* Lundi et jeudi, première série ; mardi et vendredi, deuxième série, de neuf heures à onze heures du matin. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Faguet, chef des travaux (ancien collège Rollin), aux jours indiqués ci-dessus pour la chimie, de neuf à onze heures du matin. MM. les élèves devront, au préalable, s'être fait inscrire pour la chimie.

Passé le 31 octobre, aucune inscription ne sera plus admise, à moins d'autorisation spéciale.

En recevant l'inscription des élèves, MM. les chefs des travaux pratiques remettront à chacun d'eux une carte d'entrée, sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits.

Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt possible. Ils sont prévenus de leur mise en série par MM. les chefs des travaux.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Sont chargés des cours complémentaires ci-après désignés, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1885-1886, les agrégés dont les noms suivent :

Physique, M. de Girard; chimie, M. Ville; histoire naturelle, M. Granel ; accouchements, M. Garimond ; et pendant le deuxième semestre, pathologie médicale, M. Blaise ; pathologie chirurgicale, M. Serre; physiologie, M. Bimar ; anatomie pathologique et histologie, M. Carrieu.

MM. Garimond et Gayraud, agrégés, sont rappelés à l'exercice pendant l'année scolaire 1885-1886.

— Le ministre du commerce vient de décerner une médaille d'honneur en or à M. le docteur Gibert, médecin des épidémies

de l'arrondissement du Havre, en récompense du dévouement dont il a fait preuve au cours de l'épidémie du choléra qui a sévi dans la commune d'Yport, en 1884.

— Le mercredi 28 octobre 1885, il sera procédé, dans une des salles de la mairie du XXe arrondissement, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— MM. les docteurs Berger, Curie et Anthelme Combe sont attachés, en qualité de chirurgien et de médecins, au lycée Lakanal.

— M. le docteur Boutier est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la Bibliothèque de Loches.

— La *Gazette officielle d'Espagne* publie les chiffres fournis par l'épidémie cholérique qui a désolé le royaume pendant les six derniers mois écoulés.

Du mois d'avril dernier au 30 septembre, 35 provinces sur 49 auraient été atteintes par le fléau, et le nombre des cas de choléra aurait été de 266323, lesquels auraient donné lieu à 97382 décès, soit une mortalité, relativement bien faible, de 36,57 p. 100. Pendant le même laps de temps, le nombre des cas de choléra constatés à Madrid aurait été de 1654, et le nombre des décès de 1051, soit ici une mortalité proportionnelle tout autre de 63,54 p. 100, c'est-à-dire presque double de ce qu'elle aurait été pour tout le royaume.

Ajoutons, toujours d'après la *Gazette officielle*, qu'il n'existerait plus actuellement qu'un seul foyer sérieux dans la province de Jaen; le dernier bulletin comporterait pour vingt-quatre heures 253 cas et 109 décès, ou 43,08 p. 100.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gross, ancien médecin à Strasbourg, père de l'honorable professeur de la Faculté de Nancy, décédé dans cette ville à l'âge de soixante-quatorze ans,

Et celle de M. Bach, ancien doyen des Facultés des sciences de Strasbourg et de Nancy, frère du professeur honoraire Bach, de la Faculté de médecine de Nancy, décédé à Marlenheim (Alsace), à l'âge de soixante-douze ans.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Aubry, médecin en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de Blois, décédé le 13 courant à l'âge de soixante-seize ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18456.

N° 122. — JEUDI 22 OCTOBRE 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 22 OCTOBRE 1885. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la lèpre, engagée dans la dernière séance, s'est continuée dans celle d'aujourd'hui. Elle a porté exclusivement sur la question de l'importation. Soutenue par M. Vidal, qui s'est fondé principalement sur le fait rapporté par des auteurs américains d'un Chinois qui aurait transmis cette maladie aux îles Sandwich, où elle était inconnue jusque-là, l'importation a été niée ou tout au moins mise en doute par MM. Le Roy de Méricourt et J. Rochard, qui se sont appuyés sur l'autorité de l'ancien inspecteur du service médical de la marine Quoy, affirmant avoir vu la lèpre aux îles Sandwich antérieurement au fait rapporté par les médecins américains. Était-ce bien la lèpre? N'était-ce pas la lèpre? La discussion roulait sur ce point délicat et obscur, qui nous semble difficile à éclaircir, lorsqu'elle a été interrompue par un comité secret. Reprendra-t-elle dans la prochaine séance? Ou le litige restera-t-il en suspens? C'est ce que nous ne saurions dire.

Toutes réserves faites sur le fond même du sujet débattu, nous nous associons volontiers aux sages paroles par lesquelles M. Le Roy de Méricourt a signalé la tendance plus accusée de jour en jour à voir la contagion partout, depuis que la doctrine parasitaire est devenue l'unique point de mire des études pathogéniques.

HOTEL-DIEU. — M. TILLAUX.

Des tumeurs encapsulées de la loge parotidienne.

Nous allons enlever aujourd'hui une tumeur de la région parotidienne gauche, développée sur une jeune fille âgée de vingt-cinq ans. Voici d'abord l'histoire de la malade. Elle n'accuse aucun antécédent héréditaire. Réglée à quatorze ans, elle a toujours joui d'une excellente santé, si ce n'est qu'à l'âge de seize ans elle fut atteinte de la fièvre typhoïde.

Le début de l'affection date de six ans. La malade s'aperçut à cette époque, par hasard, qu'elle portait au-dessous de l'oreille, en arrière de la mâchoire inférieure, une tumeur du volume d'un petit pois, qui a grossi lentement et progressivement depuis cette époque.

État actuel. — Dans la région parotidienne gauche existe une tumeur qui fait sous la peau un relief comparable à celui d'un œuf de pigeon. Son siège précis ou plutôt ses limites ne sont autres, d'ailleurs, que celles de la région parotidienne elle-même : en haut, le lobule de l'oreille, qu'elle soulève, et derrière lequel elle remonte; en bas, l'angle de la mâchoire inférieure; en avant, la face externe du masséter, sur laquelle elle empiète; en arrière, l'apophyse mastoïde et le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Elle mesure 4 centimètres environ dans ses divers diamètres, c'est-à-dire qu'elle est globuleuse et régulièrement arrondie.

La peau qui recouvre la tumeur est normale et glisse librement par sa face profonde. La surface est lisse, absolument régulière. La consistance est ferme sans être dure. La tumeur est rénitente, mais non fluctuante. Elle est mobile dans tous les sens et glisse par sa face profonde sur les tissus sous-jacents.

La tumeur est indolente; elle ne provoque pas et n'a jamais provoqué ni gêne ni douleur.

Le système lymphatique est intact. Il en est de même du nerf facial. Rien d'anormal dans aucun viscère; santé générale excellente.

Nous avons à résoudre les quatre questions suivantes :

1° Dans quel point précis siège la tumeur? — 2° Quelle est sa nature? — 3° Quelles sont ses connexions avec les principaux organes de la région? — 4° Quel mode de traitement convient-il d'employer?

Siège précis de la tumeur. — Je vous ai déjà dit que la tumeur occupe la région parotidienne; mais est-elle située dans la loge, c'est-à-dire au-dessous de l'aponévrose, ou bien est-elle sous-cutanée et en dehors de la loge? Elle paraît si superficielle, les téguments qui la recouvrent sont si minces, elle est si mobile, qu'on pourrait la croire sous-cutanée; mais ordonnez à la malade d'exécuter un mouvement de la tête qui mette en contraction le muscle sterno-mastoïdien gauche, et faites obstacle à ce mouvement; vous verrez alors cette mobilité diminuer sensiblement, or, rappelez-vous que l'aponévrose qui ferme en dehors la loge parotidienne se continue avec la gaine fibreuse qui enveloppe le muscle, et que cette gaine adhère elle-même aux fibres musculaires. Ces deux plans fibreux sont ainsi solidaires et se tendent en même temps que le muscle se contracte; puisque la tumeur est moins mobile à ce moment, c'est qu'elle

est bridée par l'aponévrose, donc elle est bien située dans la loge parotidienne et non dans la couche sous-cutanée.

Nature de la tumeur. — Les tumeurs de la loge parotidienne doivent être divisées en gazeuses, liquides et solides.

Les tumeurs gazeuses sont très exceptionnelles. J'en ai cependant rapporté, dans mon *Traité d'anatomie topographique*, un exemple que j'avais observé à l'hôpital Lariboisière. Il s'agissait d'un souffleur de verre et l'air s'était peu à peu engagé à travers le canal de Sténon, de façon à former sous la peau une tumeur du volume d'un œuf de poule. Nous n'avons évidemment rien de semblable ici.

Les tumeurs liquides sont assez communes; nous en avons actuellement un exemple dans le service sur une femme atteinte d'un kyste sanguin que j'ai traité dernièrement devant vous par la méthode électrolytique, avec le concours de mon ami le docteur Onimus. La tumeur à laquelle nous avons affaire est manifestement solide; éliminons donc les kystes.

Les tumeurs solides de la région parotidienne doivent être divisées, au point de vue clinique, en deux grandes classes : les tumeurs *circonscrites* ou *encapsulées* et les tumeurs *diffuses*. C'est à constater ce signe que vous devez principalement vous attacher; car c'est lui qui vous conduira au diagnostic et qui surtout dirigera votre traitement. Or, il existe dans la parotide un groupe de tumeurs toujours circonscrites, quel que soit leur volume; elles repoussent les organes, les atrophient, mais ne les englobent pas dans leur épaisseur. Parmi elles se trouvent le chondrome, l'adénome, l'adénosarcome, etc. C'est aux tumeurs de ce groupe que l'on donne en général le nom de bénignes, par opposition au carcinome qui présente des caractères tout opposés et mérite le nom de tumeur maligne.

Notre malade est atteinte évidemment d'une tumeur encapsulée, circonscrite, appartenant au premier groupe. Je vous ai dit qu'elle était lisse, très régulière à la surface et rénitente; ce n'est donc pas un chondrome qui, lui, est caractérisé par des bosselures très dures, ainsi que vous avez pu le constater sur une jeune fille du service, qui fera l'objet de la prochaine leçon. Si vous considérez, de plus, que la tumeur a mis six ans pour atteindre le volume actuel, vous serez en droit d'éliminer le sarcome, dont la marche est plus rapide. Nous arrivons donc au diagnostic de *tumeur adénoïde* ou *adénome de la parotide gauche*.

Pouvons-nous entrer plus avant dans le diagnostic? Je crois devoir, à cet égard, vous présenter une remarque importante. Il faut distinguer deux sortes de diagnostics des tumeurs : le diagnostic anatomique et le diagnostic clinique; le premier se fait à l'œil nu, mais surtout à l'aide du microscope, lorsque la tumeur est enlevée. Les histologistes, en étudiant les tissus malades, font plutôt de l'histoire naturelle que de la clinique. Les renseignements qu'ils nous fournissent sont sans doute très importants, mais c'est avant l'opération qu'il serait utile de les posséder pour nous faire une opinion précise. Il est d'autant plus impossible, dans la très grande majorité des cas au moins, d'établir un diagnostic anatomique, que l'histologie elle-même nous enseigne que les tumeurs se rencontrent très rarement à l'état de pureté, c'est-à-dire que plusieurs tissus pathologiques se rassemblent ordinairement dans la même tumeur. Dans la parotide, par exemple, on trouve fréquemment la combinaison des tissus chondromateux, myxomateux et sarcomateux, d'où le nom de chondromyxosarcome donné par Virchow. On pourrait encore allonger le mot, ainsi que le fait remarquer M. Ranvier, en y ajoutant l'épithéliome, l'angiome et l'adénome. Les signes cliniques nous permettent d'affirmer qu'il doit y avoir prédominance de l'un des tissus sur les autres, en raison de la consistance et surtout du mode de développement du produit morbide, mais c'est tout; ils nous permettent surtout d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un cancer, ce qui est en somme le point capital au point de vue clinique.

Connexions avec les organes de la région. — Ce qui donne un caractère spécial aux tumeurs de la loge parotidienne, ce sont la présence dans cette loge du nerf facial et le prolongement qu'envoie constamment la glande vers le pharynx en avant de l'apophyse styloïde, prolongement en rapport immédiat avec les vaisseaux et nerfs de l'espace maxillo-pharyngien. L'exploration des parois latérales du pharynx nous a montré que cette partie de la glande n'était pas en cause et que la tumeur est toute en dehors.

Mais quelles sont les connexions avec le nerf facial? Ce nerf se trouve-t-il en dedans, en dehors de la tumeur, ou dans son épaisseur? Ce que je viens de dire relativement aux tumeurs encapsulées nous permet de rejeter d'emblée cette dernière hypothèse, puisque, dans ce cas, les organes sont refoulés par le produit pathologique et non englobés. Quant à savoir si le nerf facial est situé en dedans ou en dehors de la tumeur, nous ne pouvons que formuler à cet égard des hypothèses, et c'est cependant ce point que le chirurgien ne doit jamais perdre de vue, surtout au cours de l'opération. Si la tumeur proémine exclusivement du côté de la peau, il est probable que le nerf est en dedans; si, au contraire, elle s'enfonce profondément dans l'excavation parotidienne et ne fait à la peau qu'un léger relief, il est probable que le nerf est en dehors, c'est-à-dire entre la peau et la tumeur; mais ce rapport capital reste toujours obscur. Rappelez-vous toutefois que le nerf facial sort du trou stylo-mastoïdien tout à fait en haut de la région et que si la tumeur en occupe la partie inférieure, il y a des chances pour qu'elle n'ait pas de connexions avec le facial, au moins avec son tronc.

Quant à l'artère carotide externe, qui traverse également la région, elle peut affecter avec la tumeur les mêmes rapports que le nerf facial, mais la présence des battements la ferait reconnaître et, d'ailleurs, sa blessure ne déterminerait qu'une complication momentanée et sans gravité réelle.

Traitement. — Je vous ai dit que notre jeune malade n'éprouvait pas de douleur, pas même de gêne; faut-il donc l'opérer? Oui, sans aucun doute, d'abord parce qu'elle le réclame et que l'opération ne présente, à mon sens, aucun danger; ensuite, parce que la tumeur augmentera certainement de volume, pourra même se transformer en un produit de nature différente, en sarcome, par exemple, et, dans l'hypothèse la plus favorable, constituera une difformité extrêmement choquante, comme on en observe de temps en temps sur des individus trop pusillanimes.

Est-ce à dire qu'il faille enlever toutes les tumeurs de la parotide? Non, certes. Lorsqu'il s'agit d'un cancer, lorsque le produit pathologique englobe tous les organes, envoie des prolongements dans l'espace maxillo-pharyngien et que l'opération doit être nécessairement incomplète, le mieux est de s'abstenir, car vous feriez courir au malade les plus grands dangers sans compensation. Il est des cas, et nous en rencontrons malheureusement souvent, où notre rôle doit se borner à soulager les malades sans chercher à les guérir.

Nous pratiquerons l'opération suivante, avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses pour obtenir une réunion immédiate : La tumeur sera découverte à l'aide d'une incision verticale, telle que la cicatrice puisse se dissimuler le plus possible dans les plis de la peau, derrière l'angle de la mâchoire. Je procéderai avec la plus grande lenteur, pour bien m'assurer que le nerf facial n'est pas sous le bistouri : dans ce cas, le nerf serait récliné avec soin ; la tumeur étant isolée par sa face externe, j'abandonnerai l'instrument tranchant pour ne me servir que d'une spatule à l'aide de laquelle je détacherai la face profonde.

L'opération ainsi pratiquée a donné les meilleurs résultats. On n'a pas vu le nerf facial, et la jeune fille est retournée chez elle le huitième jour, parfaitement guérie.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Duguet.

Rétrécissement mitral.

I

Vendredi dernier, il est entré, au numéro 5 de la salle Saint-Vincent, un homme de cinquante-six ans, atteint depuis deux ans d'un œdème à peu près général et en proie depuis quelque temps à des étouffements assez violents.

Le lendemain matin, quand nous l'avons examiné, nous l'avons trouvé assis sur son lit, les membres inférieurs très infiltrés, les articulations des genoux elles-mêmes contenant du liquide épanché, l'abdomen tendu par de l'ascite. L'œdème était indolore, bilatéral, la peau avait conservé une teinte rosée, les veines sous-cutanées étaient distendues; de plus, les mains étaient bleuâtres, les veines des membres supérieurs dilatées, la face comme cyanosée, les veines jugulaires distendues, tous symptômes, en un mot, indiquant une gêne de la circulation veineuse. Mais, d'autre part, le pouls était très petit et l'examen du cœur nous montrait l'existence d'un rétrécissement mitral avec voussure assez considérable de la région précordiale, exagérée encore par l'augmentation du volume insolite du sein gauche, dont le mamelon rétracté donne une certaine quantité de colostrum par la pression. La glande mammaire de ce côté est d'ailleurs en voie d'évolution carcinomateuse. La percussion de la région précordiale indique une matité commençant dans le sixième espace intercostal et remontant jusqu'à 12 centimètres au-dessus du mamelon. L'auscultation ne décèle à la base aucun souffle ni au premier ni au deuxième temps, tandis que, en dehors du mamelon, à gauche, on entend à la pointe un souffle très net, rude, sur une hauteur de 4 à 5 centimètres en allant vers l'aisselle, et sur une largeur de 3 à 4 centimètres, souffle résultant d'une insuffisance mitrale.

En résumé, cœur vaste, répondant à une matité très étendue, à une région précordiale exagérée, oreillettes gauche et droite dilatées, ventricule droit dilaté également, mais non suffisamment pour entraîner une insuffisance tricuspidienne, car il n'y a point de souffle au premier temps dans la sphère qui lui appartient; ventricule gauche diminué.

Il est possible que la dilatation des oreillettes s'accompagne d'un certain degré d'hypertrophie; cependant nous ne saurions l'affirmer. Mais ce que nous pouvons soutenir, c'est la dilatation des deux oreillettes et du ventricule droit, tandis que le ventricule gauche n'est pas dilaté, encore moins hypertrophié, car il a plus de fibres qu'il lui en faut pour lancer l'ondée sanguine qu'il reçoit; loin de là, au contraire, il doit être ratatiné.

En résumé, cet homme a une insuffisance, ainsi que le démontre le souffle rude se prolongeant vers l'aisselle; il a aussi un rétrécissement mitral, comme le prouvent et la stase veineuse et la petitesse du pouls. Cette petitesse du pouls, comme preuve d'un rétrécissement mitral, s'appuie encore d'autres signes, tels que souffle, roulement présystolique, comme chez le malade du numéro 28, et surtout, ce qui a plus de valeur, dédoublement du deuxième bruit à la base du cœur. Ce dédoublement du second bruit, nous le retrouvons chez le malade du numéro 16, qui a un rétrécissement mitral très manifeste, et chez le numéro 33, qui est atteint de cette même lésion, outre une insuffisance mitrale. C'est le dédoublement des deux facteurs du second bruit, résultant du claquement simultané des valvules de l'aorte et de l'artère pulmonaire; il se produit lorsque ces deux bruits ne coïncident pas. Ainsi, dans le cas de rétrécissement mitral, le ventricule droit se contracte à l'avance, entraînant à sa remorque le ventricule gauche, et les valvules sigmoïdes de l'aorte retombent après celles de l'artère pulmonaire; c'est là un signe de première valeur du rétrécissement mitral.

Il y a aussi des intermittences entre les battements du cœur et du pouls, c'est-à-dire que les battements ont lieu avec des retours de temps en temps. Ces intermittences, faciles à comprendre, se produisent par le même mécanisme.

Enfin, en même temps qu'il y a des intermittences, il y a des irrégularités, c'est-à-dire des intermittences mal réglées; il y a aussi des inégalités dans la force des pulsations radiales ou autres.

Notre malade en est arrivé à la période asystolique, à cette période où le ventricule et l'oreillette droits, qui jusque-là étaient parvenus à vaincre l'obstacle du rétrécissement mitral, ont, à un moment donné, perdu leur puissance; de là la stase veineuse et la petitesse du pouls.

En résumé, quand il s'agit de diagnostiquer un rétrécissement mitral, deux circonstances se présentent : ou le malade est en asystolie, ou le cœur suffit encore à sa tâche.

S'il est en asystolie, l'œdème, la cyanose, le pouls petit permettent facilement de diagnostiquer le rétrécissement. Si, malgré la lésion, le cœur parvient encore à vaincre l'obstacle, plusieurs cas peuvent se présenter : ainsi les malades peuvent n'avoir que des palpitations et un pouls petit; ou bien à ces symptômes s'ajouteront de l'essoufflement, quelques râles sous-crépitants à la base des poumons et en arrière, indiquant une gêne de la circulation en amont. Dans d'autres cas, on constatera, en plus, l'existence d'un dédoublement du second bruit; enfin, si avec tous ces signes il y a à la fois intermittences, irrégularités, inégalités des battements du cœur et du pouls, le rétrécissement mitral ne saurait faire aucun doute.

Chez notre malade, nous ne trouvons aucun antécédent morbide : pas de rhumatisme antérieur ni d'affection thoracique quelconque; pas d'intoxication saturnine ni de fièvre palustre, mais l'alcoolisme. Notre homme est charretier et ne boit pas moins de six litres de vin par jour, non compris les petits verres. C'est ainsi que la maladie a évolué sourdement, n'éclatant soudain que lorsque la compensation du cœur ne s'est plus faite.

De même l'épanchement pleurétique dont il est atteint, et dont je ne vous ai pas encore parlé, a éclaté à la sourdine.

Cet épanchement remplit la moitié inférieure de la cavité pleurale droite et présente tous les symptômes qui lui sont propres : matité, absence de vibrations thoraciques, souffle doux avec bronchophonie. Or deux alternatives peuvent se présenter : ou cet épanchement est passif et tient à quelque obstacle dans la circulation pulmonaire du côté droit, ou bien il est actif et dû à une inflammation de la plèvre.

L'épanchement passif, ou hydrothorax, peut apparaître insidieusement sans point de côté, ni fièvre, ni frisson; il est généralement double, tandis qu'unilatéral il est plus difficile à comprendre, à moins que du côté opposé quelque symphyse pleurale ne lui ait pas permis de se développer. Mais notre malade n'a jamais rien eu de pleural du côté gauche.

Nous sommes donc forcés de songer à autre chose qu'à un hydrothorax unilatéral, d'autant plus que nous n'entendons aucun râle sous-crépitant à droite ni à gauche, mais seulement un peu de sibilance due à un œdème superficiel de la muqueuse bronchique. Enfin cet épanchement ne remplit qu'une partie de la cavité pleurale droite, où il semble comme enkysté.

En somme, nous sommes donc en présence d'une pleurésie, insidieuse à la manière de ces pleurésies latentes, dans lesquelles on ne connaît pas le début de la maladie. Mais quand on a affaire à une pleurésie latente, l'épanchement est généralement considérable. Ici, par exception, il n'est pas abondant, et rentre dans le groupe des pleurésies insidieuses signalées par M. Bucquoy en 1883, que l'on rencontre dans certaines affections du cœur et qui ont pour caractère spécial d'être limitées, quoique latentes.

J'ajoute, en terminant, que chez notre malade, par suite d'une altération des reins qui fonctionnent mal, la digitale telle que je la prescris, aux doses dont je vous parlerai dans la prochaine leçon, n'a produit aucun effet et que cet homme vient de succomber ce matin même.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 octobre 1885. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. Mauricet (de Vannes), qui se porte candidat au titre de membre correspondant national;

2° Une note de MM. Ferron et Coustan, médecins-majors, ayant pour titre : *Abcès tropical du foie*. (Comm. : MM. Perrin et Rochard.)

M. LE PRÉSIDENT déclare une vacance dans la section de thérapeutique.

RAPPORT

M. CHARPENTIER fait un rapport sur deux envois de Mlle Baudins, sage-femme à Vannes. Le premier consiste en une dent qu'elle a enlevée à un enfant de quatre jours et qui portait obstacle à la lactation.

Le deuxième est relatif à un fœtus qui, au dire de la sage-femme, aurait succombé entre le quatrième et le cinquième mois environ de la grossesse et qui aurait été conservé dans la cavité utérine jusqu'au terme normal.

C'est, dit M. le rapporteur, un cas assez rare pour qu'il n'ait pu, dans ses recherches sur ce sujet, en réunir à peine qu'une douzaine d'exemples.

DISCUSSION SUR LA LÈPRE

M. LE ROY DE MÉRICOURT. En entendant, dans la dernière séance, M. Vidal s'appuyer tout particulièrement sur l'introduction de la lèpre aux Sandwich, d'après les rapports de médecins américains, pour en démontrer la contagion, il n'a pu lui opposer immédiatement aucun argument sur ce point. Il a dû attendre qu'il eût pu prendre connaissance des textes cités par M. Vidal et de ceux qui pourraient leur être opposés. C'est ce qu'il s'est mis en mesure de faire depuis et c'est du résultat de ses recherches sur ce sujet qu'il vient maintenant entretenir l'Académie.

La communication de M. Vidal lui ayant paru inspirée surtout par ce qu'ont écrit le docteur Nhote, dans un article Lèpre (de l'*Encyclopédie de chirurgie*), et le docteur Wods, dans un mémoire sur le même sujet, inséré dans la collection des rapports d'hygiène et de médecine des officiers du corps de santé de la marine des États-Unis (1879). C'est sur l'analyse de ce dernier que porte principalement la discussion à laquelle se livre M. Le Roy de Méricourt. Voici en quels termes il résume cette discussion :

En résumé, dit-il, pour moi, le cas du Chinois Ahia, qui serait l'importateur de la lèpre aux îles Sandwich, n'a pas la portée qu'on a voulu lui attribuer. On sait avec quelle mauvaise disposition est accueillie l'immigration envahissante des Chinois dans plusieurs régions du globe, en Californie en particulier. Peut-être existe-t-il aux Sandwich quelque question d'ordre social qui a pu grossir l'importance de la présence d'un Chinois lépreux dans cet archipel. Il faut le reconnaître, depuis que la doctrine parasitaire joue un si grand rôle dans la pathogénie, le vent souffle à la contagion. Chaque jour voit apparaître un bacille ou microbe de plus; depuis la pneumonie jusqu'au furoncle, la plupart des maladies sont qualifiées contagieuses, inoculables. Si, à mesure que les microorganismes sont signalés, la thérapeutique nous fournissait les moyens de les détruire, ce serait un avantage immense. Mais le plus souvent, la notion du parasite n'a pour résultat que d'apporter la perturbation dans les relations sociales. Bientôt il faudra autant de pavillons d'isolement que de genres de maladies et, en ce qui concerne la lèpre, on verra peut-être se relever ces terribles asiles où les malheureux trouvaient la mort civile et que la science faisait peu à peu disparaître chez les nations civilisées.

M. VIDAL, pour répondre à cette objection que, dans bien des cas, la syphilis a pu dégénérer en lèpre, fait observer qu'il est bien établi aujourd'hui que ces deux affections sont absolument distinctes. Il a pu lui-même constater l'existence de la syphilis chez des lépreux.

M. Dujardin-Beaumetz, ajoute-t-il, a comparé la lèpre avec la malaria relativement à l'existence d'un microbe coïncidant avec la non-contagiosité.

A ce sujet, M. Vidal rappelle que plusieurs expérimentateurs, ayant injecté du sang de paludiques dans les veines d'hommes sains, ont déterminé chez ces derniers l'existence d'accès de fièvre présentant tous les caractères de la fièvre paludéenne, jusqu'à l'hypertrophie de la rate.

M. LE ROY DE MÉRICOURT pense que l'existence récente de la lèpre dans les îles Sandwich n'est pas admissible, puisqu'un observateur des plus compétents, Quoy, l'y a rencontrée en 1819.

M. ROCHARD appuie cette opinion, en ajoutant qu'un fait affirmatif de cette valeur annihile tous les faits négatifs qui peuvent lui être opposés.

M. VIDAL donne lecture du passage du livre de Quoy, auquel font allusion MM. Le Roy de Méricourt et Rochard, et il fait observer que les assertions émises par M. Quoy peuvent laisser planer un certain doute sur le caractère lépreux de la maladie qu'il dit avoir observée.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Vulpian sur le prix Barbier.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LVI

SOUVENIRS DE MA PRATIQUE MÉDICALE A SAINT-SEVER.

Après mon licenciement de l'armée d'Aragon, à Toulouse (1er juin 1814), je pris le parti, malgré les sollicitations diverses et flatteuses dont j'étais l'objet, de rentrer dans ma famille privée de son chef et de me fixer définitivement à Saint-Sever, pour y exercer la médecine. Mon vénéré père laissait une clientèle qui paraissait très désireuse de m'accorder la confiance dont elle l'avait honoré pendant sa longue pratique; d'autre part, l'autorité locale avait voulu me réserver l'offre de la succession aux divers services médicaux assurés par mon père près des établissements publics de la cité. Je compris, j'appréciai toute l'honorabilité de cet hommage si spontané, je revins à toujours dans ma ville natale.

J'avais apporté de mes campagnes d'Espagne des collections considérables en histoire naturelle. Je conservai les plantes dans mon herbier; j'en communiquai des duplicata à mes correspondants nationaux et étrangers, Acharius en Suède, Römer et Schultes en Allemagne, de Candolle à Genève, Nestler et Mougeot en Alsace, Bouchet à Montpellier, P. de Lapeyrouse à Toulouse, Jussieu, Desfontaines, Bosc, Loiseleur-Deslongchamps à Paris. La collection d'insectes, qui était très riche, était d'une conservation difficile au début de mon installation médicale, pendant deux ou trois ans; mon culte pour la science devait l'emporter sur l'attrait de la possession : je ne balançai pas à offrir ce trésor au prince des entomologistes, seul capable d'en doter la science, à mon vénérable ami Latreille.

Je me livrai donc exclusivement à l'exercice de ma profession; je me familiarisai avec les principaux livres de ma bibliothèque; je rédigeai le journal quotidien de mes observations médicales à la ville et à la campagne. Ces notes de clinique urbaine et rurale forment plusieurs volumes compacts et continuent pour ainsi dire des cahiers analogues tenus par mon père depuis 1787. La réputation de mon prédécesseur vénéré, mon âge de trente-quatre ans, avec santé, force, activité et bonne volonté, mon expérience de huit années de pratique antérieure contribuèrent à établir avec quelque avantage ma position de médecin en ville et dans les contrées environnantes et à me donner cette vogue qui manque rarement aux praticiens placés dans les mêmes conditions. La Société de médecine de Toulouse m'octroya (juillet 1814) le diplôme de membre correspondant; en septembre de la même année, sur la présentation du préfet du département, je fus nommé par le ministre de l'intérieur membre du jury médical, en remplacement de mon père. J'ai conservé ce titre jusqu'en 1856, et je l'ai fait transmettre à mon fils aîné. Avant de rappeler sommairement les faits les plus saillants offerts à mon observation, qui compte aujourd'hui (1859) cinquante-deux ans de pratique médicale, je voudrais inscrire deux courtes notices, l'une généalogique sur ma famille paternelle, l'autre de topographie sur ma ville natale.

Mon grand-père, Fritz-Dufour, qui, d'après un souvenir traditionnel, avait assisté, comme chirurgien des armées du roi, à la bataille de Malplaquet (1709), s'était retiré dans la petite commune de Crémens, du diocèse d'Auch. Sa modeste maison était située au bord de la grande route, à égale distance de Nogaro et du Houga. Cette habitation porte encore dans le pays le nom de Dufour ou du Terré. Fritz Dufour, qui avait eu successivement quatre épouses, n'eut de progéniture qu'avec la dernière. Il mourut en 1763, laissant deux fils qui entrèrent l'un et l'autre dans la carrière médicale. L'aîné, mon père, Charles Dufour, malgré la modicité de sa fortune, et avec l'aide d'un oncle médecin, poursuivit avec ardeur, persévérance et sagesse, sa vocation innée pour la médecine; il fit ses premières études à Toulouse. J'ai trouvé parmi ses manuscrits son diplôme de licencié en médecine; au-dessus des propositions en latin qui furent les sujets de sa thèse, sous une effigie peu artistique du crucifix, on lit ce titre :

CHRISTO VERO MEDICO
SE SUAQUE ASSERTA MEDICA
CAROLUS DUFOUR, E LOCO CRÉMENS,
DIŒCESIS AUSCITANÆ
MEDICINÆ BACCALAUREUS
PRO LICENTIATUS GRADU CONSEQUENDO.

A Toulouse, il eut pour condisciple et ami Ant. Portal (de Gaillac), qui devint une des célébrités médicales de Paris. Après un stage théorique à l'École de Montpellier, où il fut accueilli avec bienveillance par le professeur Bordeu, il alla terminer ses études médicales à Paris. Reçu docteur, il fut appelé à Saint-Sever par son oncle et bienfaiteur, le docteur Lavernhe, qui lui céda sa clientèle et le service des établissements publics (couvents, hôpital, école, prisons); il ne tarda pas à conquérir l'estime et l'affection de ses concitoyens et des familles riches de la contrée. En 1795, lors de l'établissement de l'École centrale, Charles Dufour fut nommé professeur d'histoire naturelle, et il continua son cours jusqu'à la suppression de ces écoles en 1801. Atteint d'un catarrhe pulmonaire avec asthme, qui le tourmenta pendant les vingt dernières années de sa vie, il passait bien souvent ses nuits sur un fauteuil. Malgré ces souffrances périodiques et nocturnes, il ne cessa jamais, comme l'attestent ses cahiers de pratique, de faire face pendant le jour à toutes les exigences de sa profession. Vers la fin de janvier 1814, pendant que j'étais à Givone, il mourut, âgé de soixante-seize ans, après quarante-six ans d'exercice de la médecine; il fut soigné dans sa dernière maladie par un distingué confrère de l'armée, M. Moizin. Le futur inspecteur du corps de santé militaire était alors de passage à Saint-Sever, retour de l'armée du Portugal; il fut logé dans notre maison et entoura mon père des soins où le savoir et l'intérêt respectueux avaient une égale part. Charles Dufour avait une taille un peu au-dessus de l'ordinaire, figure régulière et pâle, nez un peu long et droit, physionomie sérieuse mais se déridant au sein de la famille et dans l'intimité, caractère éminemment doux et bon, politesse qu'on aurait cru provenir d'une grande éducation, et qui tenait à la trempe du caractère et à la fréquentation, dès sa jeunesse, des familles bien élevées, médecin instruit, fort studieux, probe, consciencieux et charitable. Dans sa pratique, il avait su s'affranchir de la polypharmacie de son époque; on lui faisait le reproche d'être souvent temporisateur, reproche dont il se rendait plus digne à mesure qu'il s'avançait dans sa pratique; il pouvait dire, comme le célèbre Ratclifte :

« Quand j'étais jeune, je connaissais vingt remèdes pour une seule maladie; à présent que j'ai vieilli dans la pratique, je sais plus de vingt maladies pour lesquelles je n'ai pas un seul remède. »

Le frère puîné de mon père, Jean-Marie Dufour, mon parrain, pauvre comme tous les cadets, parvint néanmoins, par son intelligence et son activité, à être employé comme chirurgien sur un vaisseau du roi. Pendant un séjour assez prolongé sur la côte du Grand-Bassam (Guinée), il eut l'occasion de pratiquer l'opération de la cataracte sur un chef des naturels de cette contrée africaine, où se faisait le commerce de la poudre d'or; il réalisa une petite fortune, revint en France auprès de son frère, abandonna la médecine pour se livrer à l'agriculture. On le désignait sous le nom de Dufour l'Africain.

Assez d'entraînement de ma plume sur l'article généalogie médicale; je passe à l'étude topographique de mon pays natal.

TOPOGRAPHIE DE SAINT-SEVER.

La ville de Saint-Sever, chef-lieu du deuxième arrondissement du département des Landes, est située sur un plateau élevé de cent mètres au-dessus du niveau de la mer, à quatorze lieues du golfe de Gascogne (en ligne directe) et à seize lieues de la chaîne des Pyrénées.

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 octobre 1885.

L'*Histoire du Béarn*, du savant prélat Pierre de Marca, publiée en 1640, nous fournit tous les renseignements historiques sur cette capitale du pays de Chalosse. L'an du monde 4009 (de Rome, 709; avant Jésus-Christ, 42) Crassus, lieutenant de César, fit la conquête de la Novempopulanie; celle-ci était bornée au Nord par l'Aquitaine, à l'Est par la Narbonnaise, au Sud par l'Hispanie, à l'Ouest par l'Océan. Elle eut d'abord pour capitale Lugdunum Convenarum (Saint-Bertrand-de-Comminges), puis Elimberris (Auch). Crassus choisit le superbe plateau de *Morlaune* pour y construire une magnifique résidence qu'il appela *Castrum Cæsaris*, désignée plus tard sous le nom de *Palæstrion* (de palæstra, lieu où l'on s'exerçait à la lutte). Ce château, très fort par son assiette et par les fortifications dont il fut environné, tenait en respect les peuples voisins et servait de résidence aux gouverneurs romains et plus tard aux ducs de Gascogne. Avant 982 de Jésus-Christ, il n'y eut point de ville sur ce plateau; mais, à cette époque, Guillaume Sance, duc de Gascogne, fonda une ville qu'il appela Saint-Sever, du nom du saint martyr dont il avait éprouvé la puissante protection. Le Palæstrion était aussi désigné sous le nom de Montlaune (*mons laudarum*).

Cette forteresse, que les rois des Francs convoitèrent dès le VIIIe siècle, était célèbre sous la triple dénomination de Camp de César, Palæstrion, Montlaune : 1° parce qu'elle avait été fondée et construite par les Romains; 2° à cause de sa situation prédominante; 3° parce qu'elle fut la résidence des comtes, des ducs qui gouvernaient tous les pays environnants, d'où l'appellation *caput provinciæ* plus tard *cap de Gascogne*. Une des trois cours de Gascogne y fut établie et ce fut dans la ville de Saint-Sever qu'en 1273, le 10 novembre, le roi d'Angleterre Édouard, duc d'Aquitaine, assembla la Cour générale de Gascogne, composée des Cours particulières de Bordeaux, Bazas et Saint-Sever, pour juger Gaston de Béarn qui s'était insurgé contre ce roi dont il était vassal. Cette ville a soutenu plusieurs sièges; les Anglais l'ayant prise en 1296, l'armée française, commandée par le prince Charles, la reprit après un siège de trois mois et sept jours. Peu de temps après, elle retomba au pouvoir des Anglais; un comte d'Artois l'enleva de nouveau en 1298, et, depuis cette époque, la Gascogne fut réunie à la couronne de France. En 1569, la ville fut mise à contribution et pillée par les troupes de la reine Jeanne d'Albret, la mère *dou noust Henric*; le célèbre capitaine Blaise de Montluc vint à son secours, la reprit d'assaut et la délivra du joug des huguenots.

D'après un vieux manuscrit cité par Marca et intitulé : *Historia monasterii Sancti-Severi* qui est précédé du plan de la ville, de ses environs et de son monastère, Sever, roi des Scythes, fut martyrisé par les Vandales, l'an 406, au bas du coteau de Morlaune, non loin du château Palæstrion, habité à cette époque par Adrien, gouverneur romain qui avait pris le titre de roi. L'an 980, les Normands ayant fait une descente en Gascogne et mettant tout à feu et à sang, Guillaume Sance réunit ses troupes; mais, craignant l'issue du combat, il fit vœu de bâtir un magnifique monastère en l'honneur de saint Sever, dans le lieu même où reposaient ses reliques, à la place d'une petite chapelle, et de mettre ses domaines sous sa protection, si, par l'effet de son assistance spéciale, il obtenait la victoire.

Les vœux de Guillaume furent exaucés; le saint apparut au fort de la mêlée, monté sur un cheval blanc (c'est ainsi que s'exprime Sance lui-même dans la charte de Saint-Sever), portant la terreur dans les rangs ennemis qui furent mis en pleine déroute. Le duc, dont la piété égalait la valeur, convoqua tous les prélats, les nobles et seigneurs de toute la Gascogne, en l'an 982, pour délibérer sur l'établissement projeté, acheta des seigneurs ses vassaux l'emplacement du monastère pour la somme de trois cents sols d'argent et quarante-cinq vaches, et fonda cette célèbre abbaye à laquelle il donna son château Palæstrion et toutes les terres qui en dépendent. Il lui accorda les plus grands privilèges et immunités avec le patronage de toutes les églises de son duché; il voulut qu'elle relevât immédiatement de la Cour de Rome; il nomma pour premier abbé un religieux de l'ordre des Bénédictins nommé Salvator, qui était aussi pieux que savant. Cet abbé ainsi que ses successeurs étaient viguiers (vicarius) et convoquaient, en cette qualité, les assemblées de la Cour de Gascogne qui tenait ses séances dans le cloître du monastère. Ce fut l'abbé de Saint-Sever qui, en 1173, se rendit, accompagné de plusieurs prélats et seigneurs, au château d'Orthez, pour sommer le comte Gaston d'avoir à comparaître devant la Cour générale de Gascogne réunie à Saint-Sever sous la présidence d'Édouard, roi d'Angleterre, et du duc d'Aquitaine. Depuis la réunion de la Gascogne à la couronne de France, les abbés de Saint-Sever étaient nommés par le roi; celui-ci avait le droit de placer un militaire invalide dans le couvent pour y être entretenu et nourri aux dépens du monastère. Cette belle abbaye était une des plus florissantes du XVe siècle; l'archevêque de Turin en était alors commendataire. En 1569, elle fut entièrement ruinée et détruite de fond en comble par les troupes de la reine Jeanne d'Albret; plus tard, elle se releva et recouvra son ancien éclat. Avant sa suppression par la Convention nationale, elle nommait à vingt cures, dans les diocèses d'Aire, Bordeaux, Condom, et jouissait de plus de cinquante mille livres de revenu. On observait dans ce monastère la règle de saint Benoît réformée par saint Amour. La ville possédait encore un superbe couvent de Frères Prêcheurs de l'ordre de saint Dominique, qui florissait dans le XVe siècle. Ce couvent fut également ruiné en 1569; à l'époque de la Révolution, il jouissait encore d'un revenu de huit à dix mille livres. Le collège, ancienne École centrale, est établi dans les bâtiments de l'ancien couvent des Dominicains; on suppose que la fondation de celui-ci remonte au XIIIe siècle. Le couvent des Ursulines, dont l'origine ne remonte guère qu'au XVIIe siècle, ne présente aucun souvenir digne d'être mentionné au point de vue historique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le doyen recevra MM. les étudiants tous les lundis à quatre heures; M. le secrétaire de la Faculté reçoit les mardis, jeudis et samedis, de midi à une heure et de deux heures à trois heures.

— Les questions données pour l'épreuve écrite du nouveau concours de l'internat des hôpitaux de Paris, qui a eu lieu avant-hier lundi, sont : 1° Anatomie : circonvolution de la convexité des hémisphères cérébraux; 2° Pathologie : cause et signes de l'hémiplégie cérébrale.

— Un concours sur titres est ouvert pour la nomination de quatre élèves internes à la clinique ophthalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts. Le titre d'externe dans les hôpitaux est exigé des candidats. Le registre d'inscription est ouvert tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures du matin à quatre heures du soir, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, jusqu'au 15 novembre 1885.

Les candidats devront déposer, à l'appui de leur demande, un certificat de leur chef de service et leur acte de naissance.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Barrois est nommé maître de conférences d'histoire naturelle, pendant l'année scolaire 1885-1886.

M. le docteur Curtis, prosecteur, est délégué, pendant l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Chotin, démissionnaire.

M. Carpantier, aide d'anatomie, est délégué, pendant l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de prosecteur, en remplacement de M. Curtis, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Mossé, agrégé, est maintenu pour quatre ans, à partir du 1er novembre 1885, dans les fonctions de préparateur du laboratoire de clinique médicale.

M. le docteur Gilis est délégué, pendant l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de chef des travaux anatomiques et de médecine opératoire.

M. le docteur Lauret est nommé, pour trois ans, chef des travaux de physique (emploi nouveau).

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de :

MM. Loison, Chaintre, Jamain, Vincent, Orcel, Sigaud, Adenot, Lecreux, Givre, Mollard, Péchadre, Alombert, Proby et Dénarié.

— *Hospices de Montpellier.* — Le mardi 1er décembre 1885, à neuf heures du matin, il sera ouvert à l'hôpital Saint-Éloi un concours pour sept places d'externes dans les hospices de Montpellier. La durée des fonctions sera de trois ans pour les cinq externes nommés en première ligne, et d'un an pour les deux derniers nommés.

Le lundi 7 décembre 1885, il sera ouvert, au même hôpital Saint-Éloi, un concours pour trois places d'internes dans les hospices de Montpellier. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au samedi 5 décembre à cinq heures du soir, au secrétariat des hospices.

Les internes nommés prendront possession de leur emploi le 1er janvier 1886 ; la durée de leurs fonctions sera de trois ans, à partir de cette date.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18467.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Du traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses. — Action révélatrice et action curative de ces eaux combinées avec les médicaments antisyphilitiques.

Les médecins hydrologistes n'ont pas manqué de mentionner parmi les propriétés générales des eaux minérales celles que possèdent quelques-unes d'entre elles, les eaux sulfureuses notamment, de révéler la présence dans l'économie du principe syphilitique et de concourir par là au diagnostic des syphilis larvées. Mais leur action ne se borne pas là; elles ont aussi leur part, et une part importante dans la curation de cette affection. Aussi trouve-t-on dans la plupart des traités et des guides pratiques sur les eaux minérales un double chapitre à propos de la syphilis, l'un sur l'usage de ces eaux comme moyen diagnostique, l'autre sur leur usage comme moyen curatif.

Nous avons en ce moment sous les yeux une excellente étude sur ce double sujet, due à l'ancien inspecteur des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon, le regretté docteur Lambron, dont le bon esprit et la vaste expérience étaient bien connus, et à M. le docteur Doit qui a recueilli, mis en ordre et rédigé les innombrables observations et notes laissées par cet éminent praticien (1).

D'après l'étude rétrospective à laquelle se sont livrés les auteurs de cet intéressant travail, voici quels sont les divers modes d'agir que leurs devanciers avaient reconnus aux eaux sulfureuses, dans la syphilis :

1° Elles aggravent les accidents syphilitiques;

2° Elles guérissent les syphilis sous certaines conditions;

3° Elles aident à distinguer les affections syphilitiques des accidents morbides de nature différente avec lesquels elles se trouvent mélangées;

4° Elles décèlent les syphilis latentes ou occultes;

5° Elles reconstituent la santé des individus tombés dans la cachexie simple ou syphilitique;

6° Elles préviennent les accidents mercuriels; elles réparent ou guérissent les accidents lorsqu'ils sont produits soit par une mauvaise administration du médicament, soit par un mauvais tempérament ou par une disposition idiosyncrasique de l'individu;

7° Elles augmentent considérablement l'action curative des médicaments spéciaux de la syphilis;

8° Elles sont un excellent agent d'épreuve ou pierre de touche pour savoir si un ancien contaminé est ou n'est pas guéri.

Ces propositions renferment assurément des enseignements utiles et même précieux à certains égards. Mais que dire des contradictions que quelques-unes d'entre elles impliquent par rapport aux autres, si ce n'est qu'elles laisseraient l'esprit des praticiens dans une singulière perplexité, si une étude analytique sérieuse ne leur venait en aide, pour leur expliquer comment le même agent peut avoir des effets opposés, tantôt un effet aggravant, tantôt un effet curateur; pour leur montrer dans quelles conditions on peut obtenir les meilleurs effets curatifs de l'association des eaux sulfureuses avec la médication mercurielle ou iodique; quelles sont celles qui donnent la meilleure action d'épreuve, etc., etc. Éclaircir, en un mot, par une nouvelle étude clinique fondée sur une longue expérience et un grand nombre d'observations, les données fournies par leurs prédécesseurs, tel a été le but de l'œuvre accomplie par MM. Lambron et Doit.

Leur premier soin a été d'étudier et de faire connaître l'action physiologique des eaux sulfureuses, et le mode d'être et d'agir du virus syphilitique. Sur le premier point, les auteurs se résument dans les termes suivants :

Les sulfureux, et particulièrement les eaux sulfurées de Luchon, excitent l'économie, rétablissent les fonctions plus ou moins troublées ou altérées de nos organes, accroissent puissamment les actes de la nutrition générale ou locale; par cela même, permettent à l'organisme de se débarrasser des principes délétères dont il est imprégné, et finalement de réparer les désordres morbides dont il souffre.

Étant donnés, d'autre part, le mode d'être et d'agir du virus syphilitique, son mode de procéder le plus habituel, dans l'infection générale de l'économie, les périodes successives de sa marche envahissante; étant connu, enfin, ce fait important, que, si la syphilis est parfois persistante, il

(1) *Des affections vénériennes traitées par les eaux sulfureuses de Luchon*, par M. le docteur Lambron, ancien médecin inspecteur, et par M. le docteur Doit, médecin consultant à Bagnères-de-Luchon. Vol. in-8°. — Paris, 1884, librairie Adrien Delahaye et E. Lecrosnier.

est aussi un assez grand nombre de circonstances dans lesquelles la nature, par ses seuls efforts, ou aidée de traitements appropriés et d'une bonne hygiène, arrive à s'en délivrer entièrement et d'une manière durable, il restait à rechercher quelle est la part qui peut être faite, dans ces deux cas, à l'intervention des eaux sulfureuses.

C'est surtout dans les syphilis rebelles à l'action salutaire de la nature médicatrice, que se place le conseil de recourir à l'emploi des eaux sulfureuses combinées avec les médications spécifiques soit le sublimé uni à la boisson sulfureuse (traitement mixte), soit le sublimé et la boisson minérale, combinés avec l'iodure de potassium (traitement triple).

Revenons à l'analyse des actions diverses attribuées aux eaux sulfureuses dans la syphilis. Parlons d'abord de leur action aggravante, sur laquelle la plupart des auteurs sont d'accord. Dans quelles conditions cette action se manifeste-t-elle? Elle n'est certainement pas la même dans tous les cas, on devait s'attendre à la voir varier selon le degré d'intensité de la syphilis, selon le plus ou moins de rapidité de sa marche, ses complications et les différentes périodes de son évolution. C'est ce que montre, en effet, l'étude clinique.

Lorsque, ce qui est rare, des malades en traitement thermal sont atteints d'une syphilis au début, l'ulcération syphilitique est entretenue, souvent agrandie; l'induration prend des proportions beaucoup plus étendues. Dans les cas de chancre mou, l'ulcération s'accroît également. Il en est de même pour toute plaie simple. Il faut dans ces cas cesser l'usage des eaux, ou tout au moins soustraire les plaies à leur action directe en les recouvrant de corps gras.

Les manifestations syphilitiques secondaires sont également aggravées par les eaux sulfureuses. Ces aggravations ont lieu surtout lorsqu'on applique les eaux d'une manière trop active, soit en bains, soit en douches.

Quand le malade porte tout à la fois des accidents de poussées d'âges différents, les uns (les plus anciens) peuvent diminuer, tandis que les autres (les plus récents) sont aggravés.

Cette action aggravante des eaux, soit par elles-mêmes, soit en raison de leur mode d'emploi, est si prononcée dans certains cas, que malgré l'administration simultanée d'un traitement antisyphilitique énergique, on voit les accidents persister et même augmenter, et des manifestations nouvelles se produire.

Les mêmes observations, d'après MM. Lambron et Doit, s'appliquent aux accidents tertiaires et quaternaires, selon qu'ils sont en activité ou en voie de production récente, ou selon qu'ils sont arrivés à un état stationnaire ou de décroissance. Toutefois, comme généralement ces symptômes ont une marche lente ou subaiguë, l'action excitante des eaux est plus modérée que dans les premières périodes de la syphilis.

En résumé, les eaux, administrées seules, ont pour effet le plus ordinaire d'augmenter l'état morbide. Appliquées avec trop d'énergie, elles surexcitent l'organisme sans profit pour la cure. Le plus grand profit qu'on en puisse tirer, en en usant modérément, est de relever les forces vitales, de donner à l'économie le plus de force possible pour se débarrasser du ferment virulent dont elle est imprégnée.

MM. Lambron et Doit considèrent les eaux sulfureuses comme ayant une action curative ou antisyphilitique apparente, dans les circonstances suivantes :

Lorsque l'augment ou l'activité plus grande du principe virulent, la poussée en un mot touche à sa fin : les eaux sulfureuses, dont le caractère est d'être reconstituantes des éléments du sang et par suite remontantes des forces vitales, viennent en aide à l'économie pour lui permettre de se débarrasser du principe morbide. Lorsque le mercure, ayant opéré au sein des tissus l'échange vital des particules morbides en particules saines, devient lui-même par son séjour prolongé dans l'économie à l'état de composés albumino-hydrargyriques et obstrue en quelque sorte les organes parenchymateux : les eaux sulfureuses, en rendant fluides ces produits albumino-hydrargyriques ainsi arrêtés dans les organes et en les faisant rentrer dans le torrent circulatoire, restituent à l'agent ses effets curatifs, tout en en facilitant l'élimination. C'est par ce procédé, c'est-à-dire en secondant et en facilitant l'action du mercure, en même temps qu'elles reconstituent l'économie, que les eaux sulfureuses concourent à la cure radicale de la syphilis.

Un autre point est à signaler dans le résultat de ces recherches, c'est l'action reconstituante des eaux sulfureuses dans les cachexies syphilitiques. Il eût semblé, au premier abord, qu'un agent qui excite, qui aggrave le principe syphilitique, devrait être proscrit du traitement des cachexies. L'expérience a démontré le contraire. Elle a montré que l'action reconstituante des eaux l'emporte sur leur action excitante de la virulence. Les auteurs ont fait la même remarque pour les cachexies mercurielles, le mercure perdant, disent-ils, par le fait des eaux, ses effets toxiques pour ne conserver que son action curative.

Enfin, et c'est là le fait pratique le plus important que ce travail met en relief, en laissant pour le moment de côté la question de l'action révélatrice de la diathèse syphilitique latente, depuis longtemps reconnue et attribuée aux eaux sulfureuses, ces eaux ont non seulement une action immédiate et spéciale sur les agents antisyphilitiques dont elles accroissent l'énergie, ce que Théophile de Bordeu avait déjà signalé, mais « par leur usage simultané avec celui des préparations mercurielles, les malades n'ont que rarement à souffrir des mauvais effets du mercure, et s'ils arrivent aux eaux avec des accidents hydrargyriques, ces désordres ne tardent pas à être réparés, et leur constitution épurée et remontée à ce point même que, s'ils sont encore sous l'empire de la syphilis, ils peuvent, en continuant l'usage des eaux, reprendre les mercuriaux, non seulement sans en avoir rien à craindre, mais avec l'assurance d'en retirer les meilleurs effets curatifs. »

C'est sur ces données d'une longue expérience acquise, que Lambron en est arrivé à substituer à l'ancien traitement, consistant à administrer séparément et à des heures plus ou moins éloignées, d'une part, des eaux sulfureuses, de l'autre, les médicaments spéciaux de la syphilis, un nouveau mode de traitement composé, traitement double (sulfuro-hydrargyrique), traitement triple ou grand traitement par l'administration simultanée des eaux sulfureuses et des mercuriaux combinés, puis de l'iodure de potassium donné à part (sulfuro-hydrargyro-ioduré). C'est ce qu'il nous reste à faire connaître. Ce sera l'objet de l'un des articles de la prochaine Revue.

De l'onomatomanie.

Qu'est-ce que l'onomatomanie? Est-ce une maladie nouvelle ou non décrite encore? N'est-ce qu'un nom nouveau donné à un état pathologique connu? Telle est la première

question qui a surgi dans notre esprit à la lecture de ce titre, bien que son étymologie seule dût déjà nous mettre sur la voie de la nature du phénomène ainsi désigné.

L'onomatomanie, dont MM. Charcot et Magnan ont commencé l'histoire dans le dernier fascicule des *Archives de Neurologie*, n'est autre, en effet, qu'une névrose ou un trouble symptomatique, consistant soit en une préoccupation pressante et angoissante de la recherche d'un mot, soit en une obsession ou une impulsion provoquée par un nom. C'est, en un terme plus court et en français, la « manie du mot ». Cette manie peut se manifester dans des conditions et sous des formes très diverses. Certains mots prononcés dans le cours d'une conversation prennent dans l'esprit du maniaque une signification particulièrement funeste. D'autres fois, au contraire, il s'agit de mots qui ont une influence bienfaisante et préservatrice.

MM. Charcot et Magnan ne rapportent, dans la première partie de leur étude sur ce sujet, que des exemples de la recherche angoissante du mot. Un seul de ces exemples, pris au hasard, suffira pour en donner une idée.

Un M. S..., arrivé à l'âge de soixante ans, après une existence assez accidentée de troubles mentaux, est pris un jour subitement des symptômes suivants. Se promenant dans l'avenue des Champs-Élysées, il y rencontre un monsieur qu'il avait connu pendant un voyage à Rome ; il s'arrête, cause avec lui, et après l'avoir quitté, il cherche à se souvenir de son nom. N'y parvenant pas, il essaie de penser à autre chose ; mais, loin d'y réussir, le besoin de retrouver ce nom s'impose et devient pressant. Obsédé, il fouille vainement dans sa mémoire, il éprouve un très grand malaise, il se sent oppressé, serré à l'estomac ; son visage se couvre de sueur, ses mains sont froides, et, craignant de s'évanouir, il s'empresse de rentrer chez lui, se lamentant, se désolant, parcourant à grands pas son appartement dans un état d'angoisse extrême.

Pareilles scènes se renouvelèrent depuis lors fréquemment, et pour y remédier M. S... a trouvé un moyen : il s'empresse, dès qu'il a vu une personne, d'inscrire son nom sur un feuillet de papier. Cette petite formalité accomplie, il se sent plus tranquille. Mais, comme il arrive souvent en pareil cas, le trouble psychique, au lieu de se limiter, prit de plus en plus d'extension, et bientôt l'on vit le malade poussé à demander le nom d'inconnus, de gens qu'il rencontre dans la rue, puis encore le nom de personnes qui passent en voiture, puis enfin des voyageurs que contient un train de chemin de fer qui file devant lui. L'impossibilité de réaliser de tels désirs le désole, l'exaspère, le rend furieux et le force à ne regarder personne dans les rues ou à chercher les lieux solitaires, puis enfin à se confiner dans son appartement.

Avec des nuances ou des variantes dans l'expression de ce genre de délire, les autres observations ont une grande ressemblance avec ce spécimen.

Voici, en quelques mots, comment MM. Charcot et Magnan résument le tableau d'ensemble dont chacune de leurs observations leur ont fourni les traits principaux.

Il existe certains individus qui sont pris de tous les symptômes de l'angoisse, qui deviennent agités, pâles, sont couverts d'une sueur froide, se sentent oppressés, ont l'estomac serré, la poitrine comprimée, etc., lorsqu'ils ne trouvent pas le nom soit d'une personne, soit d'une chose, soit d'une ville, dont la recherche s'impose à un moment donné à leur esprit. Cette crise d'anxiété, si douloureuse et à laquelle ils ne peuvent se soustraire, cesse dès que le nom est retrouvé.

Ces malades ont, d'ailleurs, conscience de leur état. Aussi, pour éviter de pareilles crises, s'ingénient-ils pour avoir sous la main les noms qu'ils craignent de ne pas pouvoir se rappeler. Les uns les inscrivent sur des cahiers qu'ils portent constamment sur eux ; les autres emportent avec eux l'almanach Bottin. D'autres enfin ont recours à un dictionnaire qu'ils feuillettent jusqu'à ce qu'ils aient trouvé le mot cherché et désiré.

Cette recherche angoissante du mot, d'après MM. Charcot et Magnan, ne s'observe que chez des dégénérés, des héréditaires. Tous les individus qui présentent ce phénomène morbide ont tous parmi leurs ascendants des aliénés, des individus atteints d'affections nerveuses diverses. Tous aussi ont eu des antécédents pathologiques. La recherche angoissante du mot n'a pas été le premier épisode morbide de leur existence ; plusieurs avaient eu avant cela d'autres symptômes nerveux, de véritables accès de délire mélancolique, etc.

— Si, de ces faits étranges, qui, élevés à ce degré d'exagération, ont bien effectivement leur place dans le cadre des monomanies, on redescend par des dégradations successives d'intensité au phénomène psychologique de la recherche d'un nom ou d'un mot oublié, on arrive à se trouver en présence d'un fait des plus communs, dont on peut être tous les jours témoin, et que bien peu d'hommes peuvent se flatter de n'avoir jamais subi, au moins passagèrement, surtout arrivés à un âge avancé où la faculté de la mémoire tend de plus en plus à s'affaiblir. Il n'y aurait donc, entre ce fait commun d'une défaillance momentanée de mémoire, qui ne dépasse pas d'ailleurs les conditions physiologiques, et le phénomène d'ordre morbide décrit par MM. Charcot et Magnan, qu'une différence de degré, que la distance que met entre eux l'exagération. C'est toujours le demi-tour de cheville de Montaigne qui sépare la raison de la folie.

Deux cas d'anthrax diabétique.

M. Prengrueber, chargé momentanément du service de chirurgie de M. Perrier à l'hôpital Saint-Antoine, dans l'une des conférences cliniques qu'il a faites pendant son intérim, a appelé l'attention de son auditoire sur deux malades, dont l'histoire présente quelques particularités intéressantes, utiles à connaître surtout pour les jeunes praticiens qui pourraient se trouver aux prises avec de difficultés semblables à celles qui se sont présentées ici.

L'une de ces malades est une femme âgée de soixante-six ans, dont la santé avait toujours été satisfaisante jusqu'au mois de juillet de cette année. Vers cette époque se développa, à la région de la nuque, un bouton dur et peu douloureux, rappelant le début d'un furoncle, auquel elle n'accorda pas d'abord une grande attention, mais qui finit par s'accroître, par prendre des proportions considérables et inquiétantes, au point que la malade demanda à être admise dans notre salle de chirurgie. Cette femme, d'une constitution moyenne, plutôt maigre, se plaignait à son entrée d'être affaiblie depuis la période d'accroissement de son mal. Elle portait un énorme anthrax, couvrant toute la région de la nuque, de la pointe de l'occiput à la proéminence cervicale, dans le sens vertical, et s'élevant de chaque côté à trois travers de doigt de la ligne médiane. Les limites étaient assez nettement circonscrites, saillantes ; sa consistance, encore ferme ;

sa teinte, violacée; toute sa surface, parsemée d'orifices ou cratères de largeur variable et occupés par un bourbillon jaunâtre, sans ébauche de ramollissement ni tendance à l'élimination. La gêne des mouvements du cou était très marquée; la malade avait l'attitude soudée que l'on connaît; mais la douleur était légère.

Les grandes fonctions ne présentaient pas de modifications marquantes; on trouvait seulement un peu d'anorexie et d'état saburral des premières voies.

L'examen des urines s'imposait. Personne n'ignore, en effet, combien fréquemment l'anthrax est un accident du diabète, et quelle prédilection cet anthrax affecte pour la région de la nuque. Il y a de plus cet autre fait curieux : que l'anthrax peut déterminer une glycosurie transitoire, et même, a-t-on dit, être le point de départ d'un diabète vrai, constitutionnel. On n'a pas eu de peine à constater que cette urine renfermait du sucre; la glycosurie, d'ailleurs modérée (15 grammes par litre environ), a été retrouvée dans plusieurs analyses successives. Il y avait lieu de se demander si la glycosurie avait été la cause ou la conséquence de l'anthrax. Or, bien que l'histoire de cette malade ait été jusque-là assez muette, on a pu relever quelques faits qui sont de nature à faire admettre la première des deux hypothèses : éruptions à la peau, poussées d'eczéma, céphalalgie récidivante, exagération de la soif.

M. Prengrueber s'est défendu de toute intervention active. Les observations antérieures démontrent en effet que l'anthrax diabétique se comporte plus simplement quand on le laisse évoluer sans y toucher; tandis qu'on a cité des cas assez nombreux où les incisions, les cautérisations, le curage, avaient été suivis à brève échéance d'une mort que rien ne pouvait faire prévoir, et à laquelle l'intervention pouvait n'être pas complètement étrangère. On a vu, avant que ces faits fussent parfaitement connus, des médecins incisant le matin un anthrax en apparence bénin et trouvant le soir le diabétique décédé.

L'autre malade était arrivée avec un volumineux anthrax diabétique de même siège. Ayant la main forcée, M. Prengrueber l'incisa largement le jour même. Dès le soir, l'état général s'aggravait et la malade mourait après trois jours.

Voilà un de ces exemples qui indiquent plus qu'une vulgaire coïncidence.

Nous venons de dire que M. Prengrueber avait eu la main forcée. C'est qu'en effet il est des cas où l'on ne peut guère abandonner à lui-même un anthrax, même chez un diabétique : 1° quand il y a des douleurs violentes d'étranglement, les malades suppliant qu'on les soulage; 2° quand l'anthrax a une marche envahissante, extensive; 3° enfin, quand les parties sous-jacentes se prennent, un phlegmon profond menaçant de s'ajouter à l'anthrax. Ces conditions fâcheuses existaient chez cette malade : il a fallu aller au plus pressé.

Au contraire, chez la première malade, les conditions étaient différentes. L'indolence était presque complète, la tuméfaction bien circonscrite, sans induration, luisante et violacée du pourtour, qui indique la tendance à la diffusion, et avec des cratères d'élimination jusqu'à sa périphérie; enfin l'anthrax était nettement et uniformément saillant, sans gonflement des parties sous-jacentes ou circonvoisines. On s'est contenté d'enlever à la pince les bourbillons mobiles, sans se servir aucunement de l'instrument tranchant. Le résultat, comme on a pu le voir, a été excellent; cinq semaines après le début, les choses allaient au mieux. L'élimination des bourbillons était terminée, les orifices fermés pour la plupart, les parties presque à niveau; il restait seulement au milieu de la nuque une plaie de 3 centimètres carrés, rosée, non évasée, sans décollement des bords, et où les téguments mortifiés vont se réparer sans incident.

De tout ceci, il y a à retenir ce fait : c'est que, s'il est permis de traiter activement certains anthrax simples non entés sur une maladie antérieure, comme le diabète (encore que certains chirurgiens recommandent l'abstention dans tous les anthrax), on se trouvera toujours bien de laisser évoluer librement les anthrax diabétiques, à moins d'être forcé d'intervenir par quelqu'une des fâcheuses particularités qui viennent d'être indiquées.

THÉRAPEUTIQUE

De l'utilité d'un ferrugineux physiologique.

Par M. le docteur P. Creswel.

Le fait capital qui doit dominer la thérapeutique des anémies spontanées et des chloro-anémies, c'est la constatation bien évidente, dans ces cas pathologiques, de la diminution d'énergie des grandes fonctions. Avec de la pénurie hématique, il ne saurait y avoir de prospérité nutritive, et qui dit aglobulie dit fatalement amoindrissement des facultés d'assimilation et de réparation.

Dans l'anémie essentielle comme dans la chloro-anémie, l'estomac, dont on a tant besoin pour administrer le fer avec succès, le fer qui seul relèvera l'hématopoïèse, le pouvoir sanguificateur altéré, cet estomac, disons-nous, est le plus souvent dans un état déplorable, ne pouvant plus, ne sachant plus digérer, sollicitant des acides : salades, fruits verts, etc. Et il ne saurait en être autrement, le sang appauvri ne fournissant plus qu'un suc gastrique d'autant moins riche que l'anémie est plus prononcée. Il est tout aussi évident que l'assimilation, c'est-à-dire le stade final qui, de la substance organique ou minérale la fait organisée, vivante, et qui a pour conditions d'exécution les propriétés vitales de la matière organisée, se trouve compromise par l'amoindrissement de vitalité dû à l'état morbide.

Dans d'aussi précaires conditions de réceptivité médicamenteuse, une première obligation s'impose au praticien : celle de porter son choix sur un ferrugineux nullement onéreux à l'estomac et presque directement assimilable.

Le meilleur moyen d'être fixé sur la nature de cet agent, c'est de considérer quelles sont les transformations chimiques subies par les ferrugineux dans l'estomac et l'intestin. Soit donc une préparation insoluble, limaille ou fer réduit, et voyons ce qui va se produire. Arrivée dans l'estomac, elle s'y oxyde et se combine aux acides du suc gastrique, puis trouvant des peptones, résultat de la digestion des albuminoïdes et des alcalis, qu'elle rencontrera encore l'un et l'autre dans l'intestin, elle forme aussitôt des peptonates, des albuminoïdates doubles, et c'est sous cette forme stable, inoffensive pour le sang, qu'elle est finalement versée dans la circulation et assimilée.

Le fer n'entre dans l'économie comme élément d'organisation que combiné à une substance protéique nutrimentive. Voilà ce que viennent confirmer les travaux scientifiques les plus récents; ceux des Mitscherlich, Buchteim, Dietl, Scherpf, Vial, etc.

Il est assez naturel, dès lors, de voir, dans une combinaison de peptone et de fer un fer physiologique, un *fer-aliment*. Cette conception est d'ailleurs pleinement confirmée par l'étude clinique comparée du *peptonate de fer* qui démontre très nettement que, de tous les ferrugineux, c'est le mieux toléré et celui qui donne les résultats les plus prompts et les plus constants.

Sel bien défini, dyalisable, hygrométrique, sans saveur styptique et atramentaire, le *peptonate de fer* est, si nous pouvons dire ainsi, du fer *adouci* qui s'offre à l'estomac avec le bénéfice du tra-

vail d'absorption du médicament par l'aliment, bénéfice analogue à celui que l'on retire, par exemple, dans le traitement mercuriel, de l'association de la liqueur de van Swieten au lait.

Quand nous avons dit que le choix judicieux d'un fer constituait pour le praticien une première obligation, nous entendions que là ne doivent pas se borner ses préoccupations, et qu'il est non moins indispensable, et d'indication tout aussi rigoureuse, de donner, concurremment au fer, des stimulants locaux et généraux destinés à ramener l'activité nutritive.

C'est, certainement, en s'appuyant sur de telles considérations, qu'un pharmacien a eu l'heureuse idée d'associer le peptonate de fer aux ferments digestifs, pepsine et diastase dans une liqueur à base de stimulants diffusibles : coca, cannelle et oranges amères (*élixir Hampton*).

Nous disons que l'idée est heureuse, parce qu'une telle préparation nous paraît constituer en quelque sorte le *fer type* répondant bien à ces trois desiderata de toute médication ferrugineuse, d'offrir à l'économie : un fer nullement onéreux à l'estomac et directement assimilable; de légers stimulants de la muqueuse stomacale qui provoquent l'apport d'aliments ; des cordiaux diffusibles qui stimulent les fibres organiques, relèvent le taux de l'économie et favorisent ainsi la combinaison ultime du métal digéré avec le globule sanguin.

Et à propos de l'adjonction des ferments pepsine et diastase, il est tout à fait probable que leur action directe sur la chymification est d'assez minime importance, et que leur rôle principal consiste à provoquer l'orgasme digestif. C'est de cette façon que, d'une manière générale, Gubler interprétait leur mode d'action : « Ces ferments naturels, dit-il, agissent surtout par l'activité plus grande qu'ils impriment à la muqueuse stomacale dont ils constituent le *meilleur des stimulants.* » Nous sommes entièrement de l'avis du célèbre maître, et il est constant que, dans la pratique journalière, nous trouvons dans l'*élixir Hampton*, grâce à cette association, un apéritif et eupeptique extrêmement précieux dans l'état d'anorexie et de dyspepsie de la plupart de nos anémiques, en même temps qu'au point de vue de la reconstitution hématique nous en retirons des avantages trop remarquables pour hésiter à signaler cette préparation aux praticiens qui n'y auraient pas encore eu recours.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 octobre 1885. — Présidence de M. Duplay.

COMMUNICATIONS

Influence du traumatisme sur le développement de la tuberculose. — **M. RICHELOT** complète l'observation du malade dont il a parlé dans la dernière séance. Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans qui entra, le 25 juillet, dans le service de M. Verneuil que M. Richelot remplaçait à ce moment. Ce malade était atteint d'une synovite fongueuse, avec abcès et fistules, qui réclamait une prompte intervention. L'état général de ce malade était d'ailleurs parfait; l'opération fut des plus simples; la réunion se fit par première intention. Peu de jours après, la température s'élevait à 38, 39 et même 40 degrés, sans qu'on pût trouver la cause de cette élévation dans l'état de la plaie. Le 15 août, on constata chez ce malade une double orchite tuberculeuse. Il avoua alors qu'il souffrait déjà d'un testicule avant l'opération. Bientôt il présenta des phénomènes de phthisie aiguë et succomba le 5 septembre. A l'autopsie, on trouva les poumons, le foie, les reins, farcis de granulations tuberculeuses.

Il est difficile, dans ce cas, de ne pas admettre une relation de cause à effet entre l'acte opératoire et l'éclosion tuberculeuse. Faut-il expliquer cette relation par le coup de fouet ou par l'auto-inoculation; c'est ce qu'il est impossible de préciser avec les données actuelles de la science. Il y a des cas où il peut y avoir des doutes relativement à l'influence du traumatisme; mais, dans ce cas, cette influence paraît bien incontestable. Cependant l'opération était bien formellement indiquée et aucun chirurgien, devant un cas de ce genre, et surtout en présence d'une parfaite intégrité de l'état général, comme chez ce malade, n'hésiterait à pratiquer l'opération.

M. VERNEUIL est parfaitement d'avis que l'on doit opérer dans ces cas; mais il y a lieu, dit-il, de rechercher quels sont les procédés opératoires qui permettent le mienx de mettre ces malades à l'abri de tout danger.

M. DESPRÉS n'admet pas la contagion de l'érysipèle; elle ne lui paraît nullement démontrée par les faits qui ont été invoqués par M. Verneuil. Les théories très justes, très savantes de M. Pasteur, dit-il, théories toutes marquées au coin du génie, ont produit dans la chirurgie des effets désastreux, en propageant et en multipliant à l'infini les idées de contagion. Or les faits de laboratoire et les observations données comme preuve de la contagion de l'érysipèle ne sont pas suffisants. M. Després a recueilli avec le plus grand soin tous les cas d'érysipèles qui se sont produits dans son service de la Charité depuis deux ans, et il n'a pu trouver dans aucun d'eux une preuve en faveur de la contagion. Ayant une malade atteinte d'érysipèle, il a, de propos délibéré, opéré dans leur lit les deux voisines de cette malade, et aucune de ces deux opérées n'a eu d'érysipèle. Ces faits cliniques ont la valeur d'expériences de laboratoire.

Le microbe de l'érysipèle, ajoute M. Després, n'est pas plus démontré que le microbe du choléra; en admettant d'ailleurs l'existence de ces microbes, s'ensuit-il qu'ils soient la cause de la contagion? On prend pour la cause ce qui n'est qu'un épiphénomène. Rien ne prouve, en effet, que les microbes des maladies contagieuses soient la cause de la contagion. Qui de nous n'a vu des plaies où se rencontrent tous les vibrions connus et inconnus et qui ne sont le siège d'aucune complication érysipélateuse ou autre.

M. Verneuil a fait l'histoire des érysipèles à répétitions et les a considérés comme venant à l'appui de la théorie de la contagion. On connaît depuis longtemps ces érysipèles à répétitions; on admettait autrefois, pour les expliquer, une prédisposition spéciale de l'individu, une disposition particulière de ses vaisseaux lymphatiques. Passant ensuite en revue les observations communiquées par M. Verneuil, M. Després s'applique à démontrer que ces érysipèles répétés peuvent être interprétés autrement. Par exemple, la religieuse avait un eczéma, seule et unique cause de ses érysipèles; un autre malade a subi d'abord un grattage, puis une amputation, deux opérations parfaitement capables de déterminer un érysipèle; un autre avait une fistule, autre cause bien connue d'érysipèle; un autre encore avait un eczéma. Dans tous ces faits, il n'est pas besoin de recourir à la présence des microbes ni à la contagion pour trouver une explication toute légitime de la production de ces érysipèles à répétitions. Ces idées de contagion à outrance entraînent avec elles des mesures d'isolement, de séquestration véritablement désastreuses; il va falloir demander la réouverture des léproseries; on réclame aujourd'hui des salles d'isolement pour toutes les maladies. On égare ainsi la chirurgie française! Qu'on y regarde de plus près, et on verra que les érysipèles ne se développent que sur des malades qui ont pris froid ou dont la plaie a été mal pansée, et non par le fait d'une contagion quelconque.

M. VERNEUIL informe la Société que la malade aux 114 érysipèles, dont il a parlé dans la dernière séance, vient d'avoir son cent-quinzième érysipèle, à la suite d'un refroidissement. En l'examinant, M. Verneuil a constaté qu'elle portait des gerçures entre le pavillon de l'oreille et le cuir chevelu et que ce sont ces gerçures qui ont été le point de départ de ce nouvel érysipèle.

M. Verneuil ajoute qu'il sait n'avoir pas inventé les érysipèles à répétitions; il a seulement voulu en chercher la pathogénie et la prophylaxie et il croit avoir pu prouver que ces érysipèles à répétitions se produisent non pas par contagion, mais par autoinoculation.

M. TRÉLAT dit que M. Verneuil a exposé des faits et en a cher-

ché l'explication. Il n'a rien à dire contre l'idée théorique qu'il a émise, idée parfaitement rationnelle. Toutefois il y a encore quelques points obscurs dans la nature microbienne de l'érysipèle. Si sur un malade un cultivateur émérite de microbes avait trouvé matière à culture du microbe érysipélateux, ce serait là une preuve devant laquelle il faudrait s'incliner. Mais jusqu'ici nous ne sommes que sur le terrain de l'hypothèse acceptable. L'isolement du microbe de l'érysipèle est difficile; sa culture n'est pas aussi incontestable que celle du bacille de la tuberculose. Quoi qu'il en soit, nous avons pu faire rétrocéder l'érysipèle par la marche antiseptique de nos pansements, par les mêmes procédés qui nous réussissent contre les maladies contagieuses.

Calculs prostatiques. — M. RECLUS fait un rapport sur une communication de M. Sentex (de Saint-Sever). Il s'agit d'un malade ayant eu, à la suite d'une chaudepisse mal traitée, un rétrécissement de l'urèthre, et ayant expulsé, en urinant, 14 calculs. M. Sentex pratiqua le cathétérisme, trouva un rétrécissement au niveau de la portion bulbaire de l'urèthre et sentit à ce même niveau des calculs avec la sonde; le toucher rectal révélait la présence d'un cylindre dur, irrégulier. On avait donc affaire à des calculs prostatiques de l'urèthre. M. Sentex fit une incision à la région périnéale; une sonde ayant été introduite dans le canal, il incisa au niveau du rétrécissement et put ainsi extraire 32 calculs. M. Reclus approuve complètement la conduite tenue dans ce cas par M. Sentex.

Pleurectomie. — M. POULET présente un malade auquel il a pratiqué la pleurectomie après l'ablation de cinq côtes, de la quatrième à la neuvième, pour un empyème chronique. L'opération fut des plus simples et le malade va aussi bien que possible. Mais la cicatrice s'est relâchée et il y a une récidive tuberculeuse dans la plaie d'opération.

Ostéoclasie. — M. ANGER présente un jeune homme de dix-huit ans auquel il a pratiqué l'ostéoclasie pour un écartement extrême des genoux. Ce malade est aujourd'hui complètement guéri.

M. DELENS remarque les traces d'une eschare au niveau du point où a porté l'appareil. Il a pratiqué trois fois l'ostéoclasie et n'a jamais eu d'eschares. Il a dû récemment pratiquer l'ostéoclasie sur un malade chez lequel il avait, trois ans auparavant, pratiqué l'ostéotomie.

M. ANGER fait observer qu'il y a eu contusion de la peau, mais non eschare proprement dite.

M. DUPLAY a renoncé à l'ostéoclasie qui a donné des résultats déplorables.

Molluscum. — M. GILLETTE présente un molluscum qu'il a enlevé il y a quatre jours sur la grande lèvre droite d'une femme enceinte de cinq mois. La tumeur datait de douze ans, mais elle avait fait de rapides progrès dans le cours de la grossesse. Il y a eu réunion par première intention et la malade va très bien.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'externes, vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, a eu lieu le jeudi 8 octobre 1885. Les questions données jusqu'à présent ont été : 1° Os maxillaire inférieur; 2° Articulation radio-carpienne; 3° De la saignée; 4° Symptômes de la pneumonie franche aiguë; 5° Conformation extérieure et rapports du poumon; 6° Artère fémorale.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Sont nommés, pendant l'année scolaire 1885-1886 :

1° Préparateurs des laboratoires ci-après désignés :

Anatomie et histologie, M. Honnorat; histoire naturelle, M. Despeignes; pharmacie, M. Falque-Pierrotin; anatomie pathologique, M. François; physique, M. Serrüllaz; chimie, M. Chambellan; physiologie, M. Doyon; matière médicale et botanique, M. Jacquemet; médecine légale, M. Bernard; chimie organique et toxicologie, M. Barral; médecine opératoire, M. Pollosson (Auguste); clinique médicale, M. Lavocat.

2° Chefs des travaux des laboratoires ci-après désignés :

Anatomie générale et histologie, M. Chandelux; histoire naturelle, M. Magnien; pharmacie, M. Florence; anatomie pathologique, M. Bard; physique, M. Didelot; chimie, M. Linossier; physiologie, M. Reboul; matière médicale et botanique, M. Beauvisage; médecine légale, M. Coutagne; chimie organique et toxicologie, M. Guérin; médecine opératoire, M. Levrat; clinique chirurgicale, M. Mondan; clinique médicale (travaux chimiques), M. Aubert; clinique médicale (travaux biologiques), M. Blanc.

3° Aides des cliniques ci-après désignées :

Clinique médicale, M. Lacour; clinique des maladies des femmes, M. Jubin; clinique des maladies des enfants, M. Brizard.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les cours du premier semestre de l'année scolaire 1885-1886 commenceront à la Sorbonne le jeudi 5 novembre 1885. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

M. le professeur Troost ouvrira son cours de chimie le jeudi 5 novembre 1885, rue Michelet, n° 3, à une heure de l'après-midi, et le continuera les lundis et jeudis suivants à la même heure. Il exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermochimie; il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons. Des manipulations qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

M. le professeur Debray ouvrira son cours de chimie, également rue Michelet, n° 3, le vendredi 6 novembre 1885, à deux heures et demie de l'après-midi, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure. Il traitera des métaux et de leurs principaux composés.

M. le professeur de Lacaze-Duthiers ouvrira son cours de zoologie, anatomie et physiologie comparée, à la Sorbonne, le mardi 7 novembre 1885, à trois heures et demie du soir, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Il fera la troisième partie du cours (mollusques, rayonnés et protozoaires), et dirigera pendant toute la durée de son cours les manipulations qui se font tous les jours dans son laboratoire.

M. le professeur X... ouvrira le cours de physique, à la Sorbonne, le samedi 7 novembre 1885, à une heure et demie de l'après-midi, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Il traitera de la chaleur, du magnétisme, de l'électricité, de l'électro-magnétisme et de leurs principales applications. Des manipulations et des conférences qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

M. le professeur Paul Bert commencera son cours de physiologie, rue de l'Estrapade, 18, le vendredi 6 novembre 1885, à trois heures et demie du soir, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. Il traitera de la physiologie des organes des sens, au point de vue expérimental; il s'occupera ensuite de la génération et du développement.

M. Duclaux, maître de conférences, ouvrira le cours de chimie biologique, le jeudi 5 novembre 1885, à deux heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre de mathématiques, et le continuera les mardis et jeudis suivants à la même heure. Il traitera de l'étude des propriétés biologiques des microbes.

Les candidats aux baccalauréats ès sciences doivent s'inscrire au secrétariat de la Faculté; les registres sont clos irrévocablement cinq jours avant l'ouverture des sessions.

Les sessions pour les divers baccalauréats s'ouvriront : l'une, le 10 juillet 1886; l'autre, le 25 octobre 1886.

Le registre des inscriptions prescrites pour la licence sera ouvert, au secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de novembre, janvier, avril et juillet.

Les sessions pour les trois licences auront lieu : la première, en octobre 1885 ; la deuxième, du 1er au 31 juillet 1886. Les candidats sont tenus de s'inscrire au secrétariat de la Faculté. L'inscription est close huit jours avant l'ouverture de la session.

— *Collège de France.* — M. Joubin, agrégé des sciences physiques, est nommé préparateur du cours de physique générale et expérimentale, en remplacement de M. Duchesne, décédé.

— Ainsi que nous l'avons annoncé, l'École dentaire de Paris, rue Richer, n° 23, rouvre ses cours le 2 novembre prochain, sous la direction de M. le docteur Th. David. La séance solennelle d'ouverture aura lieu le vendredi 30 octobre, à huit heures et demie du soir, sous la présidence de M. Brouardel, dans la salle des fêtes du IXe arrondissement.

MM. les médecins et étudiants sont invités à y assister.

— On nous annonce la mort de M. le docteur Mir, décédé le 20 octobre 1885 à Saint-Germain-en-Laye.

— M. le docteur Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale et ses opérations le samedi 31 octobre 1885, à neuf heures et demie, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Le choléra d'après le docteur don Jaime Ferran ; la vaccination cholérique, les délégations scientifiques en Espagne, par le docteur Duhoureau. In-8° de 180 pages avec une planche. — Prix : 2 fr. 50. — Paris 1885, G. Carré.

Les pansements et la mortalité, épidémie et contagion, ferments et microbes. Leçons d'ouverture du cours de clinique chirurgicale (hôpital Necker, novembre 1884), par le professeur Léon Le Fort. Broch. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18437.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

I. Ostéite tuberculeuse du pied. — II. Épithélioma du rectum; occlusion intestinale.

I. Le malade dont je vais tout d'abord vous parler est un homme de quarante ans qui a très notablement maigri depuis plusieurs mois. Si nous en croyions son dire, le début de l'affection dont il est atteint remonterait à un an. Il daterait du jour où une lessive de potasse est tombée sur le bord interne du pied gauche qui, dès ce moment, commença à se tuméfier.

Il entra d'abord dans un autre service de chirurgie, où un appareil silicaté lui fut appliqué. Il le garda pendant dix-huit jours. Lorsqu'il quitta l'hôpital, il lui restait seulement un point fistuleux dans la région cunéo-métatarsienne. Un peu plus tard, à son arrivée dans nos salles, on constatait à ce même niveau une tuméfaction très nettement fluctuante qui depuis lors s'est en partie vidée. Aujourd'hui la tumeur s'est reformée et s'étend jusqu'au quatrième métatarsien, sans cependant l'atteindre; elle empiète, d'autre part, sur l'origine du premier métatarsien; elle occupe son extrémité postérieure, atteint les cunéiformes où elle expire en pente douce. L'articulation tibio-tarsienne est saine; la peau n'est pas altérée, et le malade peut encore en marchant poser le pied par son bord externe. Mais il existe deux fistules sur la tumeur, dont l'une est récemment formée — depuis son entrée à l'hôpital; — elles conduisent sur des surfaces osseuses, molles, dénudées, qui se laissent facilement pénétrer par le stylet explorateur et correspondent au premier métatarsien et au premier cunéiforme. Bref, il s'agit d'une ostéoarthrite de la région, ostéoarthrite de nature tuberculeuse, ainsi que le démontrent les accidents pulmonaires que nous avons constatés à l'auscultation et que le confirment aussi l'amaigrissement continu depuis quelques mois, les sueurs nocturnes et la submatité du sommet droit.

Or cet homme est venu ici pour se faire opérer, car il souffre sérieusement et se trouve dans l'impossibilité de travailler. Mais à quelle opération faut-il avoir recours? D'après l'état des parties atteintes, il nous est prescrit de faire une ablation éloignée du siège du mal. Trois opérations peuvent être pratiquées en pareil cas : la désarticulation sous-astragalienne, la désarticulation ostéoplastique et l'amputation de Chopart.

Je rejette immédiatement cette dernière, parce que notre lambeau se trouverait parcouru par les deux trajets fistuleux, et nous resterions beaucoup trop près des os malades. La désarticulation tibio-tarsienne est longue à guérir et est peu pratiquée. L'amputation sous-astragalienne demande aussi beaucoup trop de temps pour la guérison; de plus, elle forcerait le malade à marcher sur un lambeau de peau qui n'est nullement fait pour la marche.

Faudrait-il en arriver à l'amputation de la jambe à la partie inférieure? Ce serait une opération exagérée, un sacrifice beaucoup trop considérable, puisque l'articulation tibio-tarsienne est saine.

Par contre, l'opération ostéoplastique présente de véritables avantages; elle permet au malade une marche facile; elle est parfaitement praticable, puisque le tibia, le péroné, le calcanéum sont sains et que le lambeau à tailler est indemne de toute lésion. C'est donc à l'amputation ostéoplastique par le procédé Le Fort que j'aurai recours.

II. Je voudrais maintenant appeler votre attention sur un fait grave d'occlusion intestinale, dont l'observation appartient à un service de médecine, et qui a été absolument méconnue du vivant du malade. Il s'agit d'un homme de cinquante et un ans, entré le 13 du mois dernier et mort le 15. L'observation tout d'abord comporte une première erreur. On a dit — je lis l'observation telle qu'elle a été rapportée — que cet homme « avait, il y a huit ans, ressenti les premières atteintes de la maladie pour laquelle il est entré à l'hôpital (vomissements, diarrhée, amaigrissement notable, pertes de forces) ». Or un épithélioma du rectum remontant comme début à huit années me paraît quelque peu improbable. On a dit aussi que, il y a quatre mois, après huit années de bonne santé, il a été repris des mêmes accidents. Il entra à la Charité dans le service de M. Bernutz, y resta une semaine, s'y trouva un peu amélioré et reprit son travail tout en souffrant de temps à autre de vives douleurs abdominales et en ayant une diarrhée continue. Il va ainsi cahin-caha jusqu'au 8 du mois dernier, époque à laquelle la diarrhée s'arrête presque tout à coup, pour faire

place à une constipation opiniâtre. Le ventre se tuméfie dans des proportions considérables et le malade non seulement ne va plus à la selle, mais ne rend même plus de gaz par l'anus. C'est dans ces conditions que le 13, — cinq jours plus tard, — il entre à l'hôpital.

Or si on venait vous donner tous les renseignements que je viens de vous lire, point de selles, point de gaz depuis plusieurs jours, votre premier mouvement ne serait-il pas d'examiner tous les espaces et tous les orifices? Cependant cet examen ne vous donne rien. Alors vous vous dites à vous-mêmes que peut-être il s'agirait de quelque étranglement interne, ou peut-être encore de quelque obstruction au cours des matières par un bouchon artificiel dans le rectum, une chope comme cela s'est vu, et alors votre second mouvement vous portera à pratiquer le toucher rectal. Eh bien! on n'a même pas eu l'idée de lui mettre le doigt dans le rectum! N'est-ce pas ici le cas de formuler devant vous cette variante, quelque triviale peut-être qu'elle paraisse au premier abord :

Fourrez toujours votre doigt dans l'anus,
On ne sait pas ce qu'on peut rencontrer,
On ne sait pas ce qu'on peut rencontrer...?

Mais je la dis et la répète avec intention, vous priant bien de vous en souvenir; ce n'est pas une plaisanterie que je fais là, elle serait de mauvais goût; mais je suis certain que, sous cette forme, cette maxime se gravera beaucoup mieux dans votre esprit; je veux que, dans des cas pareils, vous vous souveniez qu'il vous faut pratiquer le toucher rectal.

C'est à l'omission de cet examen que le malade doit d'avoir succombé prématurément. J'insiste, car toute cette histoire est des plus étonnantes, telle qu'elle a été racontée; car, savez-vous ce qu'on a fait à cet homme? De petits remèdes, un lavement purgatif, de la glace sur le ventre, et cela toujours sans avoir examiné son rectum. Et cet homme, trente-six heures plus tard, le 15 au matin, mourait, comme c'était son droit, comme c'était son devoir, et à l'autopsie on trouvait une colonne de matières fécales très dures entassées dans le cæcum et y formant un cylindre massif. L'intestin, perforé en deux points, avait laissé passer dans le péritoine quelques bribes de matières fécales. Jusque-là le diagnostic de typhlite se trouvait à peu près justifié. Mais, dit l'observation, on fut bien étonné de trouver, à 10 centimètres au-dessus de l'anus, une tumeur, un superbe épithélioma du rectum, qui obstruait absolument l'intestin.

Or à cette hauteur, le toucher rectal aurait pu encore rencontrer la tumeur, et le simple bon sens indiquait d'autant plus de le pratiquer que rien n'autorisait à penser à quelque hernie ou à quelque étranglement interne. Je n'incrimine certainement personne, et le chef du service a eu à peine le temps de voir son malade, mais j'ai le droit de dire que le fait n'a pas été observé comme il aurait dû l'être. J'incrimine la phrase où l'on dit que l'aspect extérieur du malade ne pouvait faire penser à cette éventualité. C'est aussi une abominable rengaine, qui n'est même pas permise aux plus vieux praticiens, de venir dire que nous, chirurgiens, nous n'opérons que les cancéreux cachectiques, bien jaunes, bien perdus, et cependant c'est là le sentiment qui perce dans l'observation. C'est là une détestable pente, et je répéterai une fois de plus encore : quand on est en présence d'une affection abdominale durant déjà depuis un certain temps, et qu'il est parfaitement manifeste qu'il n'existe aucune hernie, ni aucune autre cause appréciable de cette affection, le premier devoir est de chercher immédiatement par le toucher rectal, aussi loin que le doigt pourra remonter, s'il n'existe pas dans cette portion de l'intestin quelque obstacle au cours des matières. Or c'est ce qui n'a pas été fait, c'est ce qui a empêché d'arriver à un diagnostic vrai, grâce auquel on eût pratiqué la colotomie lombaire et mis le malade en état de survivre au moins encore un certain nombre de mois.

Bien que le fait n'appartienne pas à mon service, j'ai tenu à vous en entretenir, non pour incriminer un confrère, ce qui est loin de ma pensée, mais bien pour vous tenir en garde contre une pareille faute.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Un nouveau cas de purpura simplex.

Nous avons aujourd'hui, au n° 21 de la salle Sainte-Adélaïde, un nouveau cas de purpura simplex que nous pouvons rapprocher de celui dont je vous ai parlé dans une de nos précédentes conférences (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 921). Ce cas est celui d'une jeune femme de vingt-huit ans.

Je vous ai dit comme quoi, chez l'autre malade, l'étude des antécédents nous avait conduits à reconnaître l'existence, antérieure au purpura, d'un rhumatisme, et je vous ai dit aussi que c'était pendant le cours de cette dernière affection que le purpura s'était développé.

Mais si la maladie se présente quelquefois dans ces conditions, il est aussi des cas où les deux états morbides marchent pour ainsi dire côte à côte sans que l'on aperçoive aucune prédominance de l'un sur l'autre, tandis que parfois encore on voit, chez d'autres malades, l'une de ces deux affections prédominer sur l'autre.

Dans certains cas, ce sont des douleurs qui nous annoncent l'apparition du purpura au niveau même du point douloureux. Mais rien ne nous dit alors que le rhumatisme en soit la cause, rien ne nous dit non plus si c'est le rhumatisme qui est purpurique ou si c'est le purpura qui est rhumatismal.

Chez notre malade d'aujourd'hui, les faits se sont passés de la manière suivante : Il y a quelques jours, à la suite de quelques fatigues et d'une impression assez vive de froid, elle a éprouvé des douleurs dans les articulations des genoux et dans la continuité des jambes; puis, quelques jours plus tard, sont apparues sur les jambes, sur les points douloureux eux-mêmes, les taches purpuriques. Ici, comme vous le voyez, la relation est exacte entre le siège des douleurs et le siège de l'éruption, et ces douleurs dans la continuité des membres sont bien des douleurs purpuriques.

Mais que dirons-nous des douleurs articulaires dans les genoux, douleurs que n'accompagnaient ni gonflement ni épanchement dans les articulations? Nous dirons que, dans ces conditions, ces douleurs ne sont autre chose que de la courbature.

Nous ne sommes donc pas en présence de douleurs de nature rhumatismale, mais bien de douleurs arthralgiques, marchant concurremment avec une éruption purpurique. Pourtant, les jours suivants, nous avons vu survenir des douleurs dans certaines articulations du membre supérieur, dans

les poignets, sans qu'aucune éruption de purpura n'apparaisse avant, pendant ou après.

La maladie infectieuse « purpura » n'est donc pas très éloignée de la maladie infectieuse « rhumatisme », et comme ces deux affections se ressemblent par bien des points, je ne vois aucune raison de les séparer beaucoup.

Notre jeune malade a eu aussi une amygdalite, affection qui paraît aussi devoir se rattacher aux maladies infectieuses, du moins lorsqu'elle est phlegmoneuse, qu'elle se termine par suppuration.

Si donc nous admettons l'élément infectieux, nous pourrions invoquer encore cette amygdalite phlegmoneuse, le purpura se rencontrant dans les maladies infectieuses.

Mais, en réalité, je ne sais pas trop si l'opinion est bien soutenable, car d'abord cette femme a déjà eu autrefois une attaque de purpura sans aucune manifestation du côté des voies pharyngiennes, sans aucune amygdalite; de sorte que, aujourd'hui, l'existence d'une amygdalite même phlegmoneuse pourrait bien n'être qu'une simple coïncidence.

D'ailleurs, vous savez combien tout traumatisme peut réveiller le rhumatisme, combien la blennorrhagie s'accompagne fréquemment d'arthrite. C'est ainsi qu'on a vu chez des individus prédisposés au rhumatisme cette affection n'éclater qu'à la suite d'un traumatisme.

Enfin, s'il est encore des cas où un traumatisme quelconque, suivi de suppuration, est, par cette suppuration même, la porte d'entrée d'un état infectieux bientôt accompagné de rhumatisme, il en est aussi où un traumatisme sans plaie, de même qu'un traumatisme moral, un violent ébranlement du système nerveux, ont été la cause déterminante, le point de départ de l'explosion d'un rhumatisme.

Si donc il est admis que la maladie est de nature infectieuse, le traitement auquel il faudra avoir recours devra être en rapport même avec ce caractère infectieux. Mais nous savons, d'autre part, que le purpura est une éruption passagère, surtout si la santé générale des malades n'est pas profondément altérée, que sa durée ne dépasse guère huit ou dix jours, à moins qu'elle ne manifeste par des poussées successives.

Notre jeune malade n'est en rien cachectique; elle a seulement une prédisposition spéciale au purpura, puisqu'elle en est actuellement à sa seconde atteinte. En tous cas, chez elle la maladie est légère; elle a été provoquée par le froid et la fatigue, et l'éruption s'est faite en une seule fois, sans poussées successives.

Chez elle, les traces de purpura ne s'effacent plus sous la pression, tandis qu'au début, l'ectasie vasculaire des petits canaux veineux n'étant pas encore arrivée à la déchirure et à l'extravasation, la tache purpurique peut s'effacer. C'est là encore un signe distinctif de l'état récent ou de l'ancienneté de la maladie, bien que la coloration même de la tache soit encore préférable comme signe.

Enfin, j'ajoute que chez notre malade il ne s'est point fait d'hémorrhagie interstitielle, et que nous sommes seulement en présence d'un purpura simplex et non hémorrhagique, destiné par conséquent à guérir assez promptement; et, si la malade veut se soumettre à une bonne hygiène, c'est-à-dire éviter surtout les causes qui peuvent déterminer une nouvelle éruption, telles que le froid humide, les fatigues excessives, tout épuisement nerveux, tout ébranlement moral, elle aura de grandes chances de ne pas voir la maladie récidiver.

DES BRONCHO-PNEUMONIES INFECTIEUSES DE L'ENFANCE ET DE LEURS MICROBES.

Par M. THAON.

L'auteur laisse de côté la broncho-pneumonie tuberculeuse qui est aussi une broncho-pneumonie infectieuse, et il ne s'occupe que de la *broncho-pneumonie diphthéritique* et de la *broncho-pneumonie de la rougeole et de la coqueluche*.

Il fait passer sous les yeux de la Société (1) des dessins reproduisant les images histologiques des bronchioles et des alvéoles pulmonaires dans ces maladies; l'on voit que les exsudats sont entièrement constitués par des microbes, logés dans les cellules du pus et dans les grosses cellules épithéliales du poumon, altérées et dégénérées.

On pourra avoir toujours des résultats aussi nets, avec des autopsies faites dans les vingt-quatre heures et par des temps frais, en choisissant les points les plus jeunes de la lésion pulmonaire, et en se servant de méthodes de coloration bactériologique qui altèrent le moins possible ces microbes un peu sensibles.

Il a retrouvé dans le poumon les deux variétés de microbes, décrites par Loefler dans la diphthérite, à savoir les zooglées et les bacilles; mais loin de faire jouer aux bacilles le rôle principal, ainsi que le prétend l'auteur allemand, il considère les zooglées comme plus constantes; elles se montrent dans les lésions au début; les bacilles ne se voient que plus tard, à l'extrémité des bronchioles, sur des points envahis depuis quelque temps.

La rougeole et la coqueluche avec leurs broncho-pneumonies aboutissant à la suppuration, ont des microbes en diplocoques, en chaînettes, et des bacilles grenus, plus larges que ceux de la diphthérite. Ces parasites sont très confluents dans les exsudats alvéolaires du poumon, dès les premiers stades de l'inflammation, avant que la suppuration apparaisse.

La prolifération embryonnaire, signalée par M. Cornil dans les grands espaces conjonctifs du poumon dans ces lésions et qui est comparable à ce qui se passe dans les péripneumonies contagieuses du bœuf, est due à une lymphangite et une périlymphangite de ces espaces conjonctifs; dans les trous lymphatiques de ces régions, on remarque des accumulations de microbes qui peuvent provoquer de véritables thrombus des vaisseaux.

Ces broncho-pneumonies infectieuses sont très fréquentes dans les hôpitaux d'enfants; les jeunes malades qui y succombent sont apportés du dehors, mais trop souvent ils contractent la maladie dans l'hôpital, dans un air vicié et imprégné évidemment des mêmes germes que l'on retrouve dans les alvéoles pulmonaires.

Les essais d'isolement dans les pavillons spéciaux à la diphthérite n'ont jusqu'ici diminué ni le nombre des cas contractés à l'hôpital, ni la gravité des cas traités par l'isolement.

Il y a donc lieu de songer à modifier profondément l'organisation des hôpitaux d'enfants, aussi bien pour préserver de l'infection les jeunes malades admis dans ces hôpitaux, que pour rendre la maladie moins maligne, et son extension aux poumons moins obligatoire, une fois que les enfants en sont atteints.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 octobre 1885. — Présidence de M. HANOT.

COMMUNICATIONS

Un nouvel élément constitutif de la fibre nerveuse. — M. BLANCHARD présente une note de M. le professeur Adamkiewicz (de Cracovie) sur un nouvel élément constitutif de la fibre nerveuse. En colorant les nerfs avec la safranine, M. Adamkiewicz a pu découvrir, plongées dans la gaine de myéline, mais disposées à sa périphérie, des cellules particulières, qui avaient jusqu'alors échappé à l'attention des histologistes. Ces cellules sont très faciles

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 966.

à distinguer des noyaux de la gaine de Schwann; elles sont distantes les unes des autres de 0mm,4 en moyenne, en sorte qu'un filet nerveux long d'un mètre en renferme environ 2500. Ce sont des cellules fusiformes et enroulées en gouttière autour du tube nerveux, longues de 30 μ, larges de 15 μ.

Un nouvel otoscope. — M. GELLÉ présente un nouvel otoscope. L'otoscope ordinaire, dit-il, formé d'un tube de caoutchouc de 50 centimètres, est un bon instrument d'auscultation, mais il n'isole pas suffisamment l'observateur des bruits du dehors.

C'est ainsi que le son de la parole, celui de la montre et surtout celui du diapason, placés à quelque distance du tube, arrivent néanmoins trop facilement à l'oreille et nuisent à l'observation.

Or, les phénomènes sonores que le médecin auriste étudie sont aussi fugaces que légers. Quelquefois même, tout l'intérêt porte sur la constatation d'une nuance dans l'intensité du son apporté par l'otoscope : c'est le cas dans l'auscultation transauriculaire, où, au deuxième temps, l'entrée de l'air dans une caisse du tympan malade produit le renforcement subit du son du diapason posé soit sur la bosse frontale, soit sur l'apophyse mastoïde, c'est-à-dire tout près du méat auditif et du tube par lequel on ausculte.

Il y a là une cause évidente d'erreur, qu'il faut chercher à éviter par un isolement sévère de l'observateur.

Politzer, dans ce but, a recommandé avec raison de tenir l'oreille libre bouchée; d'autres se servent du tube binauriculaire avec succès.

Mais il importe de savoir que le tube de caoutchouc est un isolant fort insuffisant; un diapason promené à 10 centimètres de distance du tube otoscopique donne lieu à une sensation très forte, due à la trop facile pénétration des ondes sonores à travers la paroi.

En m'appuyant sur quelques expériences, je suis arrivé, je crois, à éviter cette cause d'erreur par le dispositif suivant :

Au tube de caoutchouc habituel, long de 30 à 40 centimètres seulement, j'adapte un tube de verre de même calibre et long de 10 à 12 centimètres.

L'expérience démontre, en effet, que le son du diapason placé à distance diminue ou même cesse totalement dès que ce diapason se trouve placé au niveau du tube de verre; au même moment on le perçoit vivement à la même distance si on le place en face du tube en caoutchouc.

La surface lisse et polie du tube de verre réfléchit et écarte sans doute suffisamment les ondes sonores aériennes pour que la pénétration de ces sons extérieurs soit évitée ou palliée.

Réinoculation de la tuberculose et de la morve. — M. STRAUS présente, au nom de M. Charrin, un travail sur la réinoculation de la tuberculose et de la morve. Dans ce travail, l'auteur, qui a expérimenté sur les cobayes, conclut de ses expériences que la tuberculose et la morve peuvent, dans certains cas au moins, être réinoculables et autoinoculables. Il oppose la tuberculose et la morve, à ce point de vue, à la syphilis, comme dans les maladies infectieuses aiguës on peut opposer la variole, la scarlatine ou autres, à l'érysipèle.

Virulence de la tuberculose. — M. STRAUS présente, au nom de MM. Charrin et Karth, un travail sur la virulence de la tuberculose. Dans ce travail, les auteurs étudient la virulence d'un certain nombre de tissus normaux ou pathologiques (poumons, fausses membranes, placenta, tuberculose locale, etc.), d'un certain nombre d'humeurs normales ou pathologiques (bile, salive, lait, sang, sueur, urine, selles, mucus nasal, sérosités, crachats, vaccin, pus, matière caséeuse), de l'air expiré.

Les auteurs pensent que chez le malade qui n'est atteint que de tuberculose pulmonaire, qui n'est le siège d'aucune autre localisation, on a peut-être exagéré la fréquence de la virulence de quelques humeurs ou sécrétions (lait, urine, sang, etc.). Cette virulence est réelle, mais elle est rare. Cela est dû à ce que le bacille n'habite que rarement et en petit nombre la circulation générale, et se présente aussi exceptionnellement aux portes de sortie (glandes).

En dehors des cas de guérison, la virulence de la tuberculose s'accroît avec l'âge de la maladie ; les bacilles deviennent plus nombreux. La virulence de la syphilis au contraire s'atténue à mesure que la maladie vieillit.

Action physiologique de la colchicine. — M. LABORDE continue à faire connaître les résultats de ses recherches sur l'action de la colchicine. Il rappelle que l'on constate des accidents intestinaux cholériformes, avec vomissements, sans troubles des facultés cérébrales, mais avec céphalalgie gravative, sans effets paralytiques. Il y a donc là une prédominance d'action sur le grand sympathique. La pression sanguine est augmentée ; l'excitabilité du pneumo-gastrique est exagérée. On retrouve de la colchicine dans tous les tissus, même dans les os. Lorsque chez un goutteux auquel on a donné de la colchicine apparaissent les selles, on est sûr de voir aussitôt disparaître la douleur du gros orteil, ou l'accès de goutte ; il semble que l'élimination se fait par cette hypersécrétion intestinale. On trouve une certaine quantité de colchicine dans les muscles, dans les tissus périarticulaires, dans les os eux-mêmes, mais on n'en trouve pas dans le sang. Alors qu'on n'en avait pas trouvé dans le tissu du cœur à l'aide des procédés chimiques, l'expérimentation physiologique l'y a fait découvrir, ce qui prouve une fois de plus la supériorité du réactif animal sur tous les autres réactifs.

Effets des anesthésiques sur la sensitive. — M. DUBOIS a étudié les effets des vapeurs anesthésiques (chloroforme et éther) et du mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène sous pression sur la sensitive. Alors que, comme on sait, la sensitive s'endort sous l'influence des vapeurs d'éther ou de chloroforme, elle n'est influencée en aucune façon par le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène sous pression.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 octobre 1885. — Présidence de M. GUYOT.

COMMUNICATIONS

Obstruction intestinale. — M. LEGROUX présente des pièces anatomiques provenant d'un garçon de dix-huit ans qui offrait des symptômes d'obstruction intestinale coïncidant avec une énorme dilatation de l'estomac. A l'autopsie, on trouva des adhérences mésentériques, des brides comprimant le jéjunum. C'est donc là un cas analogue à celui dont a parlé M. Hayem dans la dernière séance.

Pied tabétique. — M. CHAUFFARD présente un malade qui offre un curieux exemple de pied tabétique. Il n'y a eu jusqu'ici que 7 cas de ce genre publiés, dont 5 furent observés à la Salpêtrière. Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, qui depuis huit ans est un ataxique avéré. Étant soldat, il fut pris de strabisme léger avec diplopie, de douleurs dans les jambes. En 1880, il présenta des troubles de la sensibilité, des douleurs fulgurantes; puis apparurent pour la seconde fois des troubles oculaires et une nouvelle rémission. En 1885, il eut deux maux perforants, au niveau des premier et cinquième métatarsiens. Le malade continue à marcher; il se fait des ulcérations. On constate l'abolition des réflexes rotuliens, surtout à gauche; il y a un empâtement diffus de la région dorsale du tarse. Au bout de quelques jours, il y a une amélioration des maux perforants; à la face dorsale, la tuméfaction augmente; il n'y a pas de crépitation; il y a un commencement de déformation. On trouve seulement des traces d'incoordination; le pied droit est naturel. Le pied gauche est le siège d'une tuméfaction à la région dorsale tarsienne. Aucune crépitation articulaire; pas de douleurs; le malade boite un peu. Le pied attaqué d'arthropathie est un pied plat. Ce pied plat a été noté par M. Charcot. M. Chauffard insiste, dans ce cas, sur la rapidité

des accidents; en six semaines, on a vu se développer toute la série des troubles vaso-moteurs et trophiques. Il y a une diaphorèse continuelle du pied, rendue plus évidente par les injections de pilocarpine. En outre, il existe une notable élévation de température du côté du pied malade. Il y a, en moyenne, une différence de 8 dizièmes de degré; on constate un foyer d'hyperesthésie locale très intense.

Ce malade n'est ni syphilitique, ni névropathique, ni tuberculeux. La cause de l'ataxie est inconnue.

Hypertrophie du cœur, endartérite généralisée, néphrite interstitielle, etc. — M. BLACHEZ a reçu, le 15 octobre, dans son service, un malade âgé de soixante-huit ans, dans le coma, avec la respiration de Cheynes-Stokes. Le cœur était gros, volumineux; il y avait un léger souffle systolique, quelques râles sous-crépitants; les urines étaient albumineuses; la température s'élevait à 39°,8, le pouls à 120.

A l'autopsie, on trouva une néphrite interstitielle; le cerveau était le siège d'un foyer énorme, au niveau de la capsule interne. Le cœur était hypertrophié; il y avait un chapelet de granulations à l'orifice mitral; dans le ventricule gauche, la face postérieure était amincie dans un point; il y avait là des lésions qui auraient pu correspondre à un anévrysme. Les artères coronaires étaient le siège d'une endartérite chronique et presque complètement oblitérées. Cet amincissement du cœur était donc dû à une oblitération des artères coronaires. Le foie était petit, granuleux, sans cirrhose. Aux poumons, on constatait de l'emphysème avec congestion des bases. C'est l'endartérite généralisée qui est le point de départ de toutes ces lésions. Il y a un rapport entre les lésions rénales et l'état du cœur. La relation entre cet état et le foyer cérébral est aussi évidente.

Une épidémie de varicelle. — M. D'HEILLY rapporte l'histoire d'une épidémie de varicelle qui soulève plusieurs points de doute. On a fait des inoculations qui ont réussi dans la proportion de 3 p. 10; un Allemand a réussi dans la proportion de 80 p. 100. Il y a une incubation de 14 à 17 jours. Pas de prodromes, jamais de varioloïde. Certains auteurs considèrent la varioloïde et la varicelle comme étant de même nature; d'autres font de la varicelle une affection spéciale. Quoi qu'il en soit, la variole ne confère pas l'immunité pour la varicelle, et réciproquement. Les deux maladies peuvent évoluer ensemble. La varicelle ne détruit pas la réceptivité vaccinale. En résumé, la varicelle est inoculable; elle ne confère pas l'immunité pour la variole, ni celle-ci pour la varicelle.

Ladrerie. — M. TROISIER rappelle avoir présenté en mai dernier un homme atteint de ladrerie. Cet homme est mort de tuberculose généralisée. Il existait chez lui un certain nombre de cysticerques, 200 environ, dans les muscles et le cerveau, très peu sous la peau, le plus grand nombre dans les muscles. On trouva les kystes caractéristiques. Les vésicules contiennent un liquide au centre duquel on voit le cysticerque avec sa tête et sa couronne de crochets. Quelques-uns sont flétris, ce sont les anciens. Il n'y en avait pas dans le cœur, ni dans le foie, ni dans la langue, ni dans l'œil; on en trouve dans l'encéphale adhérant aux méninges.

Cet homme, qui a été présenté il y a six mois, n'a eu aucun phénomène nerveux. Il n'y avait pas de tænias dans le tube intestinal. Le cysticerque de l'homme est semblable à celui du porc.

M. DU CASTEL a observé un cas analogue; il s'agissait d'un malade atteint de cysticerques sous-cutanés. Ce malade ayant eu une fièvre typhoïde, à mesure qu'il maigrissait, le cysticerque diminuait de volume, et après quelques jours on n'en trouvait plus. A mesure qu'il reprenait ses forces, les cysticerques, au contraire, augmentaient de volume.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

I

Circulaire relative aux inscriptions prises simultanément dans les facultés de même ordre.

— Du 13 octobre. —

Monsieur le Recteur, le décret du 30 juillet 1883 relatif au régime des établissements d'enseignement supérieur n'a pas prévu le cas où un étudiant se ferait inscrire simultanément dans plusieurs facultés en vue du même examen.

Or, à différentes reprises, ce cas s'est déjà présenté.

Il y a là une irrégularité qui pourrait avoir de sérieux inconvénients. En effet, un étudiant, inscrit à la fois à Paris et dans une faculté voisine, et qui aurait échoué à un examen dans une de ces facultés, pourrait se présenter immédiatement dans l'autre et subir avec succès ce même examen.

La double inscription peut donc devenir en quelque sorte la préparation d'un fait délictueux qu'il convient de prévenir.

Dans ce but, le Conseil supérieur a adopté, dans sa dernière session, les dispositions contenues dans le décret en date du 28 juillet 1885.

Ces dispositions, qui modifient en le complétant l'article 4 du décret du 30 juillet 1883, interdisent aux étudiants « de prendre « simultanément des inscriptions dans des établissements publics « ou libres en vue du même examen ».

Toute infraction à cette règle peut être punie de la perte d'une ou de deux inscriptions; la peine est prononcée sans recours par la faculté ou école.

Je vous prie d'inviter MM. les doyens et directeurs de votre ressort académique à donner aux secrétaires des facultés et écoles des ordres précis pour que les dispositions qui précèdent soient rigoureusement exécutées.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre de l'instruction publique,
des beaux-arts et des cultes,
René GOBLET.

II

Circulaire relative aux inscriptions prises avec le brevet colonial.

— Du 13 octobre. —

Monsieur le Recteur, le décret du 23 décembre 1857, qui a institué dans les colonies une commission chargée d'examiner les aspirants au baccalauréat et de leur délivrer les certificats d'aptitude au brevet de capacité pour les lettres ou pour les sciences, décide, article 5, que les élèves porteurs de ce brevet peuvent prendre les quatre premières inscriptions près les facultés de droit ou de médecine avant d'avoir régularisé leur position par l'obtention du diplôme de bachelier; le décret du 26 octobre 1871, qui a autorisé l'échange des brevets de capacité avec un diplôme de bachelier, après avis d'une faculté de la métropole, n'a modifié aucune de ces dispositions qui restent donc en vigueur.

Les facilités ainsi accordées aux jeunes créoles sont justifiées par les délais nécessairement très longs après lesquels l'échange dont il s'agit peut être accordé ou refusé; mais le décret de 1871, en limitant le nombre des inscriptions qui peuvent être prises dans ces conditions, a voulu que les études ne pussent être continuées si, après l'année écoulée, l'échange n'a pas été obtenu.

Je suis informé que, dans quelques facultés, les élèves originaires des colonies ont été admis à subir l'examen correspondant aux inscriptions qu'ils étaient autorisés à prendre exceptionnellement; cette interprétation du décret de 1871 est contraire à l'esprit et à la lettre de ce décret, et je vous prie de le faire observer à

MM. les doyens et directeurs de votre ressort académique; vous les inviterez à donner les ordres nécessaires pour que les étudiants ne puissent être admis à l'examen sans justifier du ou des diplômes de bachelier obtenus par voie d'échange.

Je vous prie de veiller personnellement à l'exécution de ces dispositions.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre de l'instruction publique,
des beaux-arts et des cultes,
René Goblet.

III

Circulaire relative à la délivrance des certificats de réception aux grades.

— Du 15 octobre. —

Monsieur le Recteur, mon attention a été appelée sur les réclamations fréquentes auxquelles donne lieu l'usage établi par certaines facultés de refuser de délivrer aux étudiants un certificat constatant leur réception aux grades.

Ces réclamations sont fondées. Non seulement aucune disposition réglementaire n'interdit la délivrance des certificats dont il s'agit, mais il résulte des règlements organiques que les gradués doivent recevoir le certificat qui établit leur aptitude au grade pour lequel ils ont subi des épreuves régulières.

Si, dans la pratique, il est impossible de leur délivrer le certificat d'aptitude qui sert à établir le diplôme et qui doit rester déposé aux archives, il me paraît indispensable de ne pas priver les étudiants d'un document qui peut leur être nécessaire pour justifier de leur réception avant la délivrance du diplôme. En conséquence, j'ai décidé qu'à l'avenir il serait procédé de la façon suivante :

Les secrétaires des facultés et écoles délivreront au candidat admis au grade un certificat constatant sa réception et portant l'indication de ses nom, prénoms, date et lieu de naissance; *ce certificat sera rendu aux secrétaires soit des facultés et écoles, soit des Académies, au moment de la remise du diplôme correspondant.*

L'étudiant en possession de son diplôme n'a plus droit à un certificat, même dans le cas de perte du diplôme, lequel ne peut être remplacé que par un duplicata accordé à titre onéreux.

Ces mesures donneront satisfaction aux réclamations et éviteront les abus qui pourraient résulter de la délivrance de plusieurs certificats.

Je vous prie de transmettre ces instructions à MM. les doyens et directeurs de votre ressort académique et de veiller à leur exécution.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre de l'instruction publique,
des beaux-arts et des cultes,
René Goblet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans la séance publique annuelle des cinq Académies, qui a eu lieu avant-hier samedi 24 octobre 1885, M. Bouguereau, président, a proclamé, au nom de l'Institut, le grand prix biennal, décerné cette année, sur la présentation de l'Académie des sciences, à M. Brown-Séquard.

« L'Institut, a-t-il dit, est heureux de signaler les travaux de cet expérimentateur résolu et laborieux et de récompenser une branche de la science dont la grande préoccupation est le *soulagement des souffrances de l'humanité*.

Nous couronnons en lui : la persévérance, qui poursuit sans repos ni défaillance le but de ses efforts; la hardiesse, qui expérimente pour combattre des théories erronées; la science désintéressée, qui offre libéralement ses découvertes et qui applique ces mots de l'Évangile : « On n'allume pas une lampe pour la mettre sous le boisseau, mais sur un candélabre, afin qu'elle éclaire tous ceux qui sont dans la maison. »

— MM. les médecins du XXe arrondissement de Paris sont informés que, le mercredi 28 octobre 1885, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance.

— Par décret, en date du 24 octobre 1885, M. Bouty, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Paris.

— Par décret, en date du 24 octobre 1885, il est créé à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims une chaire de physique.

— Par décret, en date du 24 octobre 1885, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims est transformée en chaire de clinique obstétricale et gynécologie.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 octobre 1885, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims est autorisée à jouir des droits conférés aux écoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du décret du 1er août 1883 (voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 717).

Le présent arrêté aura son effet à dater du 1er novembre 1885.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Piéchaud, agrégé, est chargé d'une conférence d'anatomie topographique.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Fallot (Emmanuel), docteur ès sciences, est chargé du cours de minéralogie et géologie, en remplacement de M. Raulin, nommé professeur honoraire.

— *Faculté des sciences de Lille.* — M. Paillot, ancien boursier d'agrégation, est nommé chef des travaux pratiques de physique, en remplacement de M. Colardeau démissionnaire.

— M. le docteur Piotrowski, médecin sanitaire commissionné à bord des paquebots de l'administration des Messageries maritimes, vient de recevoir une médaille d'argent pour le zèle et le dévouement dont il a fait preuve au cours d'une épidémie de variole à bord du paquebot l'*Océanien*, de juin à septembre 1885.

— M. le docteur Baratier est nommé médecin inspecteur des enfants du premier âge, pour la circonscription de Chaource (Aube).

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les conférences annuelles du premier semestre de l'année scolaire 1885-1886 commenceront le lundi 9 novembre. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée. Elles auront lieu dans l'ordre suivant :

M. Mouton, maître de conférences, fera des conférences de physique, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à neuf heures du matin, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

M. X..., maître de conférences, donnera des développements sur diverses questions de physique traitées au cours ou indiquées par M. le professeur Jamin; ces conférences auront lieu les lundis et jeudis, à quatre heures du soir, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle.

M. Joly, maître de conférences, fera des leçons de chimie analytique, les lundis, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de physique, et des conférences sur les sujets indiqués par MM. les professeurs Troost et Debray, les samedis à dix heures et demie, dans la salle des conférences.

M. Salet, maître de conférences, fera, les mardis et samedis, dans la salle des conférences, à trois heures et demie du soir, des conférences sur différents points de chimie.

M. Riban, maître de conférences, directeur adjoint du laboratoire de chimie : les travaux ont lieu tous les jours, de neuf heures à midi et de une heure à cinq heures, au laboratoire de la rue

Michelet, 3. Les manipulations pour la licence, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à neuf heures du matin.

M. Jannettaz, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis, à huit heures et demie du matin, dans le laboratoire de minéralogie.

M. J. Chatin, maître de conférences, fera, les lundis et jeudis, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, des conférences sur diverses parties de l'étude anatomique et physiologique des animaux.

M. Pruvot, suppléant M. Joliet, fera, les jeudis (salle des conférences), à trois heures, et les samedis à dix heures, au laboratoire de zoologie, des conférences sur les sujets indiqués par M. le professeur de Lacaze-Duthiers.

M. Vesque, maître de conférences, fera, dans la salle des conférences, les lundis et jeudis, à midi, des conférences, ou surveillera des exercices pratiques, sous la direction de M. le professeur Duchartre. Les élèves seront exercés particulièrement à l'emploi du microscope et aux préparations.

M. Vélain, maître de conférences, fera, dans la salle des conférences, les lundis et jeudis, à neuf heures, des conférences sur les diverses parties de la géologie. Les élèves seront exercés à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains, les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de neuf heures à onze heures et demie.

— *École d'anthropologie de Paris.* — Les cours du semestre d'hiver de l'année scolaire 1885-1886 commenceront le lundi 9 novembre prochain, et auront lieu dans l'ordre suivant :

Anthropologie zoologique. — M. le docteur Mathias Duval, professeur (le vendredi à cinq heures), traitera de l'anthropogénie et de l'embryologie comparée, du blastoderme et des premières phases du développement.

Anthropologie générale. — M le docteur Paul Topinard, professeur (le mardi à quatre heures), traitera du type et de la race. Première partie, analytique : Des races de l'Europe depuis les temps préhistoriques jusqu'à nos jours ; deuxième partie, synthétique : succession et transformation des races dans le temps ; leur passé et leur avenir.

Ethnologie. — M. le docteur Dally, professeur, suppléé par M. le docteur Manouvrier (le mercredi à quatre heures), traitera de la craniologie ethnique ; des formes normales et anormales du crâne.

Géographie médicale. — M. le docteur Bordier, professeur (le samedi à quatre heures et demie), traitera de l'action générale des milieux.

Anthropologie préhistorique. — M. Gabriel de Mortillet, professeur (le lundi à huit heures du soir), traitera de l'homme tertiaire et de l'origine de l'homme.

Histoire des civilisations. — M. le docteur Letourneau, professeur (le lundi à quatre heures), traitera de l'évolution et de l'ethnographie de la morale.

Le cours d'anthropologie linguistique aura lieu pendant le semestre d'été.

La seconde conférence Broca aura lieu dans le courant du mois de novembre ; elle sera faite cette année par M. le docteur S. Pozzi, qui a pris pour sujet : Le cerveau et ses circonvolutions chez les primates.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18502.

N° 125. — JEUDI 29 OCTOBRE 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 29 OCTOBRE 1885. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le grand intérêt de la séance a été la communication de M. Pasteur sur la prophylaxie de la rage. En présence d'un document d'une pareille importance, tout commentaire serait superflu; et afin de n'en rien affaiblir par une analyse, si exacte qu'elle pût être, nous le reproduisons plus loin textuellement. Nous nous bornerons à constater ici que cette lecture, écoutée avec une vive attention et dans un profond silence, a été accueillie à la fin par les applaudissements presque unanimes de l'assemblée. Seuls MM. J. Guérin et Colin (d'Alfort) ont demandé la parole, M. Guérin pour formuler quelques réserves auxquelles il entend donner plus tard les développements qu'elles comportent; M. Colin pour poser une question à M. Pasteur. Mais devant les exigences de l'ordre du jour très chargé, le président a invité M. Colin à remettre sa question à une autre séance.

L'Académie a entendu ensuite une lecture de M. Jaccoud sur les effets antithermiques de la thalline et un rapport de M. Le Roy de Méricourt sur la communication faite dans la dernière séance par M. Rouvier sur les injections intraveineuses de sérum artificiel dans le traitement de la période asphyxique du choléra. La séance s'est terminée par un comité secret.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Duguet.

Rétrécissement mitral. — Digitale et digitaline (1).

II

Jeudi dernier, je vous ai fait l'histoire d'un malade atteint d'une affection organique du cœur et mort le matin même. Depuis, nous en avons fait l'autopsie, et voici ce que nous avons trouvé : Dans la cavité pleurale gauche, quelques cuillerées de la sérosité agonique avec intégrité parfaite de la séreuse; à droite, au contraire, un épanchement dont la quantité atteignait deux litres, et des fausses membranes tomenteuses; un foie cardiaque et non cirrhotique, foie muscade, d'une coloration bleuâtre, d'un volume médiocrement considérable et sans aucune altération, sans aucune prolifération conjonctive; enfin une rate très petite.

J'avais dit que la matité cardiaque était considérable dans tous les sens, que le ventricule droit battait dans le sixième espace intercostal, que la pointe du cœur était fortement déjetée en dehors, que le ventricule gauche formait comme une annexe au cœur, que l'oreillette et le ventricule droits devaient être fortement dilatés; tout cela était parfaitement exact. Par contre, l'oreillette gauche avait son volume normal. J'avais dit qu'il y avait non seulement dilatation, mais probablement encore hypertrophie résultant de la lutte de ces cavités contre l'obstacle situé à l'orifice mitral; or l'hypertrophie n'existait pas.

J'avais diagnostiqué une insuffisance mitrale. Cette insuffisance nous a été démontrée; il y avait défaut d'accolement des valvules pendant la contraction du ventricule gauche. Le rétrécissement mitral était de 17 millimètres seulement, c'est-à-dire incapable de déterminer l'hypertrophie et la dilatation de l'oreillette gauche. Mais, par contre, nous avons trouvé un orifice tricuspide très développé qui permettait l'introduction de quatre doigts, de là une insuffisance tricuspidienne. L'artère pulmonaire était très dilatée (11 centimètres de pourtour au lieu de 7 centimètres), dilatation qui s'étendait jusque dans les branches droite et gauche de cette artère.

Mais, ce que nous n'avions pu diagnostiquer du vivant du malade, c'était l'existence d'une large communication entre les deux oreillettes, l'absence, pour ainsi dire, de cloison interauriculaire.

En résumé, notre malade avait été précipité dans l'asystolie par le fait de son épanchement pleurétique considérable du côté droit.

Quelques mots à son sujet sur l'emploi et l'efficacité de la digitale que nous lui avons prescrite, mais qui n'a pas agi assez tôt pour pouvoir enrayer les accidents. Son emploi a pour but de renforcer le cœur et de le régulariser, il a pour but aussi de décongestionner le foie, de désenfler les membres, d'amener une diurèse abondante, d'agir enfin sur l'épanchement.

Nous avons donc ordonné la digitale sous la forme de poudre de feuilles fraîchement préparée, à la dose de 10 centigr. en infusion. Si nous n'en avons retiré aucun résultat, était-ce

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 octobre 1885.

que la dose n'était pas suffisante et aurions-nous dû l'augmenter comme certains médecins qui vont jusqu'à donner 60 centigr. et plus même? Non, car avec 10 centigr. j'ai toujours réussi, et si cette fois nous avons eu un échec, cela tient, non pas à la dose prescrite, mais à certaines circonstances morbides qui font que le médicament n'avait pas encore agi au cinquième jour.

Et pour vous bien montrer les heureux effets de la digitale telle que je l'emploie, je vous rapporterai un certain nombre d'observations.

1° Un malade, âgé de quarante-cinq ans, entre dans le service pour un rétrécissement mitral avec arythmie cardiaque, dyspnée considérable, etc.; et la digitale donnée à la dose de 10 centigr. suffit pour déterminer une forte diurèse et calmer tous les accidents. Cet homme sort et continue son traitement chez lui pendant quelque temps; puis, se trouvant en bon état, il renonce à sa digitale. Les accidents reparaissent bientôt; cet homme rentre à l'hôpital, nous le soumettons de nouveau au traitement par la digitale et une nouvelle et prompte amélioration se manifeste.

2° Un autre est atteint d'artériosclérose, arythmie cardiaque de temps en temps, sans souffle bien net. Il y a quatre ans, il entre dans un autre service en pleine asystolie avec œdème extrême, ascite telle qu'on est obligé de lui faire successivement huit ponctions; le foie est volumineux, etc. L'année dernière, il revient dans le même état, nous prescrivons la digitale; dans les trois ou quatre jours qui suivent, il urine 2, 4 et 6 litres, et en douze jours, tous phénomènes d'asystolie et autres ont cessé, le cœur se régularise, la congestion, l'œdème, l'ascite disparaissent sans qu'il soit nécessaire de pratiquer aucune ponction.

3° Notre malade du n° 15 est un garçon de vingt-huit ans qui est depuis quelques jours, pour la seconde fois, dans nos salles. La première fois, au mois de janvier dernier, les accidents étaient : asystolie, œdème, congestion du foie, souffle mitral à la pointe, miction rare. Aussitôt prescription de 10 centigr. de poudre de feuilles de digitale. Au bout de trois jours, diurèse abondante; au bout de douze jours, 36 pulsations par minute; la digitale est laissée de côté, et le même chiffre de pulsations se maintient pendant dix jours.

Ces jours-ci, il rentre avec les mêmes accidents; même traitement, même cessation rapide des phénomènes morbides.

4° La femme du n° 32 a quarante-neuf ans. Depuis quatre mois on la traite en ville par des vésicatoires, pour un état analogue, sans aucun résultat. Elle entre dans ma salle; même traitement que ci-dessus, et deux jours plus tard, diurèse, amélioration générale, calme du cœur. Au bout de douze jours, j'ai cessé la digitale, néanmoins la polyurie continue encore. Cette femme, atteinte d'une double lésion aortique, était arrivée en pleine asystolie.

Je pourrais vous citer maints autres faits analogues, et tous vous montreraient combien la poudre de feuilles de digitale, donnée chaque jour à la dose de 10 centigr. en infusion, réussit; tandis qu'à une dose plus élevée, ses effets sont moins bons. Ainsi un de nos malades, rentré ces jours derniers avec un rétrécissement mitral, avec un commencement d'asystolie, œdème, ascite, foie plus volumineux et insuffisance tricuspidienne des plus marquées, était déjà venu au mois de septembre de l'année dernière; j'étais absent. On lui donna 30 centigr. de poudre de digitale; vingt jours plus tard, on n'avait obtenu d'autre résultat que d'augmenter la dyspnée, rendre l'anurie plus prononcée, déterminer des vomissements, c'est-à-dire l'intolérance. On cesse, et quelques jours plus tard, étant de retour, je prescris mes 10 centigr. d'habitude; l'amélioration est des plus marquées et en dix jours mon malade est remis sur pied.

Au mois de novembre suivant, cet homme, qui a trente-sept ans et est un alcoolique avéré, retombe dans l'asystolie et nous revient. De nouveau, je lui donne 10 centigr. de digitale; en trois jours il rend 17 litres d'urine, l'effet sédatif du côté du cœur est considérable, et sept jours plus tard, il est rétabli.

Enfin, le mois dernier, on nous l'a amené de nouveau dans le même état que les deux premières fois, et ayant en plus un épanchement pleurétique abondant. Le même traitement lui est appliqué et aujourd'hui l'œdème a cessé, on ne sent plus les battements du foie, il n'y a plus d'insuffisance tricuspidienne, le cœur droit n'est plus autant dilaté, il a repris sa force, le souffle des jugulaires a disparu, l'épanchement pleurétique lui-même a diminué.

Ce dernier cas est un type parfait de rétrécissement mitral qui, de temps à autre, cesse d'être compensé et chez lequel nous rétablissons la compensation du cœur droit par la digitale.

En résumé, la dose de 10 centigr. est parfaitement suffisante et répond à tout, tandis qu'une dose plus forte peut être dangereuse. D'ailleurs, je ne suis pas seul de mon opinion et je puis m'appuyer de celle de MM. Peter et Germain Sée.

Mais pour obtenir ces merveilleux résultats, il est deux conditions importantes à remplir : la première, avoir de bonne digitale; la seconde, un bon pharmacien. Tout d'abord il faut avoir des feuilles de digitale et non pas de grande consoude ou de bourrache qui présentent une certaine ressemblance avec elles. Il faut prendre les feuilles radicales sur une tige de deuxième année, parce qu'elles contiennent plus de principes actifs. Enfin il faut choisir de préférence la digitale pourprée. Les feuilles en doivent avoir été séchées avec soin et mises ensuite dans un vase clos bien fermé, sous peine de s'altérer facilement. Il faut que le pharmacien renouvelle chaque année, au mois de juin, sa provision de feuilles. Celles-ci ne doivent être pulvérisées qu'au moment même où on va s'en servir et non d'avance, comme cela arrive le plus souvent. Il faut avoir soin d'en enlever les nervures et le pétiole au moment de les pulvériser. Enfin, cette poudre ainsi préparée sera employée en pilules, en infusion ou en macération. En un mot, la digitale est bonne quand le pharmacien est bon.

En résumé, la digitale donnée à faible dose produit toujours, ou presque toujours, une sédation parfaite du cœur, une diurèse répondant à tout. Je dis « *presque* toujours », à cause des quelques rares exceptions que l'on peut rencontrer.

Or, et c'est par là que je termine, si ce traitement n'a eu aucun effet chez le malade qui a fait l'objet de notre dernière leçon et du commencement de celle-ci, c'est parce que les reins ne fonctionnaient plus; ils étaient criblés d'infarctus déjà anciens, ils avaient perdu leur perméabilité, si bien que si j'avais persisté dans l'administration de la digitale, j'eusse amené chez lui le *digitalisme*.

Mais pourquoi, me direz-vous, ne pas employer la digitaline? D'abord, je le répète, parce que la digitale à faible dose répond à tout. Ensuite, parce qu'il y a digitaline et digitaline, parce que la digitaline est trop dissemblable à

elle-même. Je laisse la digitaline aux chimistes, dont j'admire certainement les recherches, et je m'en tiens à la digitale.

MÉTHODE POUR PRÉVENIR LA RAGE APRÈS MORSURE (1).

Par M. L. Pasteur.

La prophylaxie de la rage, telle que je l'ai exposée en mon nom et au nom de mes collaborateurs, dans des communications précédentes, constituait assurément un progrès réel dans l'étude de cette maladie, progrès toutefois plus scientifique que pratique. Son application exposait à des accidents. Sur vingt chiens traités, je n'aurais pu répondre d'en rendre réfractaires à la rage plus de quinze ou seize.

Il était utile, d'autre part, de terminer le traitement par une dernière inoculation très virulente, inoculation d'un virus de contrôle, afin de consolider et de renforcer l'état réfractaire. En outre, la prudence exigeait que l'on conservât les chiens en surveillance pendant un temps supérieur à la durée d'incubation de la maladie produite par l'inoculation de ce dernier virus. Dès lors, il ne fallait pas moins quelquefois d'un intervalle de trois à quatre mois pour être assuré de l'état réfractaire à la rage.

De telles exigences auraient limité beaucoup l'application de la méthode.

Enfin, la méthode ne se serait prêtée que difficilement à une mise en train toujours immédiate, condition réclamée cependant par ce qu'il y a d'accidentel et d'imprévu dans les morsures rabiques.

Il fallait donc arriver, si cela était possible, à une méthode plus rapide et capable de donner une sécurité, j'oserais dire, parfaite sur les chiens.

Et comment, d'ailleurs, avant que ce progrès fût atteint, oser se permettre une épreuve sur l'homme.

Après des expériences, pour ainsi dire, sans nombre, je suis arrivé à une méthode prophylactique, pratique et prompte, dont les succès sur le chien sont déjà assez nombreux et sûrs, pour que j'aie confiance dans la généralité de son application à tous les animaux et à l'homme lui-même.

Cette méthode repose essentiellement sur les faits suivants :

L'inoculation au lapin, par la trépanation, sous la dure-mère, d'une moelle rabique de chien à rage des rues, donne toujours la rage à ces animaux après une durée moyenne d'incubation de quinze jours environ.

Passe-t-on du virus de ce premier lapin à un second, de celui-ci à un troisième, et ainsi de suite par le mode d'inoculation précédent, il se manifeste bientôt une tendance de plus en plus accusée dans la diminution de la durée d'incubation de la rage chez les lapins successivement inoculés.

Après 20 à 25 passages de lapin à lapin, on rencontre des durées d'incubation de sept jours, que l'on retrouve avec une régularité frappante pendant une série nouvelle de passages allant jusqu'au quatre-vingt-dixième. C'est du moins à ce chiffre que je suis en ce moment; et c'est à peine s'il se manifeste actuellement une tendance à une durée d'incubation d'un peu moins de sept jours.

Ce genre d'expériences, commencé en novembre 1882, a déjà trois années de durée, sans que la série ait été jamais interrompue, sans que jamais, non plus, on ait dû recourir à un virus autre que celui des lapins successivement morts rabiques. Rien de plus facile, en conséquence, d'avoir constamment à sa disposition, pendant des intervalles de temps considérables, un virus rabique d'une pureté parfaite, toujours identique à lui-même ou à très peu près. C'est là le nœud *pratique* de la méthode.

Les moelles de ces lapins sont rabiques dans toute leur étendue, avec constance dans la virulence.

Si l'on détache de ces moelles des longueurs de quelques centimètres, avec des précautions de pureté aussi grandes qu'il est possible de les réaliser, et qu'on les suspende dans un air sec, la virulence disparaît lentement dans ces moelles jusqu'à s'éteindre tout à fait. La durée d'extinction de la virulence varie quelque peu avec l'épaisseur des bouts de moelle, mais surtout avec la température extérieure. Plus la température est basse et plus durable est la conservation de la virulence. Ces résultats constituent le point scientifique de la méthode (1).

Ces faits étant établis, voici le moyen de rendre un chien réfractaire à la rage, en un temps relativement court.

Dans une série de flacons, dont l'air est entretenu, à l'état sec, par des fragments de potasse déposés sur le fond du vase, on suspend, chaque jour, un bout de moelle rabique fraîche de lapin mort de rage, rage développée après sept jours d'incubation. Chaque jour également, on inocule dans la peau du chien une pleine seringue de Pravaz de bouillon stérilisé dans lequel on a délayé un petit fragment d'une de ces moelles en dessiccation, en commençant par une moelle d'un numéro d'ordre assez éloigné du jour où l'on opère, pour être bien sûr que cette moelle n'est pas du tout virulente. Des expériences préalables m'ont éclairé à cet égard. Les jours suivants, on opère de même avec des moelles plus récentes, séparées par un intervalle de deux jours, jusqu'à ce qu'on arrive à une dernière moelle très virulente, placée depuis un jour ou deux seulement en flacon.

Le chien est alors rendu réfractaire à la rage. On peut lui inoculer du virus rabique sous la peau ou même à la surface du cerveau par trépanation sans que la rage se déclare.

Par l'application de cette méthode, j'étais arrivé à avoir cinquante chiens, de tout âge et de toute race, réfractaires à la rage, sans avoir rencontré un seul insuccès, lorsque, inopinément, se présentèrent dans mon laboratoire, le lundi 6 juillet dernier, trois personnes arrivant d'Alsace :

Théodore Vone, marchand épicier à Meissengott, près Schlestadt, mordu au bras le 4 juillet par son propre chien devenu enragé;

Joseph Meister, âgé de neuf ans, mordu également le 4 juillet à huit heures du matin par le même chien. Cet enfant, terrassé par le chien, portait de nombreuses morsures, à la main, aux jambes, aux cuisses, quelques-unes profondes qui rendaient même sa marche difficile. Les principales de ces morsures avaient été cautérisées, douze heures seulement après l'accident, à l'acide phénique, le 4 juillet, à huit heures du soir, par le docteur Weber de Villé;

La troisième personne, qui, elle, n'avait pas été mordue, était la mère du petit Joseph Meister.

A l'autopsie du chien abattu par son maître, on avait trouvé l'estomac rempli de foin, de paille et de fragments de bois. Le chien était bien enragé. Joseph Meister avait été relevé de dessous lui couvert de bave et de sang.

M. Vone avait au bras de fortes contusions, mais il m'assura que sa chemise n'avait pas été traversée par les crocs du chien. Comme il n'y avait rien à craindre, je lui dis qu'il pouvait repartir pour l'Alsace le jour même, ce qu'il fit. Mais je gardai auprès de moi le petit Meister et sa mère.

La séance hebdomadaire de l'Académie des sciences avait précisément lieu le 6 juillet; j'y vis notre confrère M. le docteur Vulpian, à qui je racontai ce qui venait de se passer. M. Vulpian, ainsi que M. le docteur Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris, eurent la complaisance de venir voir immédiatement le petit Joseph Meister et constater l'état et le nombre de ses blessures. Il n'en avait pas moins de quatorze.

Les avis de notre savant confrère et du docteur Grancher furent que, par l'intensité et le nombre de ses morsures, Joseph Meister était exposé presque fatalement à prendre la rage. Je communiquai alors à M. Vulpian et à M. Grancher les résultats nouveaux

(1) Note lue à l'Académie des sciences, dans la séance du 26 octobre 1885, et à l'Académie de médecine, le 27 octobre 1885.

(1) Si la moelle rabique est mise à l'abri de l'air, dans le gaz acide carbonique, à l'état humide, la virulence se conserve (tout au moins pendant plusieurs mois), sans variation de son intensité rabique, pourvu qu'elle soit préservée de toute altération microbienne étrangère.

que j'avais obtenus dans l'étude de la rage depuis la lecture que j'avais faite à Copenhague, une année auparavant.

La mort de cet enfant paraissait inévitable; je me décidai, non sans de vives et cruelles inquiétudes, on doit bien le penser, à tenter sur Joseph Meister la méthode qui m'avait *constamment* réussi sur des chiens.

Mes cinquante chiens, il est vrai, n'avaient pas été mordus avant de déterminer leur état réfractaire à la rage; mais je savais que cette circonstance pouvait être écartée de mes préoccupations, parce que j'avais déjà obtenu l'état réfractaire à la rage sur un grand nombre de chiens après morsure.

J'avais rendu témoins, cette année, les membres de la commission de la rage de ce nouveau et important progrès.

En conséquence, le 6 juillet, à huit heures du soir, c'est-à-dire soixante heures après les morsures du 4 juillet, et en présence de MM. les docteurs Vulpian et Grancher, on inocula, sous un pli fait à la peau de l'hypochondre droit du petit Meister, une demi-seringue Pravaz d'une moelle de lapin mort rabique le 21 juin et conservée depuis lors en flacon à air sec, c'est-à-dire depuis quinze jours.

Les jours suivants, des inoculations nouvelles furent faites, toujours aux hypochondres, dans les conditions dont je donne ici le tableau :

			Une demi-seringue Pravaz.	
Le 7 juillet,	9 h. matin,	moelle du	23 juin,	moelle de 14 jours.
7 —	6 h. soir,	—	25 —	— 12 —
8 —	9 h. matin,	—	27 —	— 11 —
8 —	6 h. soir,	—	29 —	— 9 —
9 —	11 h. matin,	—	1er juillet,	— 8 —
10 —	—	—	3 —	— 7 —
11 —	—	—	5 —	— 6 —
12 —	—	—	7 —	— 5 —
13 —	—	—	9 —	— 4 —
14 —	—	—	11 —	— 3 —
15 —	—	—	13 —	— 2 —
16 —	—	—	15 —	— 1 —

Je portai ainsi à treize le nombre des inoculations et à dix le nombre des jours de traitement. Je dirai plus tard qu'un plus petit nombre d'inoculations eussent été suffisantes. Mais on comprendra que, dans ce premier essai, je dusse agir avec une circonspection toute particulière.

Par les diverses moelles employées, on inocula par trépanation deux lapins neufs, afin de suivre les états de virulence de ces moelles.

L'observation des lapins permit de constater que les moelles des 6, 7, 8, 9, 10 juillet, n'étaient pas virulentes; car elles ne rendirent pas leurs lapins enragés. Les moelles des 11, 12, 14, 15, 16 juillet, furent toutes virulentes, et la matière virulente s'y trouvait en proportion de plus en plus forte. La rage se déclara après sept jours d'inoculation sur les lapins des 15 et 16 juillet; après huit jours sur ceux du 12 et du 14; après quinze jours sur ceux du 11 juillet.

Dans les derniers jours, j'avais donc inoculé à Joseph Meister le virus rabique le plus virulent, celui du chien renforcé par une foule de passages de lapins à lapins, virus qui donne la rage à ces animaux après sept jours d'incubation et après huit ou dix jours aux chiens. J'étais autorisé dans cette entreprise par ce qui s'était passé pour les cinquante chiens dont j'ai parlé.

Lorsque l'état d'immunité est atteint, on peut, sans inconvénient, inoculer le virus le plus virulent et en quantité quelconque. Il m'a toujours paru que cela n'avait d'autre effet que de consolider l'état réfractaire à la rage.

Joseph Meister a donc échappé, non seulement à la rage que ses morsures auraient pu développer, mais à celle que je lui ai inoculée pour contrôle de l'immunité due au traitement, rage plus virulente que celle du chien des rues.

L'inoculation finale très virulente a encore l'avantage de limiter la durée des appréhensions qu'on peut avoir sur les suites des morsures. Si la rage pouvait éclater, elle se déclarerait plus vite par un virus plus virulent que celui des morsures. Dès le milieu du mois d'août, j'envisageais avec confiance l'avenir de la santé de Joseph Meister. Aujourd'hui encore, après trois mois et trois semaines écoulés depuis l'accident, cette santé ne laisse rien à désirer.

Quelle interprétation donner à la nouvelle méthode que je viens de faire connaître, pour prévenir la rage après morsures? Je n'ai pas l'intention de traiter aujourd'hui cette question d'une manière complète. Je veux me borner à quelques détails préliminaires, propres à faire comprendre le sens des expériences que je poursuis, dans le but de bien fixer les idées sur la meilleure des interprétations possibles.

En se reportant aux méthodes d'atténuation progressive des virus mortels et à la prophylaxie qu'on peut en déduire, étant donnée, d'autre part, l'influence de l'air dans l'atténuation, la première pensée qui s'offre à l'esprit pour rendre compte des effets de la méthode, c'est que le séjour des moelles rabiques au contact de l'air sec diminue progressivement l'intensité de la virulence de ces moelles jusqu'à la rendre nulle.

On serait, dès lors, porté à croire que la méthode prophylactique, dont il s'agit, repose sur l'emploi de virus d'abord sans activité appréciable, faibles ensuite et de plus en plus virulents.

Je montrerai ultérieurement que les faits sont en désaccord avec cette manière de voir. Je prouverai que les retards dans les durées d'incubation de la rage communiquée, jour par jour, à des lapins, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, pour éprouver l'état de virulence de nos moelles desséchées au contact de l'air, sont un effet d'appauvrissement en quantité du virus rabique contenu dans ces moelles, et non un effet de son appauvrissement en virulence.

Pourrait-on admettre que l'inoculation d'un virus, de virulence toujours identique à elle-même, pourrait amener l'état réfractaire à la rage, en procédant à son emploi par quantités très petites, mais quotidiennement croissantes? C'est une interprétation des faits de la nouvelle méthode que j'étudie au point de vue expérimental.

On peut donner, de la nouvelle méthode, une autre interprétation encore, interprétation assurément fort étrange au premier aspect, mais qui mérite toute considération, parce qu'elle est en harmonie avec certains résultats déjà connus que nous offrent les phénomènes de la vie chez quelques êtres inférieurs, et notamment chez divers microbes pathogènes.

Beaucoup de microbes paraissent donner naissance dans leurs cultures à des matières qui ont la propriété de nuire à leur propre développement.

Dès l'année 1880, j'avais institué des recherches afin d'établir que le microbe du choléra des poules devait produire une sorte de poison de ce microbe (voir Comptes rendus, t. XC; 1880). Je n'ai point réussi à mettre en évidence la présence d'une telle matière; mais je pense aujourd'hui que cette étude doit être reprise (et je n'y manquerai pas pour ce qui me regarde), en opérant en présence du gaz acide carbonique pur.

Le microbe du rouget du porc se cultive dans des bouillons très divers, mais le poids qui s'en forme est tellement faible et si promptement arrêté dans sa proportion, que c'est à peine, quelquefois, si la culture s'en accuse par de faibles ondes soyeuses à l'intérieur du milieu nutritif. On dirait que, tout de suite, prend naissance un produit qui arrête le développement de ce microbe, soit qu'on le cultive au contact de l'air, soit dans le vide.

M. Raulin, mon ancien préparateur, aujourd'hui professeur à la Faculté de Lyon, a établi dans la thèse si remarquable qu'il a soutenue à Paris, le 22 mars 1870, que la végétation de l'*aspergillus niger* développe une substance qui arrête, en partie, la production de cette moisissure, quand le milieu nutritif ne renferme pas de sels de fer.

Se pourrait-il que ce qui constitue le virus rabique soit formé de deux substances distinctes et qu'à côté de celle qui est vivante, capable de pulluler dans le système nerveux, il y en ait une autre,

non vivante, ayant la faculté, quand elle est en proportion convenable, d'arrêter le développement de la première? J'examinerai expérimentalement dans une prochaine communication, avec toute l'attention qu'elle mérite, cette troisième interprétation de la méthode de prophylaxie de la rage que j'ai exposée tout à l'heure.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer en terminant que la plus sérieuse des questions à résoudre en ce moment est peut-être celle de l'intervalle à observer entre l'instant des morsures et celui où commence le traitement. Cet intervalle, pour Joseph Meister, a été de deux jours et demi.

Mais il faut s'attendre à ce qu'il soit souvent beaucoup plus long.

Mardi dernier, 20 octobre 1885, avec l'assistance obligeante de MM. Vulpian et Grancher, j'ai dû commencer à traiter un jeune homme de quinze ans, mordu depuis six jours pleins à chacune des deux mains, dans des conditions exceptionnellement graves.

En effet, le 14 de ce mois, — il y a aujourd'hui douze jours, — ce jeune garçon, nommé Jean-Baptiste Jupire, était au milieu d'un groupe de petits bergers comme lui, lorsqu'il vit arriver sur eux un chien enragé. Il s'élance en avant, son fouet à la main, pour faire fuir l'animal; mais celui se jette sur lui et le mord cruellement à la main gauche. Avec un courage et une présence d'esprit des plus remarquables, notre jeune berger saisit de la main droite la mâchoire inférieure du chien, lui ouvre de force la gueule, dégage son pouce de la main gauche, et, sans lâcher l'animal contre lequel il lutte avec la plus grande énergie, parvient à le museler aussi fortement que possible avec la lanière de son fouet, et prenant un de ses sabots l'en frappe à coups redoublés jusqu'à ce qu'il l'étende raide mort à ses pieds, sauvant ainsi au péril de ses propres jours ses jeunes camarades d'une mort à laquelle, je l'espère, lui-même échappera comme Joseph Meister.

Je m'empresserai de faire connaître à l'Académie ce qui adviendra de cette nouvelle tentative.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 octobre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

Elle comprend une lettre de M. Desnos qui se porte candidat dans la section de thérapeutique.

— La parole est à M. Pasteur pour une communication.

COMMUNICATIONS

Prophylaxie de la rage. — M. PASTEUR fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 995.)

Après cette lecture qui est accueillie par les applaudissements de l'assemblée, **M. LE PRÉSIDENT** remercie M. Pasteur au nom de l'Académie.

M. J. GUÉRIN, tout en s'associant aux applaudissements qui viennent d'accueillir la relation des très belles expériences qu'on vient d'entendre, croit cependant devoir faire dès à présent quelques réserves qu'il développera plus tard, l'ordre du jour ne lui permettant pas de le faire en ce moment. Elles porteront sur trois points : 1° sur le point de vue théorique lui-même de ces expérimentations; 2° sur ce que, dans toutes ses relations, M. Pasteur se sert toujours du mot rage en général, sans spécifier à quelle espèce de rage on a eu affaire; 3° enfin sur ce qu'il voit bien dans la méthode de M. Pasteur un traitement préventif, mais nullement un traitement curatif de la rage une fois développée.

M. COLIN (d'Alfort) demande la parole pour adresser une question à M. Pasteur.

M. LE PRÉSIDENT, vu l'urgence de l'ordre du jour qui est très chargé et le comité secret qui doit avoir lieu à quatre heures et demie, invite M. Colin à remettre son interpellation à la séance prochaine, à l'occasion du procès-verbal.

Effets antithermiques de la thalline. — M. JACCOUD donne lecture d'un travail sur les effets antithermiques de la thalline, substance appartenant à la série des bases de quinoléine, étudiée cliniquement pour la première fois par Rudolf von Jacksch (de Vienne).

M. Jaccoud a donné la thalline sous forme de sulfate ou de tartrate, indifféremment, à 17 malades adultes, savoir : 6 cas de fièvre typhoïde (3 hommes et 3 femmes), 7 cas de tuberculose pulmonaire, 3 cas de pneumonie franche et 1 cas d'érysipèle de la face.

Les doses administrées ont varié de 10 centigrammes (minimum) à 1 gramme (maximum). Le mode d'administration a été toujours le même : le médicament a été pris en nature dans du pain azyme.

M. Jaccoud a fait porter ses études expérimentales sur les trois points suivants : 1° effets de la thalline sur la température; 2° effets sur la maladie; 3° effets sur le malade. Il a étudié ensuite ces effets comparativement avec ceux de l'antipyrine.

De cet examen, conduit des deux côtés suivant une méthode identique, il résulte pour M. Jaccoud que les sels de thalline doivent être préférés à l'antipyrine lorsqu'on juge à propos de recourir à ces agents.

Mais est-il vraiment utile de les employer? C'est là une autre question. La réponse est le terme logique de cet exposé.

Sans effet sur la maladie, sans autre effet sur le malade qu'une fatigue constante dont le degré seul varie, ces médicaments n'ont d'ailleurs aucune action sur le processus fébrile lui-même; tout dans leur mode d'action, et notamment la fugacité de leur effet, tend à établir qu'ils n'influencent que l'irradiation périphérique de la chaleur. Supposons que la courbe médicamenteuse depuis le début de l'administration embrasse une durée totale de six heures, il y en a trois ou quatre pour la descente, deux ou trois pour le retour au chiffre primitif; voilà le fait général. Il semble en vérité que ces remèdes n'agissent qu'en empêchant la température d'arriver jusqu'à l'aisselle avec un degré réel, exactement connu; ils provoquaient une forte contraction vasculaire à la périphérie; l'ischémie cessant avec la suppression de l'influence qui l'a causée, la chaleur envahit aussitôt les parties où elle avait été artificiellement réduite, et le thermomètre axillaire revient à son niveau initial. Ceci, bien entendu, à titre de simple hypothèse ou comparaison.

Peut-être cependant cette hypothèse mérite-t-elle quelque attention, en raison de l'exanthème spécial dont il a été question dans le détail des observations.

Quoi qu'il en soit de cette idée, il y a un fait certain, c'est que la réfrigération périphérique, ainsi produite, ne confère au malade aucun soulagement; loin de là, cette perturbation est pour lui une cause évidente de fatigue sans bénéfice durable; et alors je me demande où est l'avantage d'une pareille agression thérapeutique, dont l'effet est borné à une modification stérile et décevante dans l'irradiation de la chaleur.

Les effets singuliers de ce médicament ne sont qu'une espèce de trompe-l'œil; on joue ainsi avec la température périphérique du malade, mais en vérité on ne fait pas autre chose.

RAPPORT

Traitement du choléra par les injections intra-veineuses. — M. LE ROY DE MÉRICOURT fait un rapport sur la communication de M. Rouvier, médecin en chef de la marine au port de Toulon, relative aux *injections intra-veineuses de sérum artificiel dans le traitement de la période asphyxique du choléra.*

Après un historique complet de la question, M. le rapporteur fait connaître les résultats obtenus par M. Rouvier : sur 220 cholériques traités du 17 août au 20 septembre à l'hôpital de la marine, à Saint-Mandrier, il y a eu 58 décès, soit une mortalité de 26 p. 100. Sur ce nombre de 220 cholériques, 55 ont reçu une ou plusieurs injections intra-veineuses. Sur ces 55 malades, 37 ont succombé, soit une mortalité de 67 p. 100; 28 ont guéri, soit une proportion de guérisons de 33 p. 100. L'injection intra-vei-

neuse n'a été pratiquée que sur les cas les plus graves, alors que le collapsus asphyxique était complet.

Il est permis de conclure de cette statistique, ainsi que de celle de M. Hayem (30 p. 100 de guérisons), que les injections intraveineuses sont appelées à rendre d'incontestables services. Elles ne font courir aucun danger aux malades.

En effet, il a été pratiqué, en tout, à Saint-Mandrier, 81 injections; il a été introduit en une seule fois jusqu'à 2900 grammes de liquide, et jusqu'à 4900 grammes en vingt-quatre heures; jamais il n'a été observé le moindre accident.

M. Rouvier a adopté, sans modifications, la formule de sérum artificiel donnée par M. Hayem. Il s'est aussi basé sur ses indications pour les quantités à injecter. La température du liquide varie de 38 à 42 degrés. L'opération n'est pas plus difficile qu'une saignée. L'appareil instrumental est aussi simple que possible, aucun aide n'est nécessaire, aucun accident n'est à craindre.

Conclusions : remerciements à l'auteur.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Circulaire relative aux écoles de plein exercice et aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

— Du 4 octobre 1885. —

Monsieur le Recteur, j'ai l'honneur de vous adresser le texte des décrets en date du 25 juillet 1885, relatifs :

1° A la répartition des suppléants, à la détermination des fonctions des chefs des travaux et au cumul des fonctions de suppléant et de chef des travaux dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie ;

2° Au cumul des fonctions de suppléant et de chef des travaux dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie;

3° Aux conditions des concours pour les fonctions de suppléant et de chef des travaux dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

I

Le décret du 14 juillet 1875, portant réorganisation des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie, a attribué à ces écoles huit suppléants, répartis ainsi qu'il suit :

1 pour les chaires d'anatomie et de physiologie;
2 pour les chaires de médecine;
2 pour les chaires de chirurgie ;
1 pour les chaires d'accouchements et de gynécologie;
2 pour les chaires de sciences naturelles (botanique, zoologie, chimie, pharmacie).

Dans cette répartition, il n'a été tenu aucun compte particulier de l'enseignement de la physique, et les fonctions des suppléants attachés aux chaires de sciences naturelles n'ont pas été déterminées d'une manière suffisamment précise.

L'organisation des travaux pratiques, devenus obligatoires, nécessite cependant une plus large distribution de l'enseignement de la physique aux diverses catégories d'étudiants qui fréquentent les écoles de plein exercice. Pour atteindre ce but, il ne pouvait être question d'augmenter le nombre des suppléants; mais il a semblé qu'une attribution mieux entendue des enseignements confiés à ces fonctionnaires permettrait de donner satisfaction aux besoins qui m'ont été signalés, sans que, d'ailleurs, les autres branches d'enseignement eussent à en souffrir. Le décret de 1875 a créé un emploi spécial de suppléant pour les chaires d'accouchements et de gynécologie. Cette création est d'autant moins justifiée que les accouchements font partie de la chirurgie, et que deux suppléants sont affectés à ce dernier service. On a pu dès lors supprimer sans inconvénient le suppléant des chaires d'accouchements et de gynécologie et affecter l'emploi à l'enseignement de la physique et de la chimie. La répartition nouvelle qui résulte de cette décision fait l'objet de l'article 1er du décret.

Lors de l'organisation des écoles de plein exercice, il a été attribué à ces écoles deux chefs de travaux : un chef des travaux anatomiques et un chef des travaux chimiques. Les travaux de physiologie et les travaux de physique se trouvent ainsi sans direction officielle. L'article 2 du décret du 25 juillet comble cette lacune regrettable, en décidant qu'à l'avenir chaque école aura un chef des travaux anatomiques et physiologiques, et un chef des travaux chimiques et physiques.

L'article 3 du décret du 1er août 1883 a interdit dans les écoles de plein exercice le cumul des fonctions de suppléant et de chef des travaux. Ce cumul, sans limites, autorisé par l'ancienne organisation, avait en effet présenté des inconvénients; mais l'expérience a démontré que, là où il existait exceptionnellement, il présentait certains avantages. Il a été reconnu, par exemple, qu'il y avait tout intérêt à confier, le cas échéant, au suppléant d'anatomie et de physiologie les fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologiques, et au suppléant de physique et de chimie les fonctions de chef des travaux de physique et de chimie; il est constant que, dans les écoles de plein exercice, il est souvent difficile de trouver, en dehors des suppléants, des candidats capables de remplir convenablement les fonctions de chef des travaux. Le cumul ainsi autorisé et limité permettrait d'obtenir un meilleur recrutement du personnel des écoles et d'imprimer une direction plus sérieuse aux travaux pratiques, actuellement obligatoires.

Cette doctrine a été admise par le Conseil supérieur et consacrée par l'article 3 du décret. Il est bien entendu que, sauf les exceptions prévues par le décret du 1er août 1883, les fonctions de suppléant et de chef des travaux continueront à être données au concours.

La direction des travaux pratiques de physique et de chimie se trouve ainsi assurée; celle des travaux de micrographie, pour laquelle le Conseil supérieur n'a pas jugé nécessaire de créer un emploi spécial, est confiée par l'article 4 du décret au suppléant de la chaire d'histoire naturelle, sous l'autorité du professeur de cette chaire.

II

Les dispositions qui précèdent, relatives au cumul des fonctions de suppléant et de chef des travaux dans les écoles de plein exercice, sont appliquées, pour les mêmes motifs, aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie par le décret du 25 juillet 1885, également ci-joint.

III

Le décret du 1er août 1883, portant réorganisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et le décret du même jour relatif aux écoles de plein exercice, disposent que les concours pour les emplois de suppléant institués dans ces écoles auront lieu soit devant une faculté de médecine, soit devant une faculté mixte de médecine et de pharmacie, soit devant une école supérieure de pharmacie; ces décrets déterminent également les grades exigés des concurrents et fixent les cas où les suppléants peuvent être nommés, sans concours, par le ministre.

Le décret du 25 juillet 1885 complète ces dispositions en réglant les conditions des concours ainsi institués.

Les dispositions adoptées par le Conseil supérieur déjà mises à l'épreuve dans les concours ouverts depuis deux années, sont empruntées, pour la plupart, aux règlements antérieurs sur des concours analogues; elles sont réparties en trois titres distincts.

L'examen attentif des décrets de 1883 et 1885 montre que le Conseil supérieur, en établissant ces concours au siège des facultés et écoles supérieures, et en réglant ces épreuves avec tout le soin et les garanties désirables, s'est préoccupé d'assurer aux écoles de plein exercice et préparatoires un recrutement sérieux du personnel enseignant et de ses auxiliaires indispensables.

Le décret de 1885 est divisé en trois titres :

Le titre I contient les dispositions communes à tous les con-

cours, la constitution et les opérations des jurys, les conditions d'ouverture des concours, l'inscription des candidats, etc..... Il admet (art. 8), ce qui n'existait pas dans les règlements antérieurs, les candidats à se pourvoir, dans des conditions déterminées, contre les résultats d'un concours, à raison de violation des formes prescrites.

Le titre II détermine les justifications que doivent produire les candidats aux fonctions de suppléant et la catégorie de professeurs qui doivent composer le jury. Vous remarquerez que l'article 10 prévoit l'adjonction de deux professeurs de l'école où la vacance existe. Cette prescription n'est pas absolue; elle est subordonnée à l'allocation, par les municipalités intéressées, des frais de voyage et de séjour de ces professeurs dans les villes où sont ouverts les concours.

Les dispositions des titres précédents sont applicables aux concours pour les emplois de chef des travaux, qui font l'objet du titre III. Ces concours ont naturellement lieu devant l'école où l'emploi est vacant; les juges de ces concours sont désignés par le ministre parmi les professeurs titulaires de l'école et, suivant les circonstances, parmi les professeurs de la Faculté des sciences.

Enfin le décret contient en annexe le programme détaillé des différents concours.

Je vous prie de notifier ces trois décrets à MM. les doyens et directeurs de votre ressort académique et de veiller à leur exécution.

Recevez, monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre de l'instruction publique,
des beaux-arts et des cultes,
René Goblet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 octobre 1885, ont été nommés dans le cadre des pharmaciens de réserve :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens de première classe Heinbach, Mazaud, Maréchal, Dubreuilh, Welcker, Duboureau, Derone, Légallais, Marty, Paille, Homo, Reinaud, Mauduit, Ragoucy, Guitton, Laborde, Merlier, Rétière, Bressy et Labouverie.

— Par décret, en date du 25 octobre 1885, ont été nommés dans le cadre des médecins et pharmaciens de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Gendron, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Delefosse, Monguillem, Tissier, Seiler, Labbé, Suchard, Giraud, Barbé, Coudray, Gérente, Geffrier, Bougier, Tétard, Lanteirès, Bellan, Soller et Lucas de Crésantignes.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. Louismet, Bordanave, Vaillant, Viron, Maupin, Chapotot, Marq, Sonnié-Moret et Colomby.

— Par décision ministérielle, en date du 24 octobre 1885, M. Ebstein, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour le 77e d'infanterie; M. Bousquet, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a été désigné pour le 12e chasseurs.

— Par arrêté préfectoral, en date du 16 octobre 1885, Mlle Ribard, docteur en médecine de la Faculté de Paris, est chargée de visiter les écoles maternelles de la ville de Paris et de faire un rapport : 1° sur l'état actuel de l'hygiène de la vue dans ces écoles; 2° sur les mesures à prendre pour empêcher la propagation des maladies ophthalmiques dans ces établissements.

— La policlinique de chirurgie des femmes du docteur Berrut, rue de Bellechasse, 29, est ouverte du 1er novembre au 31 août de chaque année. Le jeudi, à neuf heures : leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte; à dix heures : consultations ouvertes aux auditeurs inscrits.

La première leçon aura lieu le jeudi 5 novembre 1885.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18514.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sur certains accidents paralytiques des vieillards. Leur pathogénie et leurs rapports probables avec l'urémie.

Il est peu de questions de pathogénie qui aient été plus étudiées et plus souvent soulevées, dans ces dernières années, que celle de l'urémie, de son mécanisme et de ses effets. Il en est peu aussi qui aient été le sujet de plus de controverses et l'objet d'expérimentations plus contradictoires dans leurs résultats. Nous n'entreprendrons pas de faire ici l'histoire de toutes les théories qui se sont succédé, des doutes et des incertitudes que chacune d'elles a laissés dans les esprits, après les avoir plus ou moins séduits. Nous nous bornerons à constater qu'aujourd'hui, sous la réserve de quelques points de théorie chimique restés encore obscurs, les cliniciens s'accordent assez généralement à admettre en fait l'intoxication urémique, son action convulsivante notamment et toutes ses conséquences pathologiques.

C'est sur l'une de ces conséquences, sur l'une des formes ou des manifestations symptomatiques les moins connues jusqu'à présent de l'urémie, la forme paralytique, que M. Raymond vient d'appeler l'attention dans un important mémoire dont nous allons résumer ici les points principaux.

M. Raymond a eu l'occasion d'observer, dans son service à l'hospice d'Ivry, un grand nombre de modalités de l'urémie. Il s'est attaché, de préférence, à deux types cliniques, dont l'un est assez rare pour que quelques auteurs en aient nié l'existence, le type d'urémie avec paralysie. Ce type, qui est exceptionnel, en effet, à l'âge adulte et dans le cours des néphrites aiguës, est, au contraire, assez fréquent, paraît-il, dans les néphrites chroniques chez les vieillards, pour que M. Raymond ait pu en recueillir un certain nombre d'observations, qui font la base des recherches que nous allons analyser.

M. Raymond divise les observations qu'il rapporte dans ce travail en trois catégories : un premier groupe a trait à des malades qui, sans prodromes apparents, sont subitement frappés d'une attaque d'apoplexie entraînant la mort subite ou bien à laquelle succède une paralysie à forme hémiplégique, qui persiste jusqu'à la mort. Le malade succombe sans convulsions et dans le coma; et l'on ne trouve, à l'autopsie, aucune lésion des centres nerveux pouvant expliquer l'hémiplégie.

Comme preuve qu'il s'agissait bien là de néphrite chronique et d'urémie, M. Raymond rappelle les principaux caractères cliniques observés et les lésions anatomiques constatées aux autopsies ; pour les premiers : malaises généraux ne pouvant être rapportés à aucune affection définie ; troubles de la sécrétion urinaire, polyurie avec albuminurie, faible densité de l'urine ; troubles circulatoires ; hypertrophie cardiaque, bruit de galop parfois, etc. ; pour les secondes, type rénal de la néphrite interstitielle du vieillard : reins petits, granuleux, presque toujours avec gros kystes; enveloppe rénale très adhérente ; enfin, au microscope, sclérose rénale diffuse, transformation fibreuse de la plupart des glomérules, artérite avancée dans tous les petits troncs, quelquefois athérome des gros vaisseaux, enfin dégénérescence granulo-graisseuse de l'épithélium des tubuli. A côté de ces lésions anciennes, il existait le plus souvent une poussée aiguë se traduisant par une prolifération de noyaux, une glomérulite intense, toutes lésions qui se rapportent à une néphrite mixte, à prédominance interstitielle, se rapprochant, par conséquent, du type de la néphrite sénile.

Le deuxième groupe, ou la deuxième série d'observations, a trait à des malades chez lesquels on n'avait relevé, avant l'attaque apoplectique, aucun phénomène nerveux, et l'on constatait, aussitôt après la disparition de la résolution initiale, l'apparition d'une hémiplégie flasque, complète ou partielle. On a observé également, à côté de troubles sensitifs localisés, des contractures du bras ou de la jambe, sans parler des convulsions généralisées qui rentrent dans le cadre des faits déjà connus.

Dans ces observations, au nombre de six, on voit des malades chez lesquels il n'existe pas de symptômes initiaux, à part quelques prodromes vagues signalés chez quelques-uns ; puis subitement, sans transition, est survenue une attaque apoplectique de durée variable, à laquelle a succédé un retour plus ou moins franc pendant lequel on a constaté une hémiplégie flasque ou avec contracture.

Tantôt cette hémiplégie était totale, tantôt elle n'envahissait que les membres et la face, d'autres fois elle était localisée aux membres seulement. On a observé aussi chez quelques malades de l'hémianesthésie partielle ou totale.

Ces symptômes auraient pu être rapportés évidemment à une hémorrhagie cérébrale. Cependant, à l'autopsie, on n'a trouvé dans aucun cas ni foyer d'hémorrhagie ou de ramollissement, ni dans le cerveau, ni dans le bulbe, ni dans la protubérance. Il n'y avait ni embolie des petits vaisseaux, ni thrombose. Au lieu du vaste foyer hémorrhagique avec inondation ventriculaire, que pouvait faire soupçonner la contracture primitive, on n'a rencontré que de l'hydrocéphalie ventriculaire, un état œdémateux de la substance cérébrale, une anémie marquée des centres et de l'écorce.

D'un autre côté, il a été constaté chez tous ces sujets une lésion du rein : petit rein granuleux et contracté, dans lequel l'examen histologique a fait reconnaître l'existence des lésions vulgaires de la néphrite chronique, à forme mixte, mais à tendance surtout interstitielle. Il existait aussi, chez la plupart, une poussée aiguë de néphrite, à côté des lésions interstitielles de date ancienne.

La troisième catégorie comprend des observations presque en tout semblables aux précédentes, n'en différant qu'en ce point essentiel qu'on trouve une lésion antérieure qui explique, en partie, la localisation de l'hémiplégie d'un seul côté.

Cette troisième série présente, en outre, cette particularité intéressante, que la paralysie s'est accompagnée, après un certain temps, de convulsions et de contractures également limitées. La dernière observation prouve de plus le rapport entre les troubles rénaux et les symptômes cérébraux, le rétablissement de la fonction urinaire et l'amélioration de l'albuminurie ayant marqué le déclin des phénomènes paralytiques ou convulsifs.

Ainsi, dans ce troisième groupe de faits, il s'agit de malades chez lesquels, sous l'influence d'une lésion ancienne du cerveau, lésion guérie ou suppléée, on voit reparaître tout à coup, sans nouvelle hémorrhagie, sans nouveau foyer de ramollissement, tous les symptômes qui avaient constitué la première attaque.

Le seul changement survenu dans ces cas-là, c'est l'infiltration œdémateuse du cerveau, incontestablement liée à l'état de dégénérescence granuleuse du rein, accusée pendant la vie par l'albuminurie. La réapparition de l'ancienne paralysie n'était ici qu'un épiphénomène de l'état dyscrasique produit par la lésion rénale.

De l'analyse de ces trois ordres de faits, dans laquelle M. Raymond a donné une preuve de plus de sa sagacité analytique et du soin minutieux qu'il apporte dans toutes ses études cliniques et anatomo-pathologiques, il a tiré les conclusions suivantes qui nous paraissent devoir être admises.

Il peut survenir et il survient quelquefois, chez les vieillards, des attaques apoplectiques, auxquelles succèdent, lorsqu'elles ne sont pas promptement mortelles, des hémiplégies flasques affectant tous les caractères des hémiplégies produites par un ramollissement ou par une hémorrhagie cérébrale, et à la suite desquelles on ne trouve, à l'autopsie, aucune de ces lésions. Ces hémiplégies sont liées à un état urémique dépendant d'une lésion rénale ancienne. On ne trouve, dans ces cas-là, avec cette lésion rénale, qu'un simple œdème généralisé du cerveau.

C'est cet état œdémateux de la substance cérébrale et l'hydropisie ventriculaire qui sont les facteurs principaux de ces paralysies.

Le diagnostic différentiel est sinon impossible, du moins très difficile. On devra cependant penser à l'urémie toutes les fois que l'on constatera l'existence de quelques-uns des symptômes prémonitoires suivants : vertiges, éblouissements, troubles gastriques, existence d'un œdème pulmonaire et de quelques œdèmes partiels localisés, enfin présence de l'albumine dans les urines.

Ces phénomènes paralytiques sont parfois sous la dépendance d'une lésion ancienne. C'est soit en réveillant cette lésion ancienne, soit en créant entre les deux hémisphères des différences d'activité fonctionnelle, que l'œdème cérébral amène cette paralysie.

Ce dernier point n'était jusque-là qu'une interprétation physiologique ou une simple hypothèse. M. Raymond a pensé qu'il ne serait peut-être pas impossible de la justifier par l'expérimentation sur les animaux. C'est ce qu'il a fait. Voici en peu de mots le résultat de l'étude expérimentale à laquelle il s'est livré à ce sujet.

De ces expériences, qu'il serait trop long de rapporter ici, il ressort ce fait principal qu'on peut, chez un animal, faire reparaître, à volonté, des parésies limitées primitivement, dues à une lésion cérébrale, en déterminant, dans les parties chargées de la suppléance, un œdème localisé et une anoxyhémie un peu intense, œdème et anoxyhémie étant les deux facteurs supposés de la production de phénomènes identiques chez les brightiques. Ainsi serait justifiée l'hypothèse énoncée plus haut par M. Raymond.

Ajoutons que les faits sur lesquels notre savant confrère vient d'appeler notre attention semblent donner la clef de ces cas obscurs et inexplicables jusque-là d'hémiplégies sans lésion cérébrale. Peut-être, comme il le dit avec une grande apparence de fondement, de semblables complexus rentrent-ils dans le cadre de ceux dont il vient d'être question.

Traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses, combinées avec les préparations mercurielles et iodiques (1).

Dans les premières années de sa pratique thermale à Luchon, Lambron se conforma, dans le traitement des syphilitiques, à la méthode qu'il y trouva instituée par ses prédécesseurs Fontan et Pégot, et qui consistait à administrer, conjointement avec les eaux, mais à des heures différentes et plus ou moins éloignées de la prise de la boisson, la plupart des préparations mercurielles anciennes ou nouvelles, alors en usage : proto-iodure de mercure, pilules mercurielles de Belloste ou de Sédillot, frictions mercurielles, etc. Mais il ne tarda pas à remarquer que, si la salivation était un fait rare, grâce probablement à l'effet des eaux, on n'observait pas moins assez fréquemment d'autres mauvais effets du mercure : irritation des gencives, maux d'estomac, coliques, embarras gastrique, etc. De plus, il remarqua que souvent les modifications curatives des accidents syphilitiques, et finalement leur disparition, se faisaient assez longtemps attendre. De cette double constatation à l'idée de chercher un autre mode de traitement à la fois moins offensif et plus efficace, il n'y avait qu'un pas. Se fondant sur ce que les eaux et les agents mercuriaux, administrés séparément et à des moments plus ou moins éloignés, ne devaient se rencontrer que rarement dans les organes digestifs, d'où des combinaisons chimico-physiologiques variables et des effets thérapeutiques incertains,

(1) Voir la Revue clinique du samedi 24 octobre.

il était donc rationnel de penser qu'on obtiendrait des résultats meilleurs et plus fixes, en faisant prendre ces deux agents tout combinés, c'est-à-dire en mettant dans la boisson sulfureuse les préparations mercurielles incorporées à du sirop, de telle sorte qu'elles arrivassent ainsi dans l'estomac, toutes préparées à une plus facile digestion, puis à une plus complète assimilation. C'est ce que fit Lambron.

Les résultats que lui donna ce nouveau mode de traitement furent des plus satisfaisants, au point de pouvoir arriver, en procédant graduellement, à faire prendre chaque jour, sans la moindre fatigue, des doses considérables de deutochlorure d'hydrargire, 0,15 centigrammes, par exemple.

Lambron ne faisait aucune difficulté d'avouer que la réussite de sa tentative était due à un hasard heureux, à ce qu'il administra, de prime abord, du bichlorure d'hydrargire incorporé à du sirop de salsepareille, préparé avec de l'extrait de cette plante obtenu par un bon procédé.

Quoi qu'il en soit, voici en quels termes Lambron a formulé les indications générales du traitement double (sulfuro-hydrargirique) et du traitement triple (sulfuro-hydrargiro-ioduré) ou grand traitement.

Dans toutes les syphilis secondaires, le mercure étant l'agent le plus curatif, il convient d'administrer uniquement le traitement double, mercure associé aux sulfureux. On renvoie après la cure thermale, pour donner, s'il y a lieu, de l'iodure de potassium durant quelques mois, comme favorisant la nutrition et la réparation des désordres ou l'expulsion du virus.

Dans les syphilis tertiaires, l'agent le plus efficace étant l'iodure de potassium, c'est ce dernier médicament qui doit former la base du traitement. Mais comme l'expérience prouve que, si ce sel agit, en effet, en faisant disparaître les accidents hyperplasiques de cette période, le mercure n'en conserve pas moins son action plus directe sur le virus, c'est par l'association de ces deux médicaments avec l'eau sulfureuse qu'est constitué le grand traitement.

Dans les syphilis quaternaires, celles où le virus est éteint et où l'on ne se trouve plus qu'en présence d'accidents entretenus par une constitution profondément altérée, on peut se contenter d'administrer l'iodure de potassium seul.

Voici maintenant quelles sont les conditions d'une bonne administration de ces trois modes de traitement :

Mode d'emploi du traitement double (sulfuro-hydrargirique). — On associe les deux agents médicamenteux en incorporant préalablement le bichlorure à du sirop de salsepareille fait avec l'extrait de cette plante et en versant dans l'eau minérale ; puis on fait passer le mélange à travers un filtre. On fait prendre le médicament ainsi préparé par cuillerée à bouche, matin et soir, dans un verre d'eau minérale (source du Pré n° 1 pour Luchon), bu une heure au moins avant le repas.

Lambron débutait communément par 0,30 à 0,40 centigrammes de bichlorure de mercure, ce qui représente 0,04 à 0,05 centigrammes par jour. Puis, augmentant la dose suivant la tolérance, il donnait successivement deux tiers, trois quarts d'un verre d'eau minérale, dans laquelle il faisait ajouter proportionnellement deux tiers, trois quarts d'une cuillerée à bouche de sirop composé. Le traitement devant être croissant, après chaque période de huit jours, la force du sirop était augmentée de 0,05 ou de 0,10 centigrammes de sel hydrargirique, et ainsi successivement et graduellement on mettait dans la même quantité de 350 grammes de sirop de salsepareille : 0,50, 0,60, 0,70, 0,80, 0,90, 1 gramme, 1gr,10, enfin 1gr,20 de sublimé. On arrivait ainsi à donner jusqu'à 15 centigrammes de sublimé par jour.

Mais la cure ne consistait pas uniquement dans l'administration de la boisson sulfureuse, additionnée de doses plus ou moins élevées de bichlorure de mercure. Lambron y joignit l'emploi des bains, ni trop chauds, ni trop prolongés, et avec l'eau des sources douces, moyennement ou faiblement sulfureuses, à 35 degrés centigrades, et d'une demi-heure au plus de durée, parfois même de vingt minutes seulement.

La durée du traitement était en moyenne de huit à dix semaines.

Mode d'emploi du traitement triple, ou grand traitement. — On donne d'abord comme ci-dessus le sirop de salsepareille et d'hydrargire versé dans le verre de boisson minérale, selon les prescriptions susindiquées ; puis on fait prendre l'iodure de potassium séparément et à une distance d'environ deux heures de cette boisson, — également en deux doses, une au moment de déjeuner, l'autre au moment de dîner.

L'iodure de potassium est dissous tout simplement dans de l'eau distillée ou incorporé à du sirop, et plus spécialement à du sirop d'écorce d'oranges amères. Il est donné à doses croissantes, de huit en huit jours, comme pour le bichlorure de mercure. On débute ordinairement par 1 gramme par jour, soit 8 grammes de ce sel mêlé à 350 grammes de sirop ou à 300 grammes d'eau distillée. Tous les huit jours, et selon la tolérance des malades, on en élève la dose de 4 grammes, ce qui forme une augmentation de 50 centigrammes d'iodure par jour pour chacune de ces périodes. On s'arrête à la dose qui commence à fatiguer.

La durée du traitement triple varie suivant les mêmes causes que celles qui font varier la durée du traitement double. Il doit être un peu plus prolongé cependant, à raison de la plus grande ancienneté de la maladie.

Enfin le traitement par les eaux sulfureuses et l'iodure de potassium seul, spécialement applicable aux syphilis quaternaires ou parenchymateuses, a pour objet de prolonger la cure dans les syphilis rebelles. Il est opportun de le donner dans l'intervalle d'un premier traitement triple et d'un second.

Les doses et le mode d'administration de l'iodure sont les mêmes que ci-dessus. Ce dernier traitement doit être très prolongé; une cure radicale ne s'obtient guère que par un traitement employé pendant au moins deux années. Lambron prescrivait en conséquence à ses syphilitiques quaternaires de faire, pendant deux années de suite, une saison de deux à trois mois à Luchon, où il leur faisait prendre, en même temps que l'iodure, les eaux en boisson et en bains ; puis à la suite de ces saisons, les malades devaient continuer l'usage de l'iodure de potassium, aux doses tolérées, en les prenant aux repas et en ayant soin, de temps en temps, tous les quinze à vingt jours, par exemple, d'en suspendre l'usage pendant trois ou quatre jours. Il recommandait, enfin, pour assurer l'efficacité en même temps que l'innocuité de cette médication, les précautions suivantes : 1° se procurer de l'iodure de potassium très pur ; 2° donner la préférence à l'iodure de potassium neutre ; 3° prendre ces doses au commencement de chaque repas.

THÉRAPEUTIQUE

Nouveau traitement local de l'eczéma et de quelques autres affections cutanées.

Par M. le docteur Gécé.

Connaissant par expérience les difficultés que les praticiens rencontrent si souvent dans le traitement local des affections cutanées, j'ai cherché à réaliser en un pansement unique les diverses conditions qui paraissent le mieux réussir dans certains cas très fréquents; et pouvant m'appuyer aujourd'hui sur de nombreux faits, je viens soumettre à mes confrères le procédé que j'emploie.

Je me suis attaché au traitement local pour plusieurs raisons.

Le traitement général n'est pas celui qui embarrasse d'habitude, et comme il est sujet à variations, il est bon que chacun le détermine suivant le cas et suivant le malade.

Le traitement local, tout en restant difficile dans sa forme, peut se généraliser davantage, en raison des ressemblances qui existent dans les lésions anatomiques. Il est en outre considéré par bon nombre d'excellents esprits, comme le plus actif et le plus rapide; pour Hébra même, c'est le seul véritablement utile. Nous en voyons chaque jour des exemples dans la couperose et dans l'acné, dans le lupus, le psoriasis, l'eczéma. Et le traitement général lui-même n'agit fréquemment que d'une façon simplement locale. Ainsi, l'arsenic, si souvent indiqué, ne modifie la maladie qu'en s'éliminant par la peau. Mais ce traitement local est toujours resté et reste encore incertain, malgré les progrès accomplis.

On a commencé par supprimer les corps gras, les pommades, etc. Puis on a cherché par divers tours de mains ingénieux à isoler la surface malade des agents extérieurs, tout en y maintenant divers topiques. Le caoutchouc, la gutta, la traumaticine, la gélatine, le collodion, ont été tour à tour employés dans ce but.

Mais il faut bien avouer que ces divers moyens ne sont guère applicables qu'à l'hôpital, ou tout au moins ils obligent le malade à garder la chambre, uniquement à cause de son pansement, ce qui est une cause trop fréquente d'irrégularité dans le traitement et, partant, une cause d'insuccès.

Ayant obtenu avec un nouveau produit, l'ichtyol, que nous a fait connaître le docteur Unna (de Hambourg), des résultats qu'aucun autre agent ne m'avait encore donnés, j'ai cherché à combiner l'emploi de ce médicament avec un pansement qui fût à la fois permanent, isolant, facile à appliquer par le malade lui-même, et facile à conserver sans nuire à ses occupations habituelles.

J'y suis arrivé au moyen d'une *pellicule* médicamenteuse, — sorte d'épiderme artificiel, — très résistante et très souple en même temps, qui adhère parfaitement sans aucun bandage, qui s'applique en l'humectant simplement avec de l'eau chaude (35 à 40 degrés), et qu'il suffit de renouveler tous les trois ou quatre jours.

On voit à première vue tous les avantages qui ressortent de cette application topique si simple. Quant aux résultats pratiques, les voici :

Dans l'eczéma aigu, mais seulement celui à forme humide, dans toutes les variétés d'eczémas chroniques, notamment l'eczéma des membres inférieurs, où la pellicule, appliquée en bandelettes imbriquées, donne une compression méthodique très favorable, dans le prurigo, dans le lichen, on observera dès la première application un changement des plus favorables. Les démangeaisons cessent immédiatement, les sécrétions se modifient et disparaissent, et à chaque renouvellement du pansement on voit en quelque sorte marcher la guérison.

Dans le psoriasis, les premiers essais ont paru favorables, mais c'est une expérience à poursuivre.

Les faits dont je parle n'ont pas été observés par moi seul; ils ont été confirmés par les observations d'un nombre déjà considérable de médecins, et c'est ce qui m'a décidé à les faire connaître, bien certain aujourd'hui que les praticiens trouveront dans l'emploi de cette pellicule une ressource qui pourra leur rendre les plus grands services.

J'ai déjà indiqué incidemment le mode d'emploi.

On taille dans cette pellicule, qui est en rouleau, un morceau approprié à la partie sur laquelle on doit l'appliquer, uni ou découpé sur les bords, ou bien en bandes ou bandelettes, selon l'indication.

On l'humecte en la laissant surnager un instant sur de l'eau chaude dont la température pourra être supportée par la main. On applique en tamponnant, et en quelques minutes la pellicule fait corps en quelque sorte avec la peau.

Après le second jour, l'action commence à s'épuiser. Il est donc des cas où l'on fera bien de renouveler la pellicule sans plus attendre. Et si l'on éprouve quelques difficultés pour l'enlever, — sur les parties couvertes de poils, par exemple, — il suffira de détacher un angle avec de l'eau chaude, et d'humecter les deux faces en tirant légèrement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 octobre 1885. — Présidence de M. Duplay.

COMMUNICATIONS

Arthrite blennorrhagique. — M. HORTELOUP fait un rapport sur une communication de M. Bousquet, relative à deux observations d'arthrite blennorrhagique. Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans qui, dans le cours d'une blennorrhagie, est pris d'une douleur vive au niveau de l'articulation sterno-claviculaire du côté gauche. Il y a, en ce point, de la tuméfaction, de la rougeur et de la chaleur; la douleur est notablement exagérée par les mouvements. Quelque temps après, le malade semblait en voie de guérison, quand il fut pris de douleurs analogues successivement dans les deux articulations coxo-fémorales; puis survint une nouvelle poussée à l'articulation sterno-claviculaire. M. Bousquet appliqua à ce niveau des pointes de feu avec le thermo-cautère. La blennorrhagie fut guérie par quelques instillations de nitrate d'argent, et le malade quitta l'hôpital, peu de temps après, complètement guéri.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de vingt-sept ans, ayant une blennorrhagie qui durait depuis un mois, quand il fut pris d'une douleur vive au niveau de la région sterno-claviculaire, douleur avec rougeur, chaleur et fluctuation. Une incision faite en ce point amena une cuillerée de pus dans lequel on reconnut la présence du microbe de la blennorrhagie. Ces faits sont de curieux exemples d'arthrites blennorrhagiques et viennent confirmer cette opinion, récemment émise encore par M. Bouchard, à savoir que les arthrites blennorrhagiques sont des arthrites infectieuses.

M. DESPRÉS rappelle que Cullerier déjà, bien avant la découverte des microbes, avait appelé l'attention sur ces arthrites ou ces rhumatismes blennorrhagiques. Il faut aussi tenir compte de ce fait que, dans ces cas, il s'agit souvent de rhumatisme antérieur réveillé par la blennorrhagie.

M. HORTELOUP admet qu'un rhumatisant sera plus exposé à voir survenir ces arthrites dans le cours d'une blennorrhagie. Mais dans bien des cas, en particulier dans ceux qu'a communiqués M. Bousquet, il n'y avait jamais eu de rhumatismes antérieurement.

M. VERNEUIL rappelle que toutes les maladies infectieuses peuvent donner lieu à des manifestations articulaires.

M. HORTELOUP rapproche de ces faits l'exemple d'un enfant de huit ans, atteint de scarlatine, qui a présenté une épididymite et une vaginalite des mieux caractérisées.

Productions ostéophytiques à la suite des amputations. — **M. DUMÉNIL** (de Rouen) communique l'observation d'un homme de cinquante ans qui, le 16 février, entra dans son service pour une gangrène du membre inférieur. Cet homme n'était pas diabétique, mais il avait les artères athéromateuses. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, il avait subi un traumatisme qui avait

été suivi d'un léger sphacèle. Tout cela avait abouti à une gangrène de la moitié inférieure de la jambe, gangrène sèche et limitée. Le malade arrivait à la période cachectique. M. Duménil se décida à faire l'amputation de la jambe par la méthode circulaire. Bientôt la gangrène envahit la moitié inférieure de la manchette du moignon, et, le 18 mai, M. Duménil dut pratiquer l'amputation au tiers inférieur de la cuisse par la méthode sous-périostée, à lambeaux antérieurs. Le 20 juin, la cicatrisation était complète; puis survinrent des hémorrhagies qui nécessitèrent la ligature de l'artère fémorale. Le malade mourut deux mois après son amputation de cuisse. A l'autopsie, on trouva que l'extrémité du fémur était, en arrière, le siège d'ostéophytes très développés. M. Duménil se demande s'il ne doit pas attribuer la production de ces ostéophytes à la méthode sous-périostée. Il serait d'autant plus disposé à l'admettre qu'il n'a jamais vu cet accident se produire à la suite des amputations par les procédés ordinaires.

M. LE DENTU n'a vu chez l'adulte aucun cas comparable à celui dont vient de parler M. Duménil. Mais il croit que, chez les enfants, il faut éviter les amputations sous-périostées.

M. TRÉLAT est partisan de la conservation du manchon périostique, l'os étant bien mieux garanti par cette méthode. Dans le cas de M. Duménil, il croit que le périoste conservé n'est pour rien dans la production des ostéophytes.

M. VERNEUIL n'a jamais fait d'amputations avec conservation du périoste et il n'a jamais vu se former d'ostéophytes aussi volumineux que ceux que présente M. Duménil.

M. DESPRÉS fait observer que, dans les cas de gangrène du pied, il faut amputer la cuisse et ne pas recourir aux opérations parcimonieuses, toujours insuffisantes.

Étiologie du tétanos. — M. LARGER apporte un certain nombre de faits qui lui paraissent jeter quelque lumière sur l'étiologie si obscure, si complètement ignorée même, du tétanos. Voici d'abord le résumé de l'observation qui a servi de point de départ à ses recherches :

Une femme de cinquante ans fait une chute sur le sol d'une cour de ferme et se blesse le coude à nu et avec solution de continuité à la peau; quatre mois après, elle est atteinte de tétanos dont elle guérit lentement après traitement par le chloral, la morphine et le bromure de potassium.

M. Larger n'hésite pas à faire remonter la cause du tétanos à ce traumatisme, comparant la longue incubation du tétanos à celle de la rage, et en l'absence, dans l'espèce, de toutes autres causes, telles que : refroidissement, etc., habituellement invoquées pour expliquer le *tétanos spontané* dont l'existence ne lui paraît pas plus prouvée, dans nos climats, que ne l'est celle de la *rage spontanée*.

En recherchant les conditions dans lesquelles s'était produit ce cas de tétanos, unique de mémoire d'homme dans le village habité par la malade, M. Larger apprit qu'à la cour où celle-ci avait fait sa chute une écurie était attenante, et que dans cette écurie deux chevaux avaient été successivement atteints de tétanos! — Simples coïncidences, dira-t-on? — Soit, mais il faut avouer qu'elles sont pour le moins frappantes. Voici d'ailleurs d'autres faits justifiant pleinement tous les rapprochements possibles; M. Larger les divise en deux catégories, selon qu'ils se rapportent à l'*épidémicité* ou à la *contagiosité* du tétanos :

1° *Épidémicité.* — M. Larger cite cinq observations de tétanos survenus dans l'espace d'un an et demi dans un petit village de 500 âmes à peine, appelé Carrières-sous-Poissy, alors que ni antérieurement ni postérieurement d'autres cas de tétanos ne se montrent dans aucune des localités environnantes, contiguës même au village contaminé.

Il y a eu là, on ne saurait le nier, à moins que les mots n'aient plus leur sens, une véritable *épidémie* de tétanos parfaitement localisée.

De plus, ces cas s'étant déclarés indifféremment à toutes les saisons de la même année (avril, juillet, août, novembre, janvier), il n'y a pas lieu d'invoquer les influences atmosphériques — qui sont uniquement admises depuis Larrey — comme causes *essentielles* du tétanos; elles ne sont évidemment qu'*adjuvantes*.

2° *Contagiosité.* — Le deuxième malade des cinq observés dans le village de Carrières entre à l'hôpital de Poissy, où il séjourne pendant environ cinq mois. Jamais, avant son entrée, il n'y a eu de tétanos, ni dans la ville de Poissy ni dans l'hôpital. Or, pendant la durée de ce séjour, il entre successivement deux habitants de Poissy, blessés dans la ville même, et qui sont reçus et soignés dans la même salle que le tétanique de Carrières. Ces deux malades contractent successivement le tétanos et meurent rapidement l'un et l'autre. Quant au tétanique de Carrières, il sort guéri de l'hôpital, après le décès de ces deux malades. Depuis lors, l'hôpital de Poissy n'a pas présenté un seul cas de tétanos; dans la ville de Poissy même, il n'y en a jamais eu, à aucun moment, ni avant ni pendant ni après les cas de l'hôpital; on est donc autorisé à conclure à la *contagion* dans l'espèce.

On a signalé (Arloing et Tripier, Théophile Anger) de petites épidémies d'hôpital, et même d'une seule salle d'hôpital, mais jamais le tétanos ne s'y est implanté, n'y est devenu *endémique*. Dans l'épidémie de l'hôpital de Poissy, le tétanos ne s'est pas montré dans l'intervalle de trois mois qui a séparé le décès du premier malade venu de Carrières et l'entrée du deuxième, durant le traitement duquel deux cas se sont produits. De plus, le tétanos a disparu sans retour en même temps qu'est sorti le dernier tétanique. Il semble donc que le virus ne se conserve pas facilement dans la literie, le plancher ou les murs d'une salle d'hôpital.

Il n'en est pas de même quand les malades sont couchés immédiatement sur le sol, comme cela eut lieu à Metz en 1870, à l'ambulance du Saulcy, où le tétanos devint tellement persistant qu'il fallut évacuer l'hôpital.

A rapprocher de ce fait celui précité des deux chevaux qui moururent successivement dans la même écurie, à dix années d'intervalle!

D'un autre côté, les exemples cités tendent à établir que l'air n'est pas le véhicule du contage tétanique, puisque cette contagion ne s'est pas exercée, d'une part, de Carrières aux localités contiguës, et de l'autre, de la salle de chirurgie de l'hôpital de Poissy au reste de l'établissement ni à la ville.

Il faut en conclure que l'agent du tétanos réside probablement dans le sol où il trouve les conditions de son développement et de sa reproduction.

M. TERRIER rappelle que plusieurs vétérinaires, M. Nocard entre autres, ont fait de nombreuses expériences d'inoculation au point de vue du tétanos et que ces expériences ont toujours été négatives. Le tétanos est fréquent chez les animaux, surtout chez les chevaux, à la suite de la castration, par exemple. Cette opération, même dans les haras de l'État, est pratiquée sans aucune précaution antiseptique, de telle sorte qu'il arrive parfois qu'on voit plusieurs cas de tétanos se développer chez des chevaux venant de subir en même temps la castration. Mais il y a loin de ces faits à celui d'un virus tétanique. Toutes les expériences qui ont été faites à ce sujet tendent à prouver que le tétanos n'est pas une maladie inoculable, pas plus qu'une affection épidémique et contagieuse. Bien que la théorie de la contagion soit soutenue par plusieurs médecins et vétérinaires, la question reste entière, les expériences ayant toujours abouti, jusqu'ici, à des résultats négatifs. Quant aux faits de M. Larger, les dix ans de distance qui se sont écoulés entre les faits observés sur les chevaux et ceux observés sur les habitants, rendent bien douteuse la contagion.

M. POLAILLON a eu dans son service 3 malades atteints de tétanos en quelques jours. Un premier malade était mort du tétanos. Un homme couché dans le lit voisin de celui de ce malade ayant été atteint d'un vaste phlegmon, M. Polaillon fit une incision et, vingt-quatre heures après, cet homme mourait du tétanos. Un troisième malade, atteint de coxalgie suppurée, auquel M. Polaillon pratiqua la résection de la tête du fémur, mourut également en quelques heures du tétanos. A l'autopsie de ce dernier, M. Polaillon fit prendre un morceau du nerf médian et de la moelle, en fit une bouillie qu'il fit inoculer à des lapins. Ceux-ci restèrent bien portants. Donc s'il y a, dans le tétanos, un principe

contagieux, inoculable, il ne réside pas dans le système nerveux.

M. TERRIER fait observer que le lapin n'est pas susceptible d'avoir le tétanos. Il aurait fallu choisir le cheval.

M. DESPRÉS proteste énergiquement contre cette nouvelle théorie de la contagion du tétanos. La seule cause du tétanos est, selon lui, le froid. Il donne comme exemple les blessés de la guerre de 1870. Ceux de Sedan avaient le tétanos, ceux de l'armée de la Loire ne l'avaient pas; parce qu'à Sedan la température s'était abaissée brusquement, tandis que l'armée de la Loire avait une température constante. Ce sont donc les brusques refroidissements qui causent le tétanos.

M. LARGER fait observer qu'une expérience négative ne prouve rien. Il prend à témoin l'inoculabilité de la tuberculose qui n'est démontrée que depuis peu de temps. Il ajoute que les faits de M. Polaillon viennent bien à l'appui de l'idée de contagion. A M. Després, M. Larger répond que le tétanos a été observé surtout en juillet 1870, en pleines chaleurs, qu'en outre le tétanos est très fréquent à Bombay, à Saïgon où la température est constamment élevée.

M. TRÉLAT, tout disposé à admettre que le tétanos est une affection inoculable, fait observer cependant que jusqu'ici cette opinion n'est basée que sur des faits hypothétiques, n'est par conséquent nullement démontrée et qu'il faudrait, pour pouvoir l'admettre, un fait d'inoculation positive.

Chéloïde cicatricielle. — M. MONOD présente l'enfant qu'il a montré il y a trois mois à la Société et qui était atteint d'une chéloïde cicatricielle. Voilà cinq mois que cet enfant a été opéré et jusqu'ici il n'y a aucune trace de récidive.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Service de santé militaire (concours de 1885).

LISTE, PAR ORDRE DE MÉRITE,

des candidats nommés élèves du service de santé militaire, à la suite du concours d'admission, avec l'indication des hôpitaux auxquels ils sont affectés.

Candidats à quatre inscriptions. — MM. 1. Chabrut, Gros-Caillou; Schnitzler, Nancy; Deumier, Montpellier; Rouget, Gros-Caillou; Michaud, la Charité (de Lyon); Cousin, Lille; Pascaret, Saint-Martin; Paillot, la Charité (de Lyon); Friant et Vuillaume, Nancy.

11. Dodieau et Huguet, Gros-Caillou; Gremillon, Nancy; Franquet et Loustalot, Saint-Martin; Zumbiehl, Nancy; Glorget, le Dey (à Alger); Maturié, Bordeaux; Leclercq, Lille; Courtet, Gros-Caillou.

21. Lafaye, Bordeaux; Benoît, le Dey (à Alger); Gagey et Ferrand, Gros-Caillou; Larrieu, Toulouse; Frustin, Saint-Martin; Clair, la Charité (de Lyon); Thooris, Montpellier; Beaujean, Saint-Martin; Maré, Gros-Caillou.

31. Trouillet, la Charité (de Lyon); Durand, Toulouse; Bonnet, Gros-Caillou; Vigneron, Nancy; Foureur, Saint-Martin; Planel, Gros-Caillou; Chambaud, la Charité (de Lyon); Duprat, Bordeaux.

Candidats à huit inscriptions. — MM. 1. De Langenhagen, Nancy; Delaborde, Benoît et Rossignot, Saint-Martin; Sturel, Nancy; Tournier et Castaing, Gros-Caillou; de Guénin, Bordeaux; Donnadieu, Montpellier; Guillaume, Lille.

11. Dormand, la Charité (de Lyon); Caste, Toulouse; Faivre, Bordeaux; Ducurtil, Saint-Martin; Guirlet, Nancy; Rouchaud, Bordeaux; Arnavielhe, Montpellier; Lanusse-Tronssé, Toulouse; Armynot Du Châtelet, le Dey (à Alger); Barier, Gros-Caillou.

21. Lesur, Saint-Martin; Sire et Laborderie, Montpellier; Berger, la Charité (de Lyon); Archambaud, Saint-Martin; Lainé, Nancy; Couturier, Saint-Martin.

Candidats à douze inscriptions. — MM. 1. Faucillon, Saint-Martin; Guibbaud et Esprit, Gros-Caillou; Sicard, Bordeaux; Doucet, Gros-Caillou; Danjou, Saint-Martin.

Candidat à seize inscriptions. — M. Écot, Saint-Martin.

Ces élèves devront se présenter, le 10 novembre prochain, aux médecins-chefs des hôpitaux auxquels ils sont affectés.

CORRESPONDANCE

27 octobre 1885.

Monsieur le rédacteur en chef,

Je trouve ce matin dans la *Gazette des hôpitaux* le compte rendu d'une clinique de M. le professeur Trélat, dans laquelle mon collègue à la Charité a pris pour sujet d'un *éreintement en règle* (passez-moi le mot, je n'en trouve pas d'autre) l'observation d'un malade de mon service atteint d'*une occlusion intestinale qui aurait été absolument méconnue du vivant du malade*

J'ignore si M. Trélat s'est exprimé de cette façon; mais je ne puis comprendre comment il aurait pu supposer que l'occlusion ait été méconnue, alors que tous les signes de cette occlusion, y compris la suppression des évacuations des gaz, sont relatés dans l'observation. Quant au toucher rectal, je ne saurais dire s'il a été omis dans l'examen, comme il l'est dans l'observation; le fait remonte aux premiers jours de janvier; mais je vois encore, dans l'observation, qu'il m'avait été possible d'affirmer la présence d'une tumeur dans la dernière partie du gros intestin, tumeur probablement carcinomateuse d'après l'âge du malade et ses antécédents.

Il est dit plus loin dans le compte rendu que *le fait n'avait pas été observé comme il aurait dû l'être.* C'est possible, bien que ce ne soit pas mon avis; mais ce ne serait pas en tout cas la faute du médecin. Je me souviens parfaitement que devant ce cas, très grave et très évidemment complexe, j'ai cherché à m'assurer le concours de mes collègues de la chirurgie. L'un d'eux était déjà parti; l'autre n'était pas encore arrivé; j'ignore au juste pour quelle raison il fut impossible de se procurer l'assistance du chef de clinique. Je suis bien sûr que si l'un d'eux se fût trouvé là, j'aurais pu compter sur sa courtoisie en même temps que sur ses lumières. Mais l'observation de mon interne fait foi du désir que j'avais de faire pratiquer la laparotomie, ce qui exclut toute possibilité d'une erreur de diagnostic, aussi bien que toute idée de méfiance vis-à-vis du chirurgien. Je mets au défi qui que ce soit de trouver dans l'observation rien absolument qui puisse justifier le procès de tendance fait à ce sujet à mon interne. Nous n'avions, à ce moment, qu'un désir, celui de trouver un chirurgien à l'hôpital.

J'aurais dû, peut-être, faire passer d'urgence le malade en chirurgie. Si je n'en donnai pas l'ordre sur-le-champ, c'est que je crus avoir du temps devant moi. Le malade n'avait pas de vomissements fécaloïdes; son facies n'était nullement altéré, les yeux n'étaient pas excavés, etc. Je fus donc très surpris, je l'avoue, de trouver le lit vacant le lendemain. L'autopsie m'expliqua, en partie du moins, la cause qui m'avait fait errer dans le pronostic immédiat.

En outre de la tumeur cancéreuse du gros intestin (reconnue pendant la vie), il y avait une accumulation considérable de matières fécales (reconnue également pendant la vie), qui se trouvaient retenues dans le cæcum et dans le côlon ascendant par deux brides cicatricielles anciennes dont l'une s'insérait au hile du foie et l'autre au niveau de l'abouchement de l'intestin grêle dans le cæcum. Ce fait a donc son enseignement, en dehors du conseil très pratique que donne M. Trélat, en empruntant la langue des dieux, de fourrer le doigt dans l'anus des malades qui ne vont pas à la garde-robe. La rapidité de la mort, dans ce cas, me semble devoir être attribuée à la résorption des matières fécales retenues dans le gros intestin comme dans un sac fermé aux deux bouts, et des ptomaïnes qui s'y sont formées, bien plus qu'à la compli-

cation d'une péritonite par perforation, qui n'était qu'à peine ébauchée. L'absence des vomissements fécaloïdes, dans un cas pareil, loin d'être un signe temporisateur, n'est qu'une indication de plus à se hâter. L'absence même de ce qu'on a appelé le faciès abdominal ne signifie plus rien; et la rapidité de l'intoxication peut déjouer toute prévision.

J'aurais bien d'autres choses à ajouter, notamment en ce qui concerne les *petits remèdes* que j'ai prescrits à mon malade. Mais ce serait abuser de la patience du lecteur et je me borne à ce qu'il y a de plus indispensable dans ma rectification.

Veuillez agréer, etc.

Dr Féréol,

Médecin de l'hôpital de la Charité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Paris sera fermée lundi prochain 2 novembre 1885.

— Par décret, en date du 28 octobre 1885, M. Robert, médecin aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, a été promu au grade de médecin-major de deuxième classe, en remplacement de M. Albert Joly, décédé M. Robert est maintenu dans son emploi actuel.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Les concours de l'internat et de l'externat viennent de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Vincent, Binaud, Hedon, Maurange, Rolland et Nadier.

Internes provisoires. — MM. Larauza, Daraignez, Viéron, Médail, Audebert, Jarjavas, Barbière et Sudre.

Externes. — MM. Gaube, Kuzmerki, Saint-Hilaire, Barrère, mochou-Duvignau, Mendès, Raulin, Foux, Rouchaud, Borde, Lamarque, Noblot, Braque-Haye, Laffargue, Soulier, Semin, Faivre, Desmartin, Méniau, Garvette, de Coquet, Lespinasse et Senesse.

— *Faculté des sciences de Marseille.* — M. Hugueny, professeur de physique, est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1885.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Maloizel, médecin en chef honoraire de l'hospice de Fontainebleau, décédé dans cette ville, le 25 octobre 1885, à l'âge de soixante-neuf ans.

— La Société médicale des Bureaux de bienfaisance tiendra exceptionnellement sa prochaine séance, mercredi 4 novembre, à huit heures du soir, à l'administration de l'Assistance publique.

Ordre du jour : Lecture du rapport de la commission chargée d'étudier les relations supposées du service médical des bureaux de bienfaisance avec le service médical de nuit, à l'occasion du rapport de M. Desprès, inséré dans le *Bulletin municipal* du 13 octobre.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Charité, commencera un nouveau cours, le lundi 2 novembre, à huit heures du soir, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, 5.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques qu'exige journellement la profession médicale.

Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences.

Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition.

On s'inscrit chez le docteur Latteux, rue Jean-Lantier, 4, près le Châtelet, de une heure à deux heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18523.

N° 127. — MARDI 3 NOVEMBRE 1885. 58e ANNÉE. MARDI 3 NOVEMBRE 1885. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LANDOUZY.

Insuffisance aortique d'origine syphilitique.

Le malade dont je vais aujourd'hui vous entretenir est un homme de quarante ans, mécanicien, dont l'aspect extérieur ne présente rien de particulier au point de vue morbide. Il est entré, il y a deux mois, dans le service de M. Peter, pour des essoufflements.

Les troubles fonctionnels qu'il présentait alors sont à peu près les mêmes que ceux que nous constatons actuellement. Il me suffira donc de vous faire connaître ce que nous rencontrons chez lui aujourd'hui. Ce sont d'abord des battements prononcés dans la région carotidienne, derrière le sterno-mastoïdien, battements symétriques des deux côtés, à droite comme à gauche; un abaissement de la pointe du cœur dans le cinquième espace intercostal, et, au-dessus de ce point, une sensation de trille post-systolien, postérieur par conséquent au soulèvement carotidien.

A l'auscultation, on entend, ayant son maximum dans le troisième espace intercostal, au niveau de l'articulation costo-sternale, un souffle très prononcé, avec ses trois caractères bien marqués, c'est-à-dire un souffle strident, musical et vibrant comme une corde de basse. Ce souffle, enfin, très nettement *diastolique*, est le seul signe que nous relevions aujourd'hui à l'auscultation, tandis que, il y a quelques jours, nous entendions en plus un second souffle, lequel était, au contraire, très nettement *systolique*. Son existence avait été également constatée, à l'arrivée du malade à l'hôpital, par M. Peter et par M. Richardière, interne du service; mais, actuellement, il a complètement disparu, et nous ne trouvons absolument rien d'autre que le souffle diastolique que je viens de vous signaler. D'où nous concluons que cet homme est atteint d'une insuffisance aortique et peut-être bien aussi de rétrécissement, mais avec prédominance de la première lésion.

Cet homme n'a pas un facies spécial, pâle; le pouls n'est pas vibrant, il ne disparaît pas selon la position, il n'est pas typique, enfin, parce qu'il y a mélange de rétrécissement et d'insuffisance.

En résumé, donc, nous sommes en présence d'un malade atteint d'une insuffisance aortique par malformation organique des valvules de l'aorte, d'une affection aortique et non pas d'une affection du cœur, comme tous les livres sur la matière le disent à tort. Cet homme n'a pas une maladie du cœur, mais une maladie de l'aorte; il n'est pas un cardiopathe, mais un aortique; sa maladie n'a pas commencé et n'a pas marché jusqu'à présent comme une affection du cœur; plus tard peut-être deviendra-t-il un cardiopathe, je ne dis pas non, mais aujourd'hui il n'en est rien, aujourd'hui le cœur n'est pas envahi. Ce qui fait une maladie, c'est son évolution; or son mal, jusqu'à ce jour, n'a eu d'autre évolution que celle d'une aorte malade.

Cet homme a quarante ans, il est mécanicien, ses antécédents héréditaires sont nuls. A dix-neuf ans, il a eu un chancre infectant, suivi, au bout de quelque temps, de manifestations secondaires du côté de la gorge, traitées par la médication spécifique et guéries au bout de deux ans. Quelques années plus tard, à l'armée, il a eu un zona. Voilà tout son passé morbide; point de rhumatisme, point de paludisme, point d'alcoolisme, rien que la vérole et un zona. J'oubliais de signaler la formation, à la suite d'un traumatisme banal, il y a trois ans, d'une ulcération à la face interne de la jambe gauche, ulcération que le médecin qu'il a consulté aurait considérée comme variqueuse, bien que notre malade n'ait jamais eu aucune varice, et qui se compliqua d'autres petites ulcérations à la face externe de la même jambe. Bien que mal soignées, elles ont fini par se cicatriser. Ces ulcérations, véritables accidents tertiaires, n'étaient autre chose que la signature de la syphilis, dont les phénomènes secondaires s'étaient manifestés dix-sept ou dix-huit ans auparavant.

Cet homme, resté bien portant, ayant conservé sa vigueur ordinaire est, au mois de mai dernier, en train de scier une planche, lorsqu'il éprouve tout à coup une assez vive douleur dans la poitrine, suivie d'un malaise général, de gêne respiratoire et d'une hémoptysie presque immédiate. Deux jours après, il ne se ressent plus de rien et reprend son travail de mécanicien; cependant sa respiration est moins bonne. Néanmoins il reste quelque temps encore dans cet état, jusqu'au jour où, ennuyé de ne pouvoir respirer librement comme par le passé, il vient à la consultation de la Charité et entre dans le service de M. Peter.

Le diagnostic porté à cette époque a été celui d'insuffisance et de rétrécissement de l'aorte, produits par une déchirure valvulaire survenue à la suite d'un effort. C'est là aussi mon diagnostic. Mais, pour moi, cette insuffisance

s'est produite sur une aorte déjà malade, car un traumatisme ordinaire ne saurait déterminer pareil accident sur une aorte saine.

Donc l'aorte de cet homme était déjà adultérée; elle était le siège d'une aortite chronique, ne résultant pas cependant de quelque rhumatisme, puisque cet homme n'est pas un rhumatisant. D'ailleurs, l'insuffisance aortique ne va pas généralement avec le rhumatisme, ou très exceptionnellement; dans cette affection, la lésion que l'on rencontre, au contraire, plus ordinairement est l'insuffisance mitrale.

Nous ne pouvons pas non plus invoquer chez lui l'alcoolisme, c'est à peine s'il a fait, et rarement, quelques excès de boisson; nous ne pouvons pas non plus invoquer le paludisme, ni la variole, ni la scarlatine, ni la fièvre typhoïde, qui sont souvent le point de départ de l'aortite : il n'a jamais eu aucune de ces affections.

Ce qui a préparé chez lui l'aortite, c'est la syphilis, et sa maladie est une aortite syphilitique, une endartérite aortique d'origine syphilitique, c'est-à-dire un accident tertiaire, de sorte que le moindre trauma, le moindre effort ont déterminé une sigmoïdite aortique, une déchirure valvulaire.

La périartérite et l'artérite syphilitiques sont monnaie courante, et l'on sait les relations étroites qui existent entre la syphilis cérébrale et l'artérite syphilitique. L'histologie nous montre l'altération des parois artérielles; et le procédé mis en œuvre par la syphilis est tel qu'à tout moment de son évolution nous trouvons la périartérite et l'endartérite, ainsi que les plus nombreuses observations le démontrent.

Chez notre malade donc, il y a eu, de par sa syphilis, périartérite et endartérite de l'aorte, affections qui ont tout préparé pour que, au moindre trauma, au moindre effort, des accidents valvulaires se produisent, c'est-à-dire la déchirure des valvules et, par conséquent, l'insuffisance aortique. Notre homme est ainsi un syphilitique à localisations diverses et successives : chancre, plaques muqueuses de la gorge, ulcérations de la jambe, aortite et insuffisance, cette dernière apparaissant d'une façon criante à la faveur d'un effort.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel MOLLIÈRE.

Cancer de la vessie.

(Observation recueillie par M. MOUISSET, interne des hôpitaux.)

Cette observation montre qu'en dehors de la cystotomie suspubienne destinée à l'ablation des tumeurs de la vessie, on peut attaquer ces néoplasmes par la voie périnéale, et pratiquer ainsi une opération palliative qui ne fait pas courir de grands dangers au malade et lui procure un soulagement considérable. C'est à ce titre qu'elle nous a paru digne d'être publiée :

B..., âgé de soixante-dix ans, exerce la profession d'aiguiseur. Ce vieillard est envoyé à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic de calcul vésical probable. On ne trouve chez lui aucun antécédent, et il dit être malade depuis deux ans.

A cette époque, il ressentit, un matin, une vive douleur de reins, et quelques instants après, il urinait du sang. Cette première hématurie dura une semaine, et fut suivie d'autres accès semblables devenus de plus en plus fréquents.

Enfin, depuis deux mois, des douleurs éprouvées au niveau de la vessie ont obligé le malade de suspendre son travail.

Actuellement, cet homme est dans un état de cachexie extrême; il est très maigre, urine du sang, et, depuis quelques jours, se plaint de fortes démangeaisons dans la verge. Ces deux derniers symptômes semblent confirmer le diagnostic déjà porté : aussi, l'interrogatoire n'est pas poussé plus loin, et l'on fait coucher le malade sur le lit d'opération pour explorer la vessie. Le cathétérisme pratiqué avec la sonde de Mercier donne nettement la sensation d'un calcul.

Le lendemain, M. Mollière pratique la taille périnéale latéralisée et ne retire, par la plaie, que quelques fragments calcaires du volume d'une noisette. Il introduit alors un doigt dans la vessie, et trouve, sur la paroi antérieure de cet organe, une tumeur largement implantée, recouverte d'un dépôt de sels calcaires, qui avait donné pendant le cathétérisme la sensation d'un calcul.

A ce moment, on pouvait se demander s'il ne fallait pas faire au-dessus du pubis une incision, à travers laquelle on aurait enlevé la tumeur; mais celle-ci avait une base trop large pour tenter une pareille opération. D'autre part, le néoplasme présentait une surface irrégulière et une consistance assez faible, qui devaient permettre de l'attaquer autrement. M. Mollière introduisit de fortes pinces à travers l'incision périnéale, et agissant par arrachement et excision, il pratiqua l'abrasion aussi complète que possible de la tumeur, qu'il tenait fixée avec la main appliquée au-dessus du pubis.

Les fragments ainsi arrachés représentaient une masse du volume d'un œuf de poule; ils étaient composés d'un tissu grisâtre, ayant la consistance du caoutchouc, ils étaient infiltrés de concrétions calcaires. (L'examen microscopique, fait ultérieurement au laboratoire d'histologie, a montré qu'il s'agissait d'un cancer.) Enfin, on termina l'opération en plaçant dans la vessie un énorme drain, pour permettre l'écoulement de l'urine et les lavages antiseptiques, qui furent pratiqués tous les jours suivants avec la solution boriquée.

Au bout de quelques jours, le malade a commencé à uriner par la verge, et à la fin de la seconde semaine, on enlevait le drain. Des symptômes de cystite, survenus après l'opération, se sont peu à peu amendés. L'état général s'est progressivement amélioré.

Deux mois après l'opération, le malade quitte le service pour aller dans un asile de convalescents. Il ressent encore quelques douleurs ano-périnéales, que l'on calme avec des suppositoires belladonés, et qui ne sont pas comparables aux souffrances qu'il a endurées.

Son aspect a complètement changé; il mange bien et voit ses forces revenir tous les jours. Au périnée, il persiste encore une petite fistule insignifiante, à travers laquelle s'échappent quelques gouttes d'urine. Celle-ci ne contient plus trace de sang; elle est d'une coloration très claire et renferme de l'albumine. Enfin, par la palpation hypogastrique et par le toucher rectal, on ne sent pas de tumeur.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 31 octobre 1885. — Présidence de M. HANOT.

COMMUNICATIONS

Mouvements des muscles après la mort. — M. BROWN-SÉQUARD a étudié, à l'aide des graphiques, les mouvements des muscles cadavériques. Il a pu s'assurer, par cette méthode, de ce qui se passe isolément dans un seul muscle, et il a constaté que, même dans le moment où il paraît le moins animé de mouvements, le muscle d'un animal, après la mort, se livre à des écarts de contraction et de relâchement très notables. Par exemple, il a noté un raccourcissement de 2 millimètres et demi sur un muscle ne mesurant que 6 centimètres de longueur. Il n'est pas possible d'admettre, après cela, que la rigidité cadavérique soit la conséquence d'une coagulation quelconque dans le tissu musculaire.

Un effet de la galvanisation du pont de Varole. — M. **BROWN-SÉQUARD** communique également un fait unique qu'il a eu récemment l'occasion d'observer. Ayant galvanisé, chez un animal, le pont de Varole, à travers le cervelet, du côté gauche, il constata une inhibition du côté du diaphragme et de l'acte respiratoire du côté droit et une dynamogénie extraordinaire du côté gauche. M. Brown-Séquard ne comprend pas comment un mouvement aussi considérable puisse être produit par les muscles des côtes.

Influence du café sur le prurit nerveux. — M. **BROWN-SÉQUARD** a eu plusieurs fois l'occasion d'observer que l'usage du café donnait lieu parfois à un prurit des plus pénibles. Il cite l'exemple d'une dame qui, chaque fois qu'elle prend du café pendant plusieurs jours, est atteinte d'un prurit vulvaire des plus intenses. Quand elle cesse le café, le prurit disparaît complètement après quelques jours. Un homme, aujourd'hui âgé de plus de soixante ans, qui, il y a quarante ans, vivait dans les conditions hygiéniques les plus déplorables, au milieu des miasmes d'un laboratoire rempli de cadavres d'animaux, ne se nourrissant que de pain et de café noir, afin de faire des économies pour pouvoir acheter des animaux à expériences, a été pris à cette époque d'un prurit anal des plus terribles et qui n'a cessé qu'après que cet homme eut complètement abandonné le café. Chaque fois qu'il l'a repris, le prurit a reparu.

Destruction d'une partie du cerveau chez un singe. — M. **DUPUY** a, chez un singe, détruit par la cautérisation ignée tous les centres moteurs d'un côté du cerveau, et cette immense brûlure n'a donné lieu qu'à une paralysie du bras, de l'avant-bras et de la jambe, à une perte de sensibilité des deux côtés, à une altération du sens musculaire et à un trouble de la vision. Ce singe ne voyait pas les objets placés près de lui; il ne les voyait que quand ils étaient au delà d'une certaine limite.

Influence des lésions nerveuses sur la marche des insectes. — M. **DUBOIS** présente les tracés graphiques au moyen desquels il a étudié les modifications imprimées à la marche des insectes par les lésions provoquées expérimentalement sur les diverses parties des centres nerveux. Ce travail lui a permis de signaler divers faits nouveaux et d'interpréter des résultats déjà connus, mais sur la signification desquels les auteurs n'étaient pas d'accord. M. Dubois établit, entre autres choses, que le mouvement de rotation, imprimé à l'insecte par la lésion d'un des ganglions cérébroïdes, n'est pas, comme on l'a prétendu, le résultat d'un acte psychique dont le point de départ se trouverait dans les organes cérébroïdes, non plus que le résultat de la douleur provoquée *in situ* par la lésion, et qui porterait l'animal à « fuir sa lésion » en le faisant tourner en sens opposé.

En effet, après avoir provoqué la lésion d'un des ganglions cérébroïdes déterminant le mouvement de rotation en sens opposé, par un mécanisme que les tracés permettent seuls d'expliquer, M. Dubois enlève complètement la tête avec le point lésé nécessairement. Malgré cela l'insecte (pyrophore, dytique, ou autres coléoptères) continue à exécuter le mouvement de rotation que lui a imprimé la lésion du ganglion cérébroïde, alors même que celui-ci est séparé du reste du corps. Le célèbre adage : *Causa sublata, tollitur effectus* n'est plus vrai. L'impression transmise par le cerveau de l'insecte est conservée dans les parties auxquelles elle a été communiquée, et l'ordre donné continue à être exécuté, alors que l'organe d'où cet ordre est parti n'existe plus.

Il y a là un fait de mémoire locale dont la découverte peut avoir un grand intérêt, car cette propriété n'est pas bornée aux coléoptères.

M. Dubois a fait des expériences sur les anguilles et a constaté le même phénomène.

M. **BROWN-SÉQUARD** dit qu'il a observé chez des animaux supérieurs, chiens, chats, un mouvement de giration après l'ablation de la tête, mais ces observations n'ont pas été publiées.

M. **DUBOIS** répond qu'il a, de son côté, fait des expériences sur des oiseaux, mais qu'elles ne sont pas assez concluantes, et que le procédé opératoire qu'il a employé sera modifié dans les expériences en cours d'exécution.

Recherches expérimentales sur la greffe tendineuse et la régénération des tendons. — M. **ASSAKI**, en son nom et au nom de M. Fargin, fait connaître les résultats de ces recherches.

Dans leurs expériences, faites au laboratoire de M. Duplay, ils ont transplanté des portions de tendon sur des animaux d'espèces différentes : de mouton à lapin, de chien à lapin, de lapin à chien. Ces greffes se sont réunies par première intention. Cherchant à étendre leurs expériences, ils ont greffé des tendons provenant d'oiseaux à des mammifères : de poulet à lapin, de canard à lapin, de dindon à lapin, de lapin à poulet. Les tendons ainsi greffés, cicatrisés par première intention, conservaient leur motilité et leur résistance normales. Ils croient que ces faits sont de nature à engager les chirurgiens à recourir à la greffe animale dans les cas où la suture tendineuse simple est impossible.

Ils ont vu, en outre, que les tresses de catgut interposées aux deux bouts sectionnés facilitaient le travail de réparation.

Pathogénie des kystes dits folliculaires du maxillaire. — M. **MALASSEZ** rappelle que Broca admettait trois espèces de ces kystes, les kystes simples, les kystes odontoplastiques et les kystes dentaires, selon qu'ils s'étaient formés à une période où il n'y a pas encore trace de dent (kystes simples), à une période où il y a déjà une production dentaire (kystes odontoplastiques), ou enfin à une période où la dent est complètement formée (kystes dentaires). M. Malassez croit pouvoir conclure des recherches qu'il a faites sur la production de ces kystes qu'ils proviennent simplement de la transformation des masses épithéliales.

Mensuration de la courbure de la cornée. — M. **JAVAL** a institué une statistique de mensurations de courbure de la cornée, à l'aide de laquelle il est facile de démontrer qu'il existe une proportionnalité très exacte entre la taille de la personne et le rayon de courbure de sa cornée.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

LVII

La ville de Saint-Sever offre deux monuments remarquables : un édifice religieux du style roman le plus pur, vaste et majestueuse basilique qui fut heureusement préservée du vandalisme révolutionnaire, et, dans cette église, des orgues construites par le célèbre facteur dom Bedos de Calles, vers 1765; ces orgues sont devenues une propriété communale.

Le coteau sur lequel s'élève la cité appartient à une chaîne de collines qui, constituant, pour ainsi dire, les premiers gradins des Pyrénées, se continue sur la rive gauche de l'Adour sans autre interruption que des vallées étroites par où le fleuve reçoit des ruisseaux provenant du pays dit Chalosse.

Le sol sur lequel la ville est assise forme un plan légèrement incliné vers le Nord-Ouest; du côté de l'Ouest, à quelques toises de ses fossés, commence une pente très rapide au bas de laquelle se trouve l'une des fontaines publiques (Touron); c'est le revers d'un profond ravin qui emporte vers l'Adour les eaux pluviales et les égouts.

Les ruisseaux de la Chalosse ont un cours assez rapide pour s'écouler sans laisser sur leur trajet des marais ou des étangs; les principaux sont le Gabas, le Bahus, le Luy, etc.; leur direction

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 octobre 1885.

générale est du levant au couchant, comme celle des vallées ; le Bahus a une direction du Sud au Nord.

Sur la rive droite de l'Adour, s'étend une plaine fort vaste qui, du côté du Nord et de l'Ouest, n'a d'autre limite que l'horizon et forme une zone rembrunie formée par les *landes* et les *pignadas* (bois de pins); les ruisseaux y coulent lentement; les marais y sont fréquemment observés.

Il y a une vingtaine d'années, j'ai publié, sous l'anonyme, dans le journal de l'arrondissement, l'esquisse d'un parallèle entre le *Landais* et le *Chalossais;* j'en extrais les principales considérations :

Le Landais ou Lanusquet, auquel Saint-Paulin donnait l'épithète de *pellitus*, à cause de son vêtement de peaux d'animaux, est entouré, dès le berceau, de toutes les conditions qui peuvent influer sur l'altération et la dégénérescence de sa constitution physique et morale. L'air, cet élément primordial de notre existence, *pabulum vitæ*, cet imperceptible véhicule de tant d'atomes producteurs de maladies, est vicié dans la lande, soit par les miasmes délétères incessamment exhalés dans les bas-fonds spongieux ou à la surface des mares stagnantes, soit par une sorte de croupissement qu'occasionnent les cimes épaisses des pins, constituant des dômes impénétrables à la ventilation, *pigro et immoto aere sordescunt* (Baglivi); la régénération des principes vivifiants de l'atmosphère est nécessairement diminuée d'autant plus que les arbres et arbrisseaux à feuilles coriaces, grêles et persistantes (pin, bruyère), qui forment la masse du règne végétal de la lande, sont loin de produire une aussi grande quantité d'oxygène ou d'air vital que les plantes dont le feuillage annuellement renouvelé est large, d'un tissu moins serré et d'une perspiration plus active. Le sol, presque toujours plat ou à ondulations peu sensibles, formé d'une arène incohérente et homogène, se prête peu à l'écoulement des eaux surabondantes, et, pour peu que les pluies persévèrent, les lieux déprimés deviennent de véritables lagunes. Cette composition géologique, cette horizontalité du terrain, sembleraient, au premier aspect, tourner à l'avantage du cultivateur; il en est tout autrement. La docilité du sol, en exerçant trop faiblement, quoique sans relâche, l'action musculaire du paysan, et en déterminant une locomotion toujours monotone et uniforme, ne contribue pas peu à produire cette atonie générale, cette énervation qui caractérise la fibre du Landais, et à perpétuer son état de langueur et de débilité constitutionnelles; enfin, une nourriture peu substantielle et mal préparée et l'usage d'une eau de boisson insalubre déterminent chez ces malheureux les germes de maladies chroniques, des obstructions viscérales invétérées, qui font de leur existence une longue infirmité ou une décrépitude anticipée. Quel est le résultat définitif de ces mauvaises conditions hygiéniques sous l'influence desquelles une population à demi sauvage est condamnée depuis des siècles à vivre et à se reproduire? Le voici dans sa cruelle vérité. Ce sont des hommes d'une petite taille, d'une conformation défectueuse, dont le corps, émacié ou bouffi, porte le cachet de la faiblesse et de la misère; des membres presque atrophiés leur donnent une allure chancelante; ils ont le teint hâve et décoloré, la peau luride, terne, comme flétrie; leur physionomie exprime le plus souvent la tristesse et la stupidité; la sphère de leurs facultés intellectuelles est extrêmement circonscrite; par suite d'une certaine excitabilité anormale du système nerveux, une puberté prématurée leur fait contracter de bonne heure des mariages qui contribuent encore à l'appauvrissement de l'espèce. Ces mêmes conditions qui exercent une action si dépressive, si altérante, sur le type *lanusquet*, se réfléchissent aussi sur les animaux domestiques : leurs chiens sont étiques, hargneux et poltrons; les individus de la race bovine sont petits, efflanqués, hérissés, à éminences osseuses, sursaillantes ; ils n'apportent de leurs pacages, maigres et lointains, aucun tribut stercoral à leurs étables, parce que leurs organes digestifs, enclins à la diarrhée, s'exonèrent dans le trajet; leurs chevaux malingres ont le poil long, délustré, l'épine dorsale en carène tranchante.

Le Chalossais (Silocensis) se trouve, au contraire, placé dans les conditions les plus favorables au développement et au maintien de sa force physique. Obligé, dès son enfance, de lutter contre les aspérités et les diverses inclinaisons de ses collines, il imprime à ses organes locomoteurs une vigueur remarquable. Une nourriture simple, mais abondante et saine, où les éléments réparateurs et excitants sont dans de justes proportions, concourt puissamment à établir cette harmonie, cet équilibre des fonctions organiques et des actions extérieures qui constituent la santé. La rapidité des ruisseaux qui parcourent les vallons, la pente convenable du terrain, la variété, l'abondance des végétaux qui contribuent à la purification de l'air, s'opposent à la stagnation des eaux et donnent ainsi à l'atmosphère les qualités les plus propres à l'entretien de toutes les facultés.

La structure géologique d'un sol compact, résistant et tenace, nécessite pour les travaux agricoles le concours simultané de la force, de l'adresse et de la patience. C'est au milieu de ces travaux toujours actifs, toujours renaissants, c'est au milieu de cette alternative de dépense et de réparation des forces que le corps retrempe sans cesse son énergie, ravive ses facultés et acquiert cette constitution robuste, le plus précieux apanage de l'homme des champs. A la faveur de ces conditions locales, le Chalossais revêt, tant au physique qu'au moral, des traits qui en font une race distincte du Landais, parfaitement semblable au Béarnais, stature avantageuse, corps droit, bien pris, membres agiles et forts, tempérament sanguin, bilieux, avec toutes ses conséquences morales, physionomie où se peignent à la fois et son intelligence et le sentiment de sa force, traits fortement dessinés, humeur enjouée, caractère vif, qui passe facilement à la véhémence ou à l'emportement quand il s'agit de la défense de ses droits ou de son amour-propre offensé, tels sont les signes caractéristiques du type chalossais. La patrie est surtout pour lui le sol natal, il y tient presque autant que le vieux chêne, ombrage de ses pénates ; mais, ainsi que les habitants de la zone pyrénéenne, il est loin d'être indifférent aux événements qui menacent les intérêts généraux ; le mot de nation fait battre son cœur et tressaillir ses muscles, et, une fois enrôlé sous les drapeaux, il se fait remarquer par sa bravoure et son intrépidité dans les combats. Les bestiaux de la Chalosse participent aux avantages des conditions locales; ils sont à ceux du paysan de la lande ce qu'est le paysan *vinéicole* au *pinicole :* les bœufs de labourage y sont élevés, traités avec un soin, une prédilection qui vont jusqu'à une sorte de culte. Le paysan chalossais, surtout des environs de Saint-Sever, se croirait déshonoré s'il produisait en public une paire de bœufs dont la croupe ne serait point arrondie, les épaules puissamment musclées, la peau fine, unie, lustrée, et d'une propreté recherchée dans toutes les régions du corps. Si l'on voulait essayer de modifier avantageusement la constitution physique du Lanusquet et la rapprocher par degrés du type chalossais, il conviendrait d'assainir l'air, l'eau et les aliments dans le pays de la lande, c'est-à-dire changer notablement la végétation annuelle du sol en rompant l'immense continuité des pignadas par de larges et profondes clairières dirigées en divers sens, remplacer par le chêne et le platane les pins qui avoisinent les habitations, creuser davantage le lit des ruisseaux, dessécher les fonds marécageux. Il faudrait que la culture du maïs fît reculer celle du panis et du millet, et que la plantation de la vigne pût conquérir de proche en proche ces terrains sableux, presque exclusivement envahis par la bruyère et l'ajonc.

Nous avons sous nos yeux, tout près de Saint-Sever, un exemple remarquable de la possibilité d'une aussi heureuse métamorphose. Le panis et le millet se cultivaient jadis, il y a soixante-dix ans, sur la rive droite de l'Adour. Ces graines aviculaires ont été repoussées à plus d'une lieue de la même rive, et notre plaine adourienne est aujourd'hui couverte des plus riches moissons en froment, maïs, fourrages, lin, vignes, etc. Les paysans et les bestiaux de cette plaine ont aussi presque entièrement dépouillé le type lanusquet et rivalisent avec le chalossais. Quelques-uns des millions exportés sur le sol de notre colonie algérienne feraient merveille pour la transformation de nos bédouins pinicoles.

Les fléaux qui, dans nos contrées, nuisent à l'agriculture peuvent dériver de trois sources : 1° la constitution météorologique qui comprend les variations du baromètre, du thermomètre, de

l'hygromètre et de l'électricité atmosphérique. Mon père, qui était pénétré de l'importance du conseil hippocratique relatif aux observations *de aere et locis*, avait tenu pendant plus de trente ans un journal de ces variations et je suis resté fidèle à cette tradition qui intéresse particulièrement la science de l'homme. J'aurai soin de signaler, dans l'ordre chronologique de mon observation personnelle, les faits météorologiques qui m'ont paru les plus dignes d'attention, froids rigoureux, chaleurs excessives, grêles, inondations, etc.; 2° action nocive de certains animaux, blaireau, oiseaux nuisibles, courtilière, limaces, chenille, insectes; 3° développement de certains végétaux, chiendent, crucifères, vesce, rouille, ergot, etc.

Les maladies les plus communément observées dans nos contrées sont les obstructions des viscères abdominaux, les hydropisies, la pneumonie aiguë et chronique, la dyssenterie, qui revêt parfois la forme putride, les fièvres intermittentes qui règnent particulièrement dans la plaine où elles offrent parfois le caractère pernicieux. La pellagre se manifeste assez souvent sur les paysans de la lande.

Dans la ville de Saint-Sever, la santé n'est compromise par aucune cause d'insalubrité : les octogénaires, du nombre desquels je suis, ont toujours été nombreux. L'air y est très excitant pour les tempéraments nerveux; la phthisie est rarement observée. L'immunité remarquablement constante des élèves de notre collège prouve la salubrité de notre cité. Pendant près d'un demi-siècle, à l'époque même de la plus grande prospérité de l'établissement (130 pensionnaires en 1819), le médecin du collège n'a eu à constater qu'un seul décès (affection cérébrale); il n'y a jamais observé aucune maladie endémique ou épidémique qui mérite d'être mentionnée.

Le service médical de l'hospice, dont je fus chargé lors de mon retour de l'armée, n'a jamais donné lieu à des observations d'épidémies graves. Cet établissement, qui est peu considérable, est exclusivement destiné aux indigents de la ville et de la banlieue, aux détenus de la maison d'arrêt qui ne peuvent être traités à l'infirmerie, et éventuellement aux militaires de passage. En 1815, notre hôpital reçut des malades évacués des hôpitaux militaires de première ligne, et je fus invité à diriger ce service par M. Moizin, qui était à Bordeaux médecin en chef du corps d'armée des Pyrénées-Occidentales.

La Société médicale du Louvre adresse, à la date du 24 octobre 1885, la lettre suivante à MM. les présidents des Sociétés médicales de Paris.

Monsieur le Président et honoré confrère,

La Cour de cassation, dans son interprétation de la loi sur les syndicats, a déclaré que le corps médical n'avait pas été compris par le législateur au nombre des corporations qui aspirent à la formation de chambres syndicales pour la défense de leurs intérêts professionnels. Cependant le besoin se fait sentir plus que jamais de se grouper pour sauvegarder les intérêts de notre profession et la maintenir dans les conditions d'honorabilité qui doivent assurer sa sécurité et imposer au public le respect qui lui est dû.

Ne pensez-vous pas qu'il serait opportun de fonder une Société centrale de déontologie qui puisse grouper toutes les influences utiles, aujourd'hui éparses dans les différentes Sociétés médicales?

Nous ne doutons pas des efforts salutaires de chacune de ces honorables Sociétés; mais vous reconnaîtrez certainement que l'influence d'une Société centrale sera d'autant plus considérable qu'elle représentera tous les membres honorables du corps médical. Cette Société deviendrait en quelque sorte le Conseil de l'ordre de la médecine, et elle confierait des mandats à son président jusqu'au jour où elle pourrait devenir une personne légale par la reconnaissance d'utilité publique.

Elle aurait pour mission de veiller sur les droits et les devoirs des médecins, et elle pourrait, dans toutes les questions de législation, devenir un intermédiaire utile auprès des membres des assemblées délibérantes.

La *Société du Louvre*, qui s'est occupée depuis quelques mois de cette question, m'a chargé de porter ce projet à votre connaissance et de vous prier de demander à la Société que vous présidez la nomination de deux membres pour la formation d'un comité chargé de délibérer sur l'opportunité de la création de la Société de déontologie et de rédiger un projet de statuts.

Si votre Société accepte la proposition que j'ai l'honneur de formuler au nom de la *Société du Louvre*, je vous prie de me faire connaître les noms des délégués, afin qu'ils puissent être convoqués aussitôt que toutes les réponses à la présente lettre me seront parvenues.

Agréez, etc.

Le Président de la Société du Louvre,

Dr LADREIT DE LACHARRIÈRE,

CORRESPONDANCE

31 octobre 1885.

Monsieur le rédacteur,

Mon collègue et ami M. Féréol prend une peine bien inutile pour établir ou rétablir des faits sur lesquels je n'ai jamais eu l'intention de faire porter la moindre critique.

A propos d'un malade de mon service, j'ai cité, le 20 février, une observation publiée le 19, c'est-à-dire la veille, dans la *France médicale*. J'ai immédiatement ajouté : je suis d'autant plus à l'aise pour parler de cette observation, que le malade, entré à l'hôpital le 13 au soir (janvier 1885), a succombé le 15 au matin, et que les détails de l'observation établissent qu'il n'y avait plus à faire ni diagnostic utile, ni traitement opportun.

Ce n'est pas cette période ultime que je vise, ce sont les quatre mois antérieurs pendant lesquels le malade avait présenté des phénomènes morbides caractérisés qui, si toutes les constatations avaient été faites, auraient dû conduire à une action chirurgicale.

De là, ma critique, puisque l'observation ne mentionnait ni dans le passé ni dans le présent l'emploi du toucher rectal. Vieille critique au reste, et que des faits sans cesse renouvelés rendent bien nécessaire et tout à fait opportune dans la bouche d'un professeur de clinique chirurgicale!

Enfin j'ai dit que ce qui avait été méconnu pendant la vie, ce n'était pas l'obstruction intestinale, mais l'épithélioma rectal, que celui-ci n'avait pas été *constaté*, ce que le toucher rectal eût permis.

La première observation, celle de la *France médicale*, mentionnait bien que M. Féréol avait soupçonné ou présumé son existence, ce qui est tout naturel de la part d'un praticien sage et sagace comme le médecin de la Charité; mais j'avais mis M. Féréol hors de cause dès le début, puisqu'il n'avait vu le malade qu'une seule fois, la veille de sa mort.

J'ai dit tout cela à M. Féréol. Il a néanmoins tenu à répondre dans votre estimable journal, à ce qu'il appelle un *éreintement en règle*. Le mot n'est pas heureux; il jure avec nos rapports d'estime et d'affection réciproques. Enfin il est inexact en fait. J'espère que M. Féréol voudra bien le reconnaître.

Veuillez agréer, etc.

U. TRÉLAT.

---

2 novembre 1885.

Mon cher collègue,

Il est très vrai que nous avons toujours eu des sentiments d'estime et d'affection réciproques, comme vous le dites; et j'y ajoute même de ma part des sentiments de reconnaissance. C'est pourquoi il m'a été plus particulièrement pénible d'avoir à réfuter vos critiques, et (si vous n'aimez pas le mot d'*éreintement*) le ré-

quisitoire en règle que vous avez formulé *ex cathedrâ*, en l'absence des accusés, devant vos élèves, contre mon interne et moi.

Je ne pouvais, en vérité, m'en dispenser et laisser croire qu'il y eût dans la corporation un seul médecin assez inepte pour avoir commis les lourdes fautes que vous m'avez reprochées fort injustement, ce que vous paraissez avoir oublié déjà.

Je ne dis pas que je n'en ferai pas autant, en raison du passé; mais je vous demande un peu de temps pour cela.

Veuillez agréer, etc.

Dr Féréol,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

290. M. Munschina. Contribution à l'étude des accidents laryngés chez les ataxiques. — 291. M. d'Emmerez de Charmoy. Contribution à l'étude clinique du cancer de l'œsophage et du rétrécissement qu'il détermine. — 292. M. Rochette. Essai sur la tuberculose primitive du scrotum. — 293. M. Skinner. Sur une nouvelle méthode balnéothérapique réfrigérante spécialement employée dans le traitement de la fièvre typhoïde. — 294. M. Adriet. Contribution à l'étude du grattage de l'utérus. — 295. M. Gérard. Essai sur la pathogénie des ulcères variqueux. — 296. M. Perrin de La Touche. Des ecchymoses cutanées; étude médico-légale. — 297. M. Rioblanc. Du pronostic des néphrites aiguës. — 298. M. Rouffignac. Sur une épidémie de caserne (*Nouvelle-France*, juin 1885). Fièvres à manifestations bilieuses. Fièvre typhoïde. — 299. M. Saquet. De la chorée consécutive aux maladies infectieuses. — 300. M. Pettier. Sur l'éléphantiasis des Arabes. — 301. M. Barthe. Des gangrènes morbilleuses et principalement de la gangrène pulmonaire comme terminaison des broncho-pneumonies rubéoliques. — 302. M. Courcenet. Contribution à l'étude des complications osseuses de la fièvre typhoïde. — 303. M. Chaput. Des fractures anciennes de la rotule. Anatomie et physiologie pathologiques. Pronostic et traitement. — 304. M. Laguerre. Recherches sur le développement embryonnaire de l'épithélium dans les voies aériennes. — 305. M. Petitjean. Contribution à l'étude de l'érysipèle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 31 octobre 1885, la chaire d'histologie de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Bourgoin et Desplats, agrégés, sont rappelés à l'exercice, du 15 octobre au 15 novembre 1885.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Sont autorisés à faire les cours complémentaires gratuits ci-après désignés, MM. les agrégés dont les noms suivent :

MM. Artigalas, microbes pathogènes, fièvres typhoïdes, choléra, angines; — Rondot, diagnostic, percussion, auscultations; — Lagrange, chirurgie d'armée : — Arnozan, dermatologie; — Boursier, pathologie externe.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Baumel, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de pathologie et thérapeutique générales.

— *École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.* — M. Panis, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est nommé professeur de clinique obstétricale et gynécologie (chaire transformée).

— L'École dentaire de Paris, sous la direction de M. le docteur Th. David, marche de succès en succès. Fondée, il y a six ans à peine, par l'initiative privée d'un groupe de dentistes, elle est venue combler une lacune regrettable de notre enseignement professionnel et a rapidement atteint le but qu'elle s'était proposé : le relèvement de l'art dentaire.

Elle a déjà instruit 282 élèves; un grand nombre est venu de l'étranger et particulièrement de l'Amérique. La ville de Paris a déjà accordé à l'École dentaire une subvention annuelle. Il se pourrait qu'avant peu elle en fît une institution municipale.

Les sympathies que M. le docteur David a su attirer à son école s'affirment tous les ans, à l'occasion de la séance de réouverture. Cette cérémonie, dont nous avons déjà plusieurs fois rendu compte, a été successivement présidée par MM. Trélat, Verneuil, P. Bert. Cette année, elle a été présidée par M. Brouardel. M. le docteur David a retracé l'histoire de son École. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire quelques passages de ce travail qui a vivement intéressé l'auditoire.

— M. Eugène Aubert, pharmacien de première classe, est chargé d'une mission scientifique dans le bassin de l'Amazone.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'externat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. 1. Chapotot, Barbier, Duernerin, Dor, Sallès, Repelin, Chaix, Weydenmeyer, Gontier, Pétouraud.

11. Guyenet, Doyon, Tournier, Thévenet (Victor), Royet, Manificat, Bonnet, François, Barbet, Despeignes.

21. Laudier, Roux, Rivière, Monin, Porte, Toussaint, Berthet, Thilly, Vène, Zarai.

31. Lionnet, Devay, Petitpierre, Augros, Cuzin et Michel.

— M. le professeur Pajot commencera le cours de clinique d'accouchements, à la Clinique d'accouchements, le mardi 3 novembre 1885, à neuf heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Le mardi et le samedi les leçons auront lieu à l'amphithéâtre et le jeudi au lit des malades. Le lundi, le mercredi et le vendredi, examen des femmes enceintes. Visite tous les jours, à huit heures et demie.

— M. le professeur Charcot commencera ses leçons du mardi (consultation externe) le mardi 3 novembre 1885, à neuf heures et demie du matin, à l'hospice de la Salpêtrière, et ses leçons du lundi (cliniques des maladies du système nerveux) le lundi 16 novembre à la même heure.

— M. le professeur Verneuil commencera ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Pitié, le mercredi 4 novembre 1885, à neuf heures du matin, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

— Le cours de médecine légale pratique commencera à la Morgue, le mercredi 4 novembre 1885, à deux heures, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. Il aura lieu dans l'ordre suivant : les mercredis, par M. le professeur Brouardel; les vendredis, par M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; les lundis, par M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie, seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, quai du Marché-Neuf, 2). Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du mardi 10 novembre, à trois heures de l'après-midi : les jeudis, par M. le docteur Descoust; les mardis, par M. le docteur Vibert, et les samedis, par M. Jules Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée après s'être fait inscrire au secrétariat de la de la Faculté, MM. les docteurs en médecine et les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, quai du Marché-Neuf, 2) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

— M. le docteur V. Audhoui, commencera, à la Pitié, un cours sur les eaux minérales de France, le jeudi 5 novembre 1885, à neuf heures et demie, et le terminera le 24 décembre.

Les leçons, au nombre de huit, auront lieu tous les jeudis à la même heure, à l'amphithéâtre n° 3.

— M. le docteur Descroizilles commencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles, le vendredi 6 novembre, à l'amphithéâtre (hôpital des Enfants, rue de Sèvres, 149), à neuf heures, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. — Consultation le mardi à neuf heures.

— M. le docteur Terrillon, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe, le samedi 7 novembre 1885, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18533.

N° 128. — JEUDI 5 NOVEMBRE 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 5 NOVEMBRE 1885. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La communication de M. Pasteur dans la précédente séance, qui fera, suivant l'expression du président, de la date du 27 octobre 1885 l'une des plus mémorables, si ce n'est la plus mémorable dans l'histoire des conquêtes de la science et dans les annales de l'Académie, ne nous a pas permis de donner toute l'attention qu'elles méritaient à deux autres communications qui l'ont, l'une précédée, l'autre suivie; nous voulons parler du rapport de M. Le Roy de Méricourt sur la méthode des injections intra-veineuses de sérum artificiel dans le traitement de la période asphyxique du choléra et de la lecture de M. Jaccoud sur les effets antithermiques de la thalline, deux sujets qui intéressent au plus haut degré la thérapeutique. Sur ce dernier point, notamment, M. Dujardin-Beaumetz, qui est un des médecins des hôpitaux qui ont apporté le plus d'empressement à l'étude expérimentale des nouveaux agents antithermiques et à la vérification ou au contrôle des premiers essais de cet ordre de médicaments, dus pour la plupart à l'initiative de médecins allemands, est venu exposer hier à la tribune, contradictoirement aux conclusions du travail de M. Jaccoud, les résultats de ses expériences et de ses observations. Ayant l'intention de résumer dans son ensemble, dans notre prochaine Revue clinique, l'état actuel de la question, du rôle assigné à l'hyperthermie en général dans les états fébriles et de la médication antithermique, nous renvoyons pour ce moment l'exposé présenté hier par notre savant confrère. Nous en ferons autant pour quelques points du rapport de M. Le Roy de Méricourt, sur lequel nous aurons également l'occasion de revenir.

Dans la séance d'hier, l'Académie a entendu une exposition de M. Durand-Claye sur l'hygiène des maisons.

M. Colin (d'Alfort), à qui M. le président donnait la parole pour les questions qu'il se proposait d'adresser à M. Pasteur, a renoncé à la parole, M. Pasteur étant absent.

Nous rétablissons au compte rendu le texte exact des réserves formulées par M. J. Guérin à la suite de la communication de M. Pasteur.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

I. Tracés thermométriques. — II. Amputation des doigts. — III. Abcès froid ganglionnaire du cou.

I. Tout d'abord, en commençant, quelques mots sur des tracés thermométriques intéressants par leur anomalie. Ce précepte que lorsqu'un malade a une lésion sous-cutanée, il ne doit pas, en général, avoir de fièvre traumatique sérieuse, s'applique surtout aux cas de fracture dans la continuité des membres, et non pas à ceux où la fracture siège dans le voisinage des articulations.

Cependant aujourd'hui, nous avons dans nos salles un homme jeune, robuste, âgé de vingt-huit ans, garçon marchand de vins depuis deux mois, qui s'est fracturé la jambe. La fracture est simple, mais le membre est couvert de varices tellement grosses et tellement nombreuses que cet homme fut, à vingt ans, réformé du service militaire; de là, une inflammation veineuse, une phlébite possible. De plus, cet homme est un alcoolique qui ne boit pas moins de 7 à 8 litres de vin par jour, non compris la petite goutte, etc., de temps en temps dans la journée.

Aussi ne devons-nous pas être surpris si, dès les premiers jours, il fut en proie à une très grande agitation, avec menaces de delirium tremens, accident toujours très grave dans le cas de fracture. Il est entré ici le 8 de ce mois, — il y a trois jours, — le matin avec une température de 38°6; le soir celle-ci montait à 40 degrés; le lendemain matin elle était à 38°2 et le soir à 39°8. En un mot, il y avait une fièvre traumatique intense.

J'ai soumis ce malade à une double médication par l'opium et la noix vomique. Cette dernière paraît avoir une action manifeste contre l'alcoolisme, ainsi que nous l'avons déjà constaté à plusieurs reprises chez plusieurs de nos malades. Ici même, sous son influence, la température n'est plus aujourd'hui qu'à 37°8, ce qui est un bon résultat.

Ce fait nous montre que chez les individus de mauvaise constitution, les lésions sous-cutanées, même les plus simples, peuvent encore amener parfois les accidents inflammatoires les plus graves.

Le second malade, dont le tracé est également intéres-

sant, est celui d'un homme que nous avons amputé il y a trois jours pour un ostéosarcome dont le point de départ était dans le péroné. Il portait sur le côté externe de la jambe une tumeur énorme, ulcérée, à plaie infractueuse d'une odeur infecte. A son entrée, la température était de 39°4 ; je n'ai pas voulu l'opérer le même jour, mais le lendemain, après avoir complètement désinfecté la plaie par une pulvérisation prolongée, sous l'influence de laquelle le tracé thermométrique était tombé verticalement à 36°8.

C'est alors que j'ai pratiqué l'amputation, supprimant ainsi le foyer putride. J'aurais dû avoir, par suite, une température très basse, ou bien, seulement le troisième jour, une légère fièvre traumatique. Il n'en a pas été ainsi, et trente-six heures à peine après l'opération, au contraire, le thermomètre marquait 39°4, nous montrant ainsi une fièvre traumatique intense et précoce. Or, qu'est-il arrivé? c'est que cette ascension de la température est le résultat non pas du traumatisme, mais d'une fièvre d'inoculation. Nous en avons la preuve dans ce fait que la température est retombée aujourd'hui, trois jours après l'opération, à 37 degrés. La plaie aussi a un bon aspect; elle est en bonne voie; l'état général est relativement bon.

II. Nous avons une opération à faire chez un garçon dont le doigt est complètement démoli par un panaris. Ce malade est un manouvrier, de sorte que son doigt est pour lui une gêne de tous les instants, gêne telle que sa conservation, dans les meilleures conditions possibles, serait absolument inutile.

Chez un individu riche, ne travaillant pas, on pourrait peut-être, pour la beauté de la forme, essayer de lui conserver son doigt. Mais ici le doigt ne vaudra jamais rien; il empêchera notre homme de travailler.

Autrefois et jusqu'au siècle dernier, on disait : une amputation faite avant la fièvre est très bonne; une amputation faite pendant la fièvre est détestable; une amputation faite après la fièvre est très bonne. Aujourd'hui ces précautions ne sont plus de mise, car nous possédons des moyens puissants de conjurer les accidents fébriles, aussi pouvons-nous opérer immédiatement.

Dans le cas présent, à quelle opération aurons-nous recours? S'il faut, d'une part, se préoccuper d'économiser le plus possible l'étoffe, il faut aussi, d'autre part, songer à ce que le malade tire de son opération le plus grand bénéfice possible. Cependant les chirurgiens sont partagés sur le meilleur mode de procéder : amputation du doigt ou amputation dans la continuité du métacarpe?

Mais, selon le doigt auquel on a affaire, la saillie du métacarpe peut être gênante, parce que les doigts voisins de celui que l'on enlève tendent à s'incliner l'un vers l'autre. Pour l'indicateur et l'auriculaire, si l'on ne peut pas conserver la première phalange, en partie ou en totalité, il faut amputer dans la continuité du métacarpe, sans quoi celui-ci formera par la suite une arête saillante, facile à s'écorcher, à s'ulcérer; il en est de même pour le doigt médius. En somme, si le doigt n'est pas malade dans sa totalité, il vaut mieux amputer de façon à conserver encore un crochet utile.

Chez notre malade, je vais faire une incision dans les tissus malades, couper l'os et placer ensuite la main dans un bain phéniqué. Puis, dans cinq ou six jours, quand les bourgeons charnus commenceront à se bien former, j'appliquerai des bandelettes de diachylon.

III. Quand on opère dans une région ouverte, l'orthomorphie doit entrer pour beaucoup en ligne de compte. C'est ainsi que, s'il s'agit d'opérer un malade et surtout *une* malade d'une tumeur du cou, vous devez faire en sorte que votre cicatrice soit le moins étendue possible et le moins visible, c'est-à-dire en laissant aussi peu de traces qu'il vous sera possible.

Ainsi, nous avons en ce moment une jeune fille de dix-neuf ans qui est entrée dans nos salles pour un ganglion suppuré du cou, un abcès froid ganglionnaire siégeant sur la gaine du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Cette jeune fille a été examinée par l'un des candidats du dernier concours. Ce candidat a proposé comme traitement l'extirpation de la tumeur. Il est dans le mouvement, puisque aujourd'hui l'extirpation des abcès froids est très à la mode. M. Lannelongue a partagé cet avis. Mais cette opération, pour être bien faite, exigerait une incision qui n'aurait pas moins de 4 centimètres de longueur. M. Lannelongue n'aime pas recourir au raclage en pareil cas. Quant à moi, je suis également d'avis, en général, de faire l'extirpation du ganglion suppuré, mais dans une certaine limite, car, au cou par exemple, la grande balafre qui succéderait à cette opération serait un grave inconvénient. D'autre part, le raclage d'une tumeur située dans le voisinage immédiat de la jugulaire présente un véritable danger; il y a lieu de craindre de blesser la veine, si l'on veut que le raclage soit complet.

C'est dans des cas semblables que la méthode à laquelle je vais avoir recours présente une supériorité véritable et très grande sur tous les autres procédés. Je veux parler des injections d'éther iodoformé.

Le seul inconvénient que ces injections présentent est la lenteur avec laquelle on obtient la guérison. Il faut compter au moins un mois, au lieu des huit jours qui suffiraient si l'on recourait à l'ablation. Par contre, l'immense avantage est l'absence de toute cicatrice consécutive.

La méthode par injections est donc réellement la méthode par excellence, surtout chez les sujets jeunes et du sexe féminin, lorsqu'il s'agit d'abcès froids ganglionnaires du cou.

LE CHOC EN RETOUR ET LE FOUDROIEMENT LATÉRAL (1)

Par M. le docteur F. Vincent (de Guéret),
Lauréat de l'Académie de médecine.

XII

A. Les habits de soie et de laine sont de bien faibles barrières à opposer à une puissance telle que la foudre. Le parapluie et le chapeau de Conchon, ainsi que le gilet de flanelle de Bord, sont là pour prouver que l'agent fulgurant ne les respecte guère, lorsqu'ils se trouvent interposés entre lui et le corps humain bon conducteur de l'électricité qu'il attire.

B. Il en est de même du verre, des boiseries, des ciments, des pierres et du marbre qui, en leur qualité de mauvais conducteurs, devraient nous protéger dans nos appartements. Il me suffirait de citer des observations, qui me sont personnelles, pour démontrer que la foudre perce ou fait voler le verre en éclats, brise les châssis des vitres et autres boiseries, perfore les tuiles, lézarde et démolit les murs et les crépis, et, de là, après avoir vaincu les obstacles, peut aller frapper les personnes ou les animaux qui sont à sa portée.

C. L'éloignement des ornements et objets métalliques, qui meu-

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 octobre 1885.

blent l'appartement, constitue assurément une précaution utile; mais je doute que leur réunion, pour la circonstance, à moins qu'ils ne constituent une masse considérable, soit jamais un paratonnerre bien sûr.

D. Le conseil de se dépouiller, à l'approche de l'orage, de tous les objets métalliques que l'on porte sur soi, tels que pièces de monnaie, bijoux, montre et sa chaîne, etc., peut avoir aussi sa valeur, puisqu'on diminue, de la sorte, la puissance attractive de l'individu de toute la portion qui leur appartient. Cependant, dans bien des circonstances, la présence de ces objets chez l'individu me paraît devoir être plus utile que nuisible.

En effet, en considérant que, chez la femme Bourigeaud, le busc en acier du corset a préservé la base de la poitrine et les trois quarts supérieurs de l'abdomen de la vaste et profonde brûlure qui existe au-dessus et au-dessous de l'une et l'autre de ses extrémités, il est permis d'en déduire qu'une chaîne de montre, passée autour du cou par-dessus une cravate de soie et sur le devant de la poitrine par-dessus les habits, aurait préservé, de la même manière, le cou et le plastron de la poitrine si maltraités, jusqu'à la ceinture inclusivement où se trouve ordinairement, chez la femme, le gousset de la montre. Si, au lieu de tenir à la montre, la chaîne avait été fixée à l'extrémité supérieure du busc, la victime en aurait été quitte pour sa brûlure inférieure, très considérable du reste. Enfin cette dernière brûlure, selon toute probabilité, aurait été évitée, ou tout au moins atténuée, si l'extrémité inférieure du busc avait été en communication directe avec le cerceau en acier de la crinoline qui, lui aussi, a été fragmenté avec fusion des extrémités de ses fragments.

Un conducteur métallique, *meilleur* que le corps humain, étendu, sans discontinuité, de la tête aux pieds, aurait donc pu mettre cette femme à l'abri des lésions graves aux suites desquelles elle a succombé. Nous pourrions ajouter, à l'appui, que Conchon, en servant de conducteur à la foudre, en a préservé sa mère. Aussi ces considérations m'amèneraient volontiers, contrairement au conseil ci-dessus, comme moyen d'atténuer les effets de la foudre quand on a le malheur d'en être frappé, à proposer le suivant :

E. Ce moyen consisterait dans l'emploi, en temps d'orage, d'une chaîne métallique s'enroulant, par une de ses extrémités, autour du chapeau, et descendant le long du corps par-dessus les habits pour aboutir, par son autre extrémité, soit aux clous de la chaussure, soit, ce qui serait peut-être préférable, au sol sur lequel elle traînerait d'une certaine longueur. L'électricité suivrait certainement de préférence ce conducteur métallique, *meilleur* que le corps humain, qui se trouverait ainsi préservé. Cette préservation serait d'autant plus certaine qu'entre le corps et la chaîne seraient interposés les habits faisant fonction de corps isolants. Ce serait alors le cas de porter des habits de soie ou de laine plutôt que de lin ou de coton, substances jouissant d'un certain degré de conductibilité électrique.

Cette chaîne de sûreté, véritable paratonnerre portatif, fabriquée plus ou moins artistement, en un métal plus ou moins précieux, et disposée d'une manière plus ou moins élégante en ondulations plus ou moins coquettes sur les habits, pourrait servir de parure et, par suite, être portée en temps d'orage aussi bien au salon que dans les promenades ou courses obligées, à pied, à cheval, ou en voiture.

Dans ce dernier cas, il serait possible d'établir une communication facile avec le sol, par l'intermédiaire du fer des roues et du frein, en mettant en contact la tige de ce dernier avec l'extrémité inférieure de la chaîne de sûreté.

On pourrait m'objecter que la chaîne ainsi construite, utile dans le foudroiement direct, peut devenir nuisible dans le foudroiement latéral, parce qu'elle peut conduire le courant sillonnant le sol à la tête de l'individu. Cela est vrai, mais il serait possible d'y remédier par la disposition suivante : bifurquer la chaîne au niveau des épaules ; faire descendre chaque branche le long de chaque partie latérale du corps jusqu'au sol ; enfin faire communiquer, à des hauteurs différentes, ces deux branches par des chaînettes transversales. En suivant ces chaînettes transversales, constituant avec les branches de la chaîne autant de demi-circuits bons conducteurs et établissant des parcours moins longs entre les deux extrémités inférieures de celle-ci, dont l'une forme l'entrée et l'autre la sortie du courant, l'électricité fulgurante n'atteindrait pas la tête, et le danger serait conjuré.

F. Le hamac de Franklin, suspendu par des cordons de soie, en éloignant des parois de l'appartement parcourues par la foudre, pourrait avoir une certaine utilité s'il était plus pratique. Cependant, si toute une famille s'y entassait, elle formerait une masse bonne conductrice volumineuse qui attirerait l'électricité même à travers les parois en soie de ce refuge, ce qui exposerait ainsi un grand nombre de personnes à la fois.

G. Par la raison ci-dessus exposée, il faut aussi éviter les grandes réunions de personnes, comme dans les édifices religieux pendant l'office, les grandes salles de bal, ou même en plein air comme dans les camps où la grande quantité d'armes et objets métalliques vient encore augmenter l'énergie de l'attraction exercée sur l'électricité du nuage. M. le docteur Sonrier, ancien médecin en chef du camp de Châlons, témoin de nombreux accidents produits dans ces circonstances, insiste pour l'établissement de paratonnerres dans les camps, dans la saison des orages.

H. Le voisinage des grandes masses d'eau doit être évité au même titre que les grandes réunions de personnes.

I. Le conseil d'Arago, de ne pas courir quand il tonne, n'a point encore reçu de confirmation expérimentale.

J. Le conseil de ne pas rester au lit, quand il tonne, me paraît assez puéril si l'on n'est pas couché dans un lit de fer.

K. Une précaution plus importante que beaucoup des précédentes, est d'éviter de se placer auprès de l'âtre de la cheminée quand le tonnerre gronde.

Il est avéré, en effet, qu'après les arbres ce sont les bâtiments qui sont le plus exposés aux coups de foudre, et que, de toutes les parties de ces derniers, c'est la cheminée qui est le plus souvent frappée. Il y a à cela deux raisons : d'abord, parce que la cheminée est le point culminant de la maison ; ensuite parce que la suie qu'elle contient est bonne conductrice, et, à cause de cela, attire l'électricité du nuage qu'elle conduit directement dans l'appartement. Aussi cite-t-on souvent des cas de tonnerre entrant par la cheminée et sortant par la porte ou la croisée, après avoir commis plus ou moins de ravages dans l'habitation. Pour mon compte, j'en ai observé deux de ce genre, dont le dernier est celui de Grandcheix, rapporté au chapitre II de ce mémoire.

L. Indépendamment de cette première précaution, l'éloignement de l'âtre, il en est une autre qu'il ne faut pas négliger : c'est le ramonage de la cheminée, aussi utile pour se préserver du feu du ciel que pour se mettre à l'abri de l'incendie par le feu ordinaire, puisque c'est la suie qui est ici le corps attracteur de la foudre.

M. Enfin, comme complément des deux précautions précédentes, je proposerai l'emploi d'un appareil qui n'est pas sans analogie avec la chaîne de sûreté ci-dessus décrite et qui m'a été suggéré par l'accident de Grancheix ci-dessus rappelé. Il consisterait en une tringle de fer mobile, accrochée d'un côté à la crémaillère, ou, en son absence, à une boucle métallique *ad hoc* plantée dans la cheminée au milieu de la suie, et, de l'autre côté, à la boucle d'un autre conducteur métallique à demeure, sortant par la porte ou la croisée et allant se plonger dans le ruisseau de la rue, formé par l'eau de pluie des gouttières. Cet appareil, précieux pour les petites habitations comme les maisons de campagne, où la famille se réunit d'ordinaire dans la cuisine placée au rez-de-chaussée, serait moins facilement applicable aux grandes habitations à plusieurs étages et à nombreux appartements; la complication qui résulterait de sa multiplicité devrait alors lui faire préférer le paratonnerre classique. Cette modeste tringle, mise en place à l'approche de l'orage et enlevée lorsqu'il aurait disparu, destinée à conduire l'électricité hors de la maison, m'inspirerait une plus grande confiance que la bûche de Noël ou le tison du feu de joie de la Saint-Jean qui, au dire des bonnes gens, mis au feu pendant l'orage, auraient la vertu de conjurer le danger.

Après cet exposé et cette appréciation des précautions et moyens auxquels je crois avoir apporté mon petit contingent, conseillés pour se mettre à l'abri de la foudre en général, et se rapportant plus spécialement au choc direct, je vais aborder les conséquences prophylactiques qui découlent des principes que ces études m'ont permis d'établir, et qui se rapportent plus particulièrement au foudroiement latéral. Ce sont les suivantes :

1° Il faut, autant que possible, éviter l'abri sous un arbre pendant l'orage accompagné de tonnerre.

De tous les objets terrestres, c'est l'arbre, en effet, que la foudre frappe de préférence et le plus souvent, et cela pour plusieurs raisons. D'abord, pendant la saison des orages, alors que ses vaisseaux sont remplis de sève et que son feuillage vert multiplie plusieurs fois l'étendue de sa surface, l'arbre devient en même temps un bon conducteur très accessible à l'influence du nuage électrisé, et un vaste appareil sur lequel vient s'accumuler, en quantité considérable, l'électricité du sol de nom contraire à celle de ce dernier; d'où une attraction mutuelle plus puissante qui détermine l'explosion, sur ce point, de préférence. Ensuite, son élévation au-dessus du sol vient encore favoriser cet effet en diminuant la distance explosive et en faisant de lui le point culminant de la sphère d'action du nuage. Il en résulte que la personne ou les animaux abrités sous un arbre sont plus exposés que partout ailleurs à recevoir le choc direct de la foudre, le plus redoutable de tous.

A côté de ce danger signalé depuis longtemps par tous les physiciens, il en existe deux autres que nos études et les faits ci-dessus cités nous ont révélés; ce sont ceux auxquels exposent : A. le *foudroiement latéral* de l'arbre, dont l'énergie est en raison du développement de la ramure et du feuillage. Le fait de Bord nous a démontré que ce danger n'est pas imaginaire et peut donner lieu à des lésions semblables à celles que produit le foudroiement direct; B. le véritable *choc en retour* se produisant à la suite de l'explosion de la foudre entre deux nuages, lequel peut devenir sérieux lorsqu'au choc en retour subi par l'homme vient s'ajouter celui de l'arbre qui lui sert d'abri.

PÉRIOSTITE AIGUË DU TIBIA DROIT

PENDANT LA CONVALESCENCE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Par M. le docteur Sorbets, d'Aire (Landes).

La périostite aiguë du tibia, survenant pendant la fièvre typhoïde, est assez rare. Elle a été cependant signalée par quelques médecins, pendant la période qui s'étend de 1868 à 1880.

Voici une observation de périostite aiguë non suppurative, dont la résolution a été assez rapide. Les cas ne sont pas toujours aussi simples. Le traumatisme n'a rien à voir d'ordinaire dans cette affection : il faut plutôt invoquer une exagération des modifications congestives provoquée par la fièvre typhoïde.

L... (Pierre), âgé de vingt ans, boulanger, fort et vigoureux, présente, depuis le 18 mai, des phénomènes de pâleur, de faiblesse générale et d'anémie, qui précèdent ordinairement une fièvre continue. Il s'alite le 23.

Vive céphalalgie, fièvre, agitation pendant la nuit, de la diarrhée : pas d'épistaxis.

Pendant les cinq premiers jours, le thermomètre, par sa marche progressivement ascensionnelle, nous fait diagnostiquer une fièvre typhoïde.

Taches rosées abdominales; gargouillement dans la fosse iliaque droite; insomnie; sueurs profuses. Traitement : purgatifs salins, sulfate de quinine, limonade. Lavement émollient tous les matins, gargarismes vinaigrés répétés; bouillon et eau vineuse.

Cette fièvre typhoïde, à évolution normale, ne présente rien de particulier.

Le 25 juin, le malade descend au rez-de-chaussée. Dès le 26, douleur au tibia droit.

Douleurs vives et superficielles siégeant sur la crête et dans la direction du tibia droit, au tiers supérieur.

Jambe douloureuse augmentée de volume; pas de douleur au mollet, comme dans la *phlegmatia alba dolens*, mais douleur très vive sur l'os signalé et dans le système musculaire qui le limite, surtout à la pression.

C'est donc un accident, qui nous a un peu surpris à cause de sa rareté, se rapportant à une périostite du tibia avec inflammation des muscles antérieurs de la jambe droite; rien à la gauche. Traitement : repos au lit, frictions avec l'onguent napolitain belladoné, cataplasmes émollients, pilules d'opium.

Nous avons vainement cherché, à l'exception de ceux que nous avons signalés, des cas de périostite aiguë du tibia se développant pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. On signale des périostites rhumatismales, phlegmoneuses, syphilitiques, et des ostéites épiphysaires des adolescents; mais nos recherches bibliographiques n'ont pas rencontré des ostéites non suppurantes.

Le 13 juillet, douleur diminuée à la pression le long du tibia. Le lendemain, pression sans douleur pour la première fois. Malgré l'état fébrile, le malade a dormi.

Le 22 juillet, les accidents ont bien diminué; la fièvre est tombée. La douleur a disparu. Le malade se lève et marche.

Le 1er août, guérison complète.

THÉRAPEUTIQUE

Influence de la nutrition sur l'issue des maladies.

Par M. le docteur Girard.

Gubler répudiait l'entité morbide et conséquemment le traitement scientifique, il n'entendait par médication qu'un ensemble de moyens destinés à triompher d'un ensemble de symptômes dont l'un d'eux, la dénutrition, ne fait jamais défaut.

La dénutrition est souvent la cause, et toujours la conséquence des désordres de l'économie; elle survient dans les conditions les plus opposées en apparence : les forces du tube digestif sont mises en péril par une nourriture insuffisante en quantité ou en qualité, et par une existence sédentaire; une vie trop active, une croissance rapide, une dépense nerveuse exagérée les compromettent également et empêchent souvent la recette de s'élever à la hauteur de la dépense.

Parfois aussi, la rougeole, la coqueluche, la grippe, la pleurésie, la bronchite, la fièvre typhoïde, la diarrhée, commencent la dilapidation des forces, la dénutrition devient alors effet et cause; l'appétit, ce précieux auxiliaire, nous abandonne; l'anorexie et l'intolérance de l'estomac deviennent quelquefois invincibles.

L'entité morbide peut disparaître, mais trop souvent la place est envahie par la phthisie qui trouve le sol bien préparé à la recevoir.

La dénutrition enferme l'économie dans un cercle vicieux; elle apparaît lorsque les forces physiques sont prodiguées ou mises en péril par la maladie; elle continue son œuvre par la ruine des fonctions digestives, et elle achemine sans secousse l'organisme tout entier vers la banqueroute.

L'observation suivante est l'argument de cette thèse :

J'eus à soigner un cas de gangrène de la jambe chez une femme âgée; la gravité de l'état général avait anéanti les forces de l'estomac et tari les sucs digestifs; la fétidité de la plaie ajoutait encore au dégoût de la malade, l'anorexie était complète, et les aliments n'étaient pas tolérés.

La dame N..., âgée de soixante-dix ans, n'avait jamais eu d'accident diathésique, mais sa constitution s'altéra profondément sous l'influence de l'âge et de chagrins de famille; elle perdit

l'appétit, une rougeur de mauvaise nature apparut sur la jambe gauche, dont le tiers supérieur fut bientôt envahi par la gangrène qui gagna successivement toute la peau, de la rotule aux malléoles, la partie postérieure de la jambe échappa seule. Les tissus profonds se mortifièrent, et bientôt commença l'élimination graduelle des aponévroses et du tissu cellulaire; on recourut même à l'intervention chirurgicale, pour faciliter leur élimination. L'intolérance complète de l'estomac vint compliquer cet état déjà bien grave.

L'âge de la malade, l'étendue de la plaie, l'altération profonde des tissus mortifiés, laissaient bien peu d'espoir; cependant, je ne renonçai pas à la lutte et je songeai à fournir à l'organisme les éléments indispensables qui lui permissent de résister à un processus si lent et si grave. La tâche n'était pas facile; la faiblesse était grande, l'anorexie complète; la malade ne supportait qu'un peu de vin sucré. J'essayai les poudres de viande dans du tapioca; elles furent rejetées. Je pensai à la peptone; la malade déclara qu'elle ne voulait plus rien prendre. C'est alors que j'eus l'idée de substituer au vin, qu'elle acceptait encore, le vin Defresne; pendant plus d'un mois, elle prit chaque jour 200 grammes de vin de peptone en quatre fois. Elle absorbait ainsi par jour, selon M. Defresne, 100 grammes de viande, 32 grammes de sucre et 32 grammes d'alcool.

Le résultat dépassa mes espérances : la plaie s'amenda; elle était pansée à l'eau alcoolique phéniquée. Le pus perdit son aspect grisâtre et devint blanc crémeux; les bourgeons charnus marchèrent régulièrement, de la circonférence au centre. Pendant ce temps, l'anorexie avait disparu; la malade acceptait volontiers un œuf à la coque, de la crème sucrée, et enfin de la viande rôtie. Après trois mois de traitement, la cicatrisation était complète et tout danger avait disparu.

Chez ma malade, l'âge et la dépression morale avaient, on le voit, retenti sur la digestion, et diminué la nutrition générale; la cachexie s'était traduite par de la gangrène. L'anorexie complète, l'intolérance de l'estomac, rendaient impossible l'entretien de l'organisme épuisé encore par une suppuration de mauvaise nature et la mortification des tissus.

La peptone, quatre fois plus riche que le vin en principes azotés et en phosphates, était indiquée; mais devant la volonté de la malade, nous usâmes de subterfuge, et à l'aide du vin de peptone Defresne, nous nous rendîmes maître du symptôme le plus grave : la dénutrition.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 novembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Des lettres de MM. Dumontpallier, Ferrand, Hallopeau et Hayem, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique;

2° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Depoix (de Levallois);

3° Une note de M. Gabriel Pouchet, relative à une réclamation de priorité, au sujet de la communication faite par M. Riche, au nom de MM. Nicati et Riétoch, sur la découverte d'une ptomaïne volatile dans les cultures de microbes du choléra;

4° Une note de M. Pigeon (de Fourchambault), sur la diarrhée prodromique du choléra;

5° Un mémoire de M. le docteur Maurice Coste sur les mouvements pupillaires dans la période algide du choléra, considérés au point de vue du pronostic;

6° Un travail du même auteur sur l'angine cholérique.

M. Peter, à l'occasion du procès-verbal, réclame contre une opinion que lui aurait prêtée M. Le Roy de Méricourt, dans son rapport sur les injections intra-veineuses dans la période asphyxique du choléra. M. Le Roy de Méricourt lui fait dire que le sang des cholériques n'est pas épaissi. Il n'a pas dit cela, il a dit que l'épaississement n'était pas constant et il en a conclu que la transfusion agissait non pas en fluidifiant le sang, mais en servant d'excitant à la circulation.

PRÉSENTATION

Difformité de l'index chez tous les membres d'une même famille. — **M. J. Guérin** présente une femme et ses trois enfants atteints tous les quatre d'une déviation angulaire et latérale de la première phalange de l'index des deux mains. La cause de cette étrange difformité chez tous les membres d'une même famille, dont M. J. Guérin n'avait pas encore vu d'exemple, lui échappe. Ce n'est pas, dit-il, une lésion musculaire; ce n'est ni du rachitisme, ni du traumatisme. L'hérédité ou les influences morales subies par la mère pendant la grossesse, y auraient-elles quelque part? Tout ce qu'il peut dire à cet égard, c'est que la mère a été vivement préoccupée pendant toutes ses grossesses de la crainte de procréer des enfants offrant la même difformité qu'elle, ce qui est arrivé précisément.

Cette difformité lui paraissant dépendre principalement d'une rétraction des ligaments latéraux, M. J. Guérin se propose de faire chez ces quatre personnes la section de ces ligaments. Il rendra compte du résultat à l'Académie.

DISCUSSION SUR LA THALLINE ET L'ANTIPYRINE

M. Dujardin-Beaumetz, n'ayant pu prendre la parole mardi dernier sur la lecture de M. Jaccoud, à cause de l'ordre du jour, demande à l'Académie la permission de lui présenter quelques réflexions sur l'action antipyrétique de la thalline et de l'antipyrine. (Voir le Premier-Paris.)

COMMUNICATIONS

Hygiène des habitations. — **M. Durand-Claye**, candidat pour la classe des académiciens libres, expose en s'aidant de nombreux plans et dessins, les améliorations récemment introduites et celles qu'il reste à introduire encore dans l'aménagement de l'intérieur des habitations, au point de vue hygiénique, fosses et cabinets d'aisances, cabinets de toilette, approvisionnement d'eau, conduites d'eaux ménagères, etc., etc.

Cette communication, qui a été écoutée avec un vif intérêt par l'assemblée, a été accueillie par des applaudissements unanimes.

RAPPORT

M. Blot, au nom de la commission de vaccine, donne lecture du rapport officiel sur les vaccinations et revaccinations pour l'exercice de l'année 1884.

Les conclusions de ce rapport, qui a donné lieu à une discussion à laquelle ont pris part MM. J. Guérin, Bucquoy, Hardy, Maurice Perrin, etc., seront lues en comité secret.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures trois quarts.

ADDITION A LA SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1885

Rage. — **M. J. Guérin.** Quelque regret que j'éprouve de m'isoler de la manifestation qui vient d'accueillir l'importante communication de M. Pasteur, je ne puis m'empêcher de présenter quelques réserves, non pour en diminuer le mérite, mais pour faire voir ce qui peut lui manquer pour légitimer l'accueil qui lui est fait, et surtout pour lui donner la signification qu'elle prétend avoir.

Mes réserves porteront sur quatre points.

Ma première réserve est relative à la nature et au caractère de la maladie mise en expérimentation, et présentée comme étant la rage. Or cette maladie n'est pas la rage, du moins la rage spontanée, la rage vulgaire, celle que tout le monde connaît; c'est une rage en quelque sorte théorique, artificielle, produite avec des éléments déterminés, sur le lapin, et reproduite sans le concours

de la vraie rage. Comment la produit-on, en effet? — En introduisant dans le cerveau, à travers une couronne de trépan, des fragments de moelle empruntés à d'autres lapins morts de la même maladie artificielle. Or, cette maladie n'est pas connue d'aujourd'hui seulement. Lorsqu'elle a été produite pour la première fois, et communiquée, il y a quatre ans, à l'Académie, par MM. Raynaud et Lannelongue, plusieurs de nos collègues, et d'autres expérimentateurs étrangers à l'Académie, sont arrivés à conclure que la maladie présentée comme une sorte de rage expérimentale devait être considérée plutôt comme une maladie nouvelle, en raison de ses nombreuses différences avec la vraie rage. M. Pasteur même, si j'ai bonne mémoire, n'aurait pas été loin de partager cette opinion. Or cette réserve sur la nature de la maladie que l'éminent expérimentateur considère aujourd'hui comme la rage, je la maintiens, cette réserve, parce qu'elle me paraît aussi fondée que le premier jour (1).

Ma seconde réserve consiste à établir que la méthode prophylactique expérimentée par l'auteur, induite de sa rage artificielle, et qui consiste à vouloir prévenir les effets de l'inoculation de cette dernière, ne saurait avoir d'autre valeur préventive que celle de s'opposer au développement de la maladie qu'elle a produite. La conséquence des deux méthodes d'expérimentation est la même: je n'insiste pas davantage sur ce point.

Ma troisième réserve porte sur le fait du jeune berger mordu par un chien enragé, et chez lequel on a voulu prévenir le développement des accidents de la rage *réelle*, au moyen de l'inoculation du virus rabique *artificiel*. Je ferai remarquer que ce fait, le seul produit à l'appui de la méthode préventive en question, ne me paraît pas avoir la valeur qu'on lui suppose. Avant l'inoculation avec le nouveau virus, on avait cautérisé les blessures avec l'acide phénique. Pour que l'inoculation préventive eût la valeur qu'on lui attribue, on aurait donc dû l'appliquer sur un malade vierge de tout traitement antérieur.

Ma quatrième et dernière réserve est celle-ci : il ne s'agit pas, dans la communication de M. Pasteur, comme on l'a cru, et comme on continue à le dire partout, de la guérison de la rage, mais d'une méthode propre à empêcher son développement, quand elle n'a pas encore éclaté, ou qu'on suppose qu'elle doive éclater. Or on sent l'énorme différence qu'il y a entre ces deux entreprises, entre *prévenir* et *guérir*. Les corps savants qui, comme l'Institut, proposent des prix pour la guérison des malades, ne manquent pas d'insister sur la nécessité de guérir les maladies quand elles sont déclarées. Si bien que moi, qui crois avoir découvert le moyen de prévenir le développement du choléra, on ne m'a jamais rien donné, et on ne me donnera jamais rien.

Telles sont les réserves que, dans l'intérêt de la science et de la vérité, j'avais à soumettre à l'Académie sur la communication, très remarquable d'ailleurs, je me plais à le répéter, qui vient de lui être faite.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Stéthoscope amplificateur cardiographe.

Par M. le docteur Gavoy,
Médecin principal des hôpitaux militaires.

La construction de ce stéthoscope repose sur le principe du téléphone à ficelle, et sur l'emploi d'un résonnateur métallique, d'une forme et d'une disposition déterminées, pour renforcer les bruits reçus par une membrane disposée comme un tympan.

Ce stéthoscope se compose d'une petite caisse métallique à parois minces et sonores, en forme de cloche, dont l'ouverture inférieure est fermée par une membrane tendue sur les bords. Le sommet de cette cloche est terminé par un tube en caoutchouc.

Cette petite caisse close joue le rôle de résonnateur métallique; elle est fixée par son sommet au fond d'une autre cloche en ébonite de plus grandes dimensions, servant de récipient, de collecteur des ondes sonores ou du cornet acoustique, qui condense les ondes sonores sur les membranes et autour des parois libres du résonnateur.

Ce stéthoscope n'est donc pas un *simple tube acoustique*, mais bien un appareil à *renforcement des sons*, assez analogue à un résonnateur d'Helmholtz; car l'oreille, qui est mise en rapport par le tube en caoutchouc avec la masse d'air confinée dans l'intérieur du résonnateur, perçoit la *résultante* des vibrations transmises à cette masse d'air confinée par la membrane et les parois métalliques du résonnateur.

Ce fait théorique est vérifié aisément par l'expérience de l'auscultation du cœur, alternativement avec l'oreille et avec le stéthoscope. On trouve en effet par ce dernier moyen que les bruits du cœur sont plus détachés, mieux frappés, bien isolés, plus nets, plus vibrants, plus clairs; qu'ils n'ont pas ce caractère sourd, comme caverneux, fourni par l'application directe de l'oreille ou d'un tube acoustique. On les perçoit comme s'ils émanaient du milieu ambiant; ils semblent extériorés, sans avoir subi aucune altération dans leur timbre.

En outre de ses qualités incontestables comme stéthoscope, il présente l'avantage de pouvoir servir à volonté de *cardiographe* ou de *sphygmographe* sans subir aucune modification. — Après avoir ausculté le cœur, on peut prendre immédiatement le diagramme des bruits du cœur ou des pulsations artérielles, en adaptant l'extrémité auriculaire du tube en caoutchouc à un enregistreur en miniature qui dévide une bande de papier de 25 mètres de longueur. Un petit bracelet en caoutchouc, d'une disposition particulière, permet de graduer au poignet la pression sur l'artère radiale proportionnellement à la tension artérielle.

Le double usage de ce stéthoscope offre donc aux médecins praticiens une immense ressource pour poser sûrement et rapidement le diagnostic des affections cardiaques. Le petit volume de tout cet appareil parfaitement construit par Bréguet, contenu dans une boîte de la dimension d'une trousse de poche; sa légèreté, sa commodité, son maniement facile et sa solidité, en font un instrument essentiellement pratique, éminemment utile au monde médical.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 24 septembre 1885, des concours s'ouvriront le 25 mars 1886, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant d'histoire naturelle et pour un emploi de suppléant des chaires de physique et chimie à l'École de plein exercice de médecine et pharmacie de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *Hôpital de Mustapha.* — Le concours pour une place de médecin adjoint s'est terminé par la nomination de M. le docteur Cochez, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— *Faculté des sciences de Lille.* — M. Hallez, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de zoologie.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Gouy, docteur ès sciences, est chargé du cours de physique, en remplacement de M. Violle, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Marseille.* — M. Macé de Lépinay, docteur ès sciences, est chargé du cours de physique, en remplacement de M. Hugueny, nommé professeur honoraire.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Hunolt, préparateur de physique, est admis, sur sa demande, et pour cause d'ancien-

(1) Ma mémoire ne m'a pas permis de mieux préciser en séance. Mais en recourant au *Bulletin de l'Académie*, séance du 18 janvier 1881, j'y ai trouvé les paroles suivantes de M. Pasteur : « J'ai dit que je ne *savais rien* des relations que la maladie que j'*ai* étudiée peut avoir avec la rage. »

neté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1885.

M. Bringuier, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Hunolt.

— M. Arth soutiendra, à la Faculté des sciences de Paris, le 7 novembre, à quatre heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : « Étude de quelques dérivés du menthol. »

— M. le docteur Hallopeau, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne, le vendredi 6 novembre 1885, à cinq heures du soir, dans l'amphithéâtre Laënnec, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le professeur Ball commencera ses leçons cliniques des maladies mentales, à l'asile public des aliénés de Sainte-Anne, le dimanche 8 novembre 1885, à dix heures du matin, et les continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

— M. le docteur Falret commencera ses leçons cliniques sur les maladies mentales, à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 8 novembre 1885, à dix heures du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Tous les jeudis, à neuf heures du matin, conférence clinique au lit des malades.

— M. le professeur Panas commencera son cours de clinique ophthalmologique, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 9 novembre 1885, à neuf heures du matin, et le continuera les vendredis et les lundis suivants à la même heure.

Cours et opérations à neuf heures; exercices ophthalmoscopiques tous les mercredis.

— M. le professeur Potain commencera ses leçons de clinique médicale, à l'hôpital Necker, le lundi 9 novembre 1885, à dix heures du matin, et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. La visite des malades aura lieu tous les jours, à huit heures et demie du matin.

M. le docteur André Petit, chef de clinique, fera le mardi, à dix heures, une conférence de séméiologie clinique.

M. le docteur G. Esbach, chef de laboratoire, fera le mercredi, à dix heures, une conférence de chimie pathologique.

M. le docteur Suchard, chef du laboratoire, fera les nécropsies en présence des élèves.

— M. le professeur Germain Sée commencera le cours de clinique médicale, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 9 novembre 1885, à neuf heures et quart du matin, et le continuera tous les lundis et vendredis à la même heure.

Le lundi sera consacré à la thérapeutique clinique, et le mercredi au diagnostic. La visite des malades aura lieu, tous les jours, à huit heures et demie du matin.

— M. le docteur Gariel, agrégé, suppléant M. le professeur Gavarret, commencera le cours de physique médicale le lundi 9 novembre 1885, à midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Application des notions élémentaires de mécanique acoustique; chaleur; optique.

— M. le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, recommencera ses leçons cliniques sur les maladies des femmes, à sa clinique, rue de Savoie, 9, le lundi 9 novembre 1885, à une heure, et les continuera les lundis suivants à la même heure. Les élèves sont exercés à l'examen des malades.

— M. le docteur de Saint-Germain reprendra ses leçons cliniques, à l'hôpital des Enfants-Malades, le jeudi 12 novembre 1885, à neuf heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18513.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr. ».** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La médication antithermique.

La médication antithermique, basée sur le fait de l'exagération de la calorification normale chez le fébricitant, quelle que soit d'ailleurs la théorie physiologique que l'on adopte sur l'origine ou les sources diverses de la calorification, et alors même qu'on se résignerait à considérer la cause pyrétogène comme impénétrable, est vieille comme la médecine. Mais elle a acquis de nos jours une importance toute nouvelle, à raison du rôle majeur que l'on a fait jouer dans ces derniers temps à l'hyperthermie en pathologie. Dans la marche toujours oscillante des progrès qui semblent ne procéder que par bonds, dépassant constamment le point fixe, dans ses écarts soit à droite, soit à gauche, à la manière d'un balancier en mouvement, nous avons vu le moment où l'hyperthermie allait remplacer l'inflammation dans son exclusive prépondérance en pathogénie, quitte à tomber plus tard comme elle dans une sorte de discrédit. Ces exagérations théoriques devaient infailliblement conduire à des exagérations semblables en thérapeutique. C'est ce qui n'a pas manqué d'arriver. On n'a pas oublié, c'est trop récent pour cela, l'engouement, nous allions presque dire l'affolement, dont on s'est épris un moment pour les bains froids. On en est revenu assez vite, tout en conservant des épreuves faites un petit nombre d'indications utiles et d'applications limitées. Même chose à peu près se passe en ce moment par rapport aux agents médicamenteux antithermiques dont le nombre, depuis quelque temps, semble s'accroître tous les jours. Nous voulons parler de cette série interminable de produits retirés du goudron de houille et des résidus de la fabrication du gaz d'éclairage. Il y a quelques années à peine, la thérapeutique ne comptait guère, en fait d'antithermiques, que les bains froids ou tièdes, les émissions sanguines, le tartre stibié à haute dose, le sulfate de quinine. Aujourd'hui, il faut y ajouter l'acide phénique, les phénols et les oxyphénols, l'acide salicylique, la résorcine, la kairine, l'antipyrine et la thalline, le dernier venu.

Avant d'énoncer les résultats obtenus soit à l'étranger, soit en France, par l'expérimentation clinique de ces diverses substances, et d'indiquer, d'après ces études, la valeur thérapeutique des principales d'entre elles, de préciser le genre de services que peut rendre au médecin ce nouveau groupe de médicaments, il nous faut examiner une question préalable qui se présente d'abord à l'esprit : quelles sont les indications réelles de la médication antithermique? Sur quelles bases repose-t-elle? L'hyperthermie présente-t-elle toujours des dangers qu'il soit urgent de chercher à conjurer et, cette indication fût-elle formelle, les agents réputés antithermiques ont-ils réellement la propriété d'abaisser la température, et cet effet peut-il être obtenu sans dangers ou sans inconvénients pour l'économie?

Telles sont les questions que les cliniciens ont eu à se poser avant d'adopter une médication pour laquelle quelques-uns, sur les seules données de l'expérimentation de laboratoire, se sont tout d'abord laissé prendre d'un engouement un peu trop hâtif ou tout au moins insuffisamment réfléchi. C'est à ces questions que nous allons chercher à répondre, en nous aidant de l'un des cliniciens thérapeutistes des plus autorisés, M. Dujardin-Beaumetz, qui a fait sur ce sujet, à l'hôpital Cochin, vers la fin de l'année scolaire, une série de conférences cliniques, dont il ne nous a été possible d'entendre qu'une partie seulement.

L'hyperthermie; les indications qu'elle fournit.

Abaisser la température et combattre l'hyperthermie, dit M. Dujardin-Beaumetz, n'est pas détruire la fièvre, et moins encore la cause première qui l'a engendrée. Abaisser la température d'un pneumonique n'est pas guérir la pneumonie; pas plus que ramener la courbe thermique naturelle de la fièvre typhoïde à une ligne horizontale, ne s'élevant jamais au-dessus de 38 degrés, n'est guérir la fièvre typhoïde, ni abréger d'un jour sa durée. La médication antithermique ne s'adresse donc qu'à un des éléments de la fièvre, l'hyperthermie.

Mais si l'hyperthermie est un symptôme grave dans le cours des affections fébriles, on ne serait pas fondé à croire qu'en ramenant la température à la normale, on ferait cesser tous les autres phénomènes inquiétants qui l'accompagnent.

Toutefois, comme les autres symptômes qui constituent le processus fébrile, comme le délire, comme l'abattement des forces que l'on cherche avec raison à combattre, l'hyperthermie fournit aussi son indication au praticien, qui, s'il en possède le moyen, doit chercher à la ramener à

un niveau moins élevé. C'est en la réduisant à ces proportions, que M. Dujardin-Beaumetz entend faire une place à la médication antithermique, à côté de celle qui appartient, suivant les circonstances, aux médications calmantes ou aux médications toniques.

La médication antithermique ainsi restreinte d'une manière générale, quels sont les agents de cet ordre qui sont plus immédiatement applicables et mieux adaptés à tel ou tel état fébrile?

Telle est la deuxième question que s'est proposé d'élucider notre confrère.

Pour la résoudre, il part de ce fait d'observation que les différentes fièvres ne répondent pas de même aux différents médicaments antithermiques, si bien, par exemple, que quatre individus qui auraient une température égale de 40 degrés, et qui, par l'inspection seule de la température, auraient une fièvre identique, mais qui seraient atteints, l'un de fièvre intermittente, l'autre d'un rhumatisme articulaire aigu, le troisième de la fièvre hectique des tuberculeux, le dernier d'une fièvre typhoïde, ne ressentiront pas également les mêmes effets des mêmes antithermiques. Pour le premier cas, ce serait le sulfate de quinine qui agirait le plus activement; pour le second, ce serait le salicylate de soude, pour le troisième, l'antipyrine, qui donneraient les meilleurs résultats; tandis que pour le quatrième, ces mêmes antithermiques employés aux mêmes doses seraient inefficaces ou insuffisants.

Les nouveaux agents antipyrétiques.

La *kairine*, un dérivé de la quinoléine (méthylure d'oxyquinoléine), étudiée d'abord pour la première fois en Allemagne, au point de vue thérapeutique, par Filehne (d'Erlangen), qui a eu dans son pays des imitateurs, et en France, par notre confrère M. Hallopeau et M. Garat, l'un de ses élèves, abaisse la température de 2 à 3 degrés au bout de quelques heures (quatre heures en la donnant sous la forme de chlorhydrate en cachets, et à la dose de 50 centigrammes toutes les heures), mais son action antithermique n'a qu'une très courte durée. La température remonte très vivement dès qu'on en a cessé l'administration, et ce retour s'accompagne de frisson. Elle a, en outre, l'inconvénient plus grave d'agir sur les globules sanguins et sur l'oxyhémoglobine qu'elle détruit. Enfin la kairine n'a aucune action sur les fermentations. M. Dujardin-Beaumetz la considère, en conséquence, comme devant être repoussée de la thérapeutique.

L'*antipyrine* (diméthyoxyquinizine des uns, oxyméthylquinizine méthylée des autres), tirée de l'oxyméthylquinizine, qui elle-même s'obtient en faisant agir l'éther acétacétique sur la phénilhydrozine, se présente sous la forme d'une poudre cristalline d'un gris rougeâtre, très soluble dans l'eau et d'une saveur légèrement amère, dont la découverte est due à un chimiste de Munich, Ludwig Knorr; elle a été expérimentée pour la première fois cliniquement par Filehne (d'Erlangen). On peut l'administrer soit par la bouche, dans de l'eau sucrée aromatisée avec du citron ou de l'essence de menthe, soit en lavement, soit par la voie hypodermique. En France, c'est M. Huchard qui en a, l'un des premiers, fait connaître l'action thérapeutique. M. Dujardin-Beaumetz, qui l'a expérimentée de son côté et qui en a fait le sujet de plusieurs communications à la Société de thérapeutique, résume comme il suit ses observations.

L'antipyrine, à des doses élevées, est toxique, mais à un moindre degré que la résorcine et l'acide phénique; elle détermine des symptômes tétaniques et paralytiques, et son action paraît porter sur l'axe cérébro-spinal. Comme médicament, elle a peu d'action sur la circulation; elle ne modifie pas le liquide sanguin et n'a pas d'action sur l'hémoglobine, comme la kairine. Elle paraîtrait, d'après des observations de M. Hénocque, avoir des propriétés hémostatiques supérieures à celles de l'ergotine et du perchlorure de fer. Elle s'élimine par les urines. Elle diminue leur quantité.

M. Dujardin-Beaumetz a pu constater cette diminution chez un malade polydipsique. Elle a aussi une action notable sur les sueurs, qu'elle exagère. Enfin, comme les phénols et les oxyphénols, c'est un médicament antifermentescible.

Filehne a administré l'antipyrine d'abord à la dose de 2 grammes, et a produit un abaissement de 1 à 2 degrés; puis au bout de quatre heures, au moment où la température tendait à reprendre son degré primitif, il a renouvelé cette dose de 2 grammes; puis quatre heures après, la température tendant de nouveau à s'élever, il a donné une troisième dose de 1 gramme, et il a obtenu ainsi un abaissement thermique qui a pu se prolonger pendant vingt-quatre heures et même quarante-huit heures.

C'est la pratique qui a été d'abord suivie en France. Mais nos confrères n'ont pas tardé à l'abandonner, frappés qu'ils ont été de l'inconvénient que pourraient avoir, surtout pour les malades tuberculeux auxquels cette médication s'applique plus particulièrement, les sueurs profuses que produit ce médicament. M. Huchard, particulièrement frappé de cet inconvénient, a proposé d'abaisser la dose à 50 centigrammes, et même de ne la donner seulement que tous les deux jours.

Aussi n'est-ce pas sans quelque surprise qu'on a entendu depuis lors M. Daremberg venir dire à la tribune de l'Académie qu'il administrait l'antipyrine aux tuberculeux jusqu'aux doses considérables de 5 et 6 grammes par jour, par doses fractionnées de 1 gramme. Il est vrai qu'il a la précaution de la donner surtout dans la période apyrétique.

C'est la manière de faire, proposée par son collègue de l'hôpital Bichat, que M. Dujardin-Beaumetz a adoptée. Disons toutefois qu'à ses yeux cette règle n'a rien d'absolu. Comme on a pu le voir déjà plus haut, à propos des indications de la médication en général, les doses comme le choix de l'agent antithermique sont surtout subordonnés à la nature de l'état fébrile auquel on a affaire. Quoi qu'il en soit, des essais déjà assez multipliés qui ont été faits de cet agent ayant montré qu'il avait une sorte d'action élective particulière dans la fièvre des tuberculeux, c'est surtout à ces cas que M. Beaumetz en a fait l'application, et il assure en avoir retiré un véritable bénéfice.

Il a observé que les malades n'éprouvaient plus cette chaleur mordicante de la peau qui les fatiguait, que leur sommeil était meilleur, leurs déperditions amoindries, etc., et que la médication antithermique, venant se joindre à la suralimentation, aux modificateurs de l'expectoration, si elle n'amenait pas la guérison, permettait du moins aux malades de lutter avantageusement contre le mal.

Enfin, M. Dujardin-Beaumetz, dans ses leçons, exprimait aussi l'espoir que l'antipyrine s'adresserait avec avantage aux fièvres éphémères souvent si intenses qui accompagnent

les amygdalites, à la pneumonie lorsque la température devient trop élevée, aux fièvres éruptives, à la scarlatine notamment; il réservait, parmi les autres antithermiques passés en revue, la quinine pour les fièvres périodiques, l'acide salicylique pour le rhumatisme articulaire aigu, les bains tièdes pour la fièvre typhoïde, etc.

La *thalline*, qui a fait plus particulièrement l'objet de la communication de M. Jaccoud à l'Académie, et qui avait déjà été le sujet d'une de ses leçons cliniques de la Pitié, reproduite par la *Gazette des hôpitaux* (voir le numéro du 25 juin 1885), avait également attiré parmi nous l'attention de M. Huchard, et celle de MM. Brouardel et Paul Loye (communication à la Société de biologie, séance du 14 février 1885, *Gazette des hôpitaux* du 19). La thalline ou le « tetrahydroparamethyloxyquinoline » des Allemands, ou un peu plus simplement le tetrahydroparachinanisol, découvert par Straup, qui lui a donné le nom beaucoup plus bref et plus aisé à retenir de thalline (de *thallus*, rameau vert), à cause de sa coloration vert émeraude qu'elle prend sous l'influence du perchlorure de fer, a été expérimentée par le docteur Rudolf von Jacksch (de Vienne), qui s'en est servi à l'état de sulfate très soluble dans l'eau bouillante et dans cinq fois son poids d'eau froide. Comme la kairine, elle abaisse la température sans provoquer de sueurs. Jacksch lui a reconnu des propriétés antipyrétiques à la dose de 0,20 à 0,50 ou 0,75 centigrammes. C'est un des plus puissants antithermiques, le plus puissant même au dire de M. Dujardin-Beaumetz, mais aussi un toxique énergique. On a pu voir, du reste, dans la leçon de M. Jaccoud, publiée dans la *Gazette*, que dans le cas unique où il a prescrit la thalline à la dose de 1 gramme, donné par prises de 25 centigrammes toutes les demi-heures, l'abaissement de température obtenu a été de 5°,6.

Les sels de thalline, le chlorhydrate, le sulfate, le tartrate, ont les mêmes propriétés antithermiques que la substance elle-même. M. Huchard, qui l'a expérimentée le premier ou l'un des premiers en France, a donné la préférence au sulfate, qui lui a paru plus actif que le tartrate et le chlorhydrate. Il a fait à l'égard de cette substance la même remarque qu'il avait faite déjà pour l'antipyrine, savoir qu'elle est un antithermique puissant, mais nullement un antipériodique. Dans la fièvre intermittente, on réussit bien à supprimer l'accès en la prescrivant deux ou trois heures avant son apparition, mais elle ne guérit pas la fièvre intermittente, dont les accès continuent à se reproduire. Les sels de thalline lui ont paru très efficaces pour abaisser la température jusqu'à la normale, dans la fièvre typhoïde, dans la fièvre des tuberculeux et dans la fièvre rhumatismale, mais sans produire aucun effet sur les phénomènes douloureux, pas plus que sur la durée de la maladie.

Voici l'un des résultats les plus remarquables obtenus par M. Huchard. Chez une jeune fille de vingt et un ans, atteinte d'une pneumonie lobaire double, l'administration de 0,25 centigrammes de tartrate de thalline produit un abaissement de température de 1°,2, sans sueurs ni vomissements. Dans la soirée, la température étant remontée à 39°,3, on donne 0,50 centigrammes de tartrate de thalline, et au bout de deux heures elle était descendue à 37 degrés; le pouls, de 104, ne marquait plus que 90, sans accidents secondaires. Cependant, deux jours plus tard, pendant l'abaissement thermique, il se produisit un frisson d'une demi-heure de durée, suivi d'une sueur abondante. Le lendemain, la malade prend de nouveau 0,50 centigrammes du médicament. Au bout de trois heures, la température est tombée de 39°,4 à 36°,6, et huit jours après le début des accidents, la défervescence se produisait et la malade entrait en pleine convalescence.

En résumé, à la dose de 0,25 centigrammes à 0,50 centigrammes, les sels de thalline ont montré une action antipyrétique réelle; la chute de la température a été souvent suivie de sudations abondantes, l'abaissement thermique a été obtenu en deux ou trois heures, l'ascension secondaire s'est produite après quatre ou cinq heures, en s'accompagnant souvent de frissons. L'administration de cette substance n'a jamais fait apparaître dans l'urine ni sucre, ni albumine, ni matière colorante de la bile; elle n'a produit d'autres effets secondaires que des sueurs et quelques frissons, mais jamais de vomissements, ni de cyanose, ni de collapsus comme la kairine.

M. Dujardin-Beaumetz a fait à peu près les mêmes constatations que M. Huchard, sauf la provocation de sueurs. La puissance antithermique lui a également paru extrêmement énergique; mais malheureusement, comme la kairine, elle abaisse la température, non pas en agissant sur les centres thermiques, mais en diminuant le pouvoir respiratoire du sang et en dissolvant l'hémoglobine. Les recherches dont MM. Brouardel et Paul Loye ont communiqué les résultats à la Société de biologie sont à cet égard démonstratives.

— Nous voici arrivés à la communication de M. Jaccoud. On a déjà vu dans sa leçon sur les températures fébriles et antipyrétiques du mois de juin dernier, à quelles conclusions provisoires il était arrivé : constatation d'une action antithermique de la thalline, à petites doses, dépassant sous ce point de vue tous les autres antipyrétiques, sans inconvénients notables, possibilité de supprimer d'une manière plus ou moins permanente la température fébrile; mais effets nuls sur la maladie, dont la courbe n'est en rien modifiée. Il faisait, en outre, des réserves sur la question de savoir jusqu'à quel point il serait prudent, dans tous les cas, de chercher à supprimer la fièvre, et à quel prix on pourrait le faire là même où cette suppression serait réellement utile.

Dans sa communication à l'Académie, dont nous n'avons pas à rappeler ici les conclusions, connues de nos lecteurs, la plupart des réserves faites dans cette leçon sont devenues des négations ou des infirmations. Un seul fait reste debout, c'est le fait même de la propriété antithermique d'une surprenante intensité de la thalline, constatée principalement dans la fièvre typhoïde et dans la tuberculose fébrile. D'ailleurs, effets de courte durée; réascension plus ou moins rapide de la température; — effets consécutifs sur le malade, sueurs, frissons, moins accusés et moins pénibles qu'à la suite de l'antipyrine; une fois seulement une éruption érythémateuse accompagnée de vives démangeaisons et de sensation de brûlure (érythème antipyrinique); nécessité d'administrer le médicament avec une extrême prudence et de recourir à des doses d'épreuve pour éviter le collapsus facile, dont il a été cité plus haut un exemple; — effets sur la maladie, absolument nuls, aucune modification dans les symptômes et dans l'évolution de la maladie, les oscillations thermiques provoquées par le médicament, en raison de leur peu de durée, n'ayant même pas d'influence sensible sur la courbe générale ordinaire de la température, ni dans ses détails, ni dans son ensemble; tels sont

les résultats de l'expérimentation à laquelle M. Jaccoud a apporté un grand luxe de précautions et de garanties contre toutes chances d'erreur.

La même méthode d'observation appliquée parallèlement à l'étude de l'antipyrine lui a donné à peu près les mêmes résultats, toutes proportions gardées pour les doses, et compte tenu de quelques effets spéciaux : même rapidité, même durée et même fugacité d'effet; effets consécutifs de l'antipyrine sur le malade plus pénibles que ceux de la thalline ; sueurs plus abondantes, sensation de froid plus vive, frisson à peu près constant, malaise, grande fatigue; chances de collapsus les mêmes avec les deux agents, danger spécial plus insidieux avec l'antipyrine, renaissant à chaque administration, sans que la tolérance d'un jour prouve quoi que ce soit pour celle du lendemain; fréquence plus grande de l'exanthème avec l'antipyrine. D'où découlent les conclusions que l'on connaît.

Ajoutons enfin, bien qu'ici nous entrions dans le domaine de l'interprétation hypothétique, que pour M. Jaccoud, tout dans le mode d'action de ces agents, notamment la fugacité de leur effet, tend à établir qu'ils n'influencent que l'irradiation périphérique de la chaleur.

En fin de compte, la réfrigération périphérique ainsi produite ne conférant au malade aucun soulagement, cette perturbation étant, au contraire, une cause évidente de fatigue pour lui, sans bénéfice durable, M. Jaccoud en est venu à se demander où est l'avantage d'une pareille aggression thérapeutique et à conclure que ces agents ne peuvent constituer une acquisition réelle pour la thérapeutique médicale.

— Nous voilà loin, on en conviendra, des espérances que les premiers essais de cette médication spéciale avaient fait concevoir. Voilà assurément de quoi faire singulièrement rabattre de l'enthousiasme des uns, de la confiance des autres. Mais n'y a-t-il pas lieu de rappeler d'un jugement aussi sommaire, et doit-on se résigner, comme à un fait accompli, à une exécution aussi radicale?

Nous ne le pensons pas absolument, et nous n'avons pas vu sans quelque satisfaction M. Dujardin-Beaumetz venir, avec son autorité spéciale, contester la validité de quelques-unes des conclusions par trop rigoureuses de son collègue. S'appuyant, lui aussi, sur son expérience personnelle et sur l'étude spéciale qu'il a faite de la question, sans dissimuler les dangers que pourrait entraîner dans la pratique le maniement délicat et difficile de quelques-uns des agents antithermiques en question, sans en exagérer non plus les propriétés et les services qu'on en peut attendre, M. Dujardin-Beaumetz nous paraît être resté dans les limites d'une juste appréciation et d'un sage éclectisme. Il a montré que, pour n'avoir rien à attendre de l'emploi de ces agents au point de vue de la guérison proprement dite d'aucune maladie fébrile, dont ils sont incapables d'abréger la durée et de modifier l'évolution, on serait mal fondé à rejeter de la thérapeutique des agents qui peuvent utilement, dans une sphère d'action restreinte il est vrai, combattre des symptômes capables, à un moment donné, de constituer un danger réel et de concourir à arrêter, au moins passagèrement, des phénomènes qui menacent d'accroître les déperditions incessantes que subissent certains malades, tels que les tuberculeux fébricitants, par exemple, et de précipiter l'issue fatale de la maladie.

THÉRAPEUTIQUE

Les médicaments pectoraux.

Par M. le Dr S. LEFRANC.

Les *médicaments pectoraux* constituent ces nombreux agents qui sont employés à titre d'adoucissants et d'expectorants, en infusions chaudes, en pâtes ou en sirops composés, dans le traitement des affections inflammatoires des voies aériennes.

Le symptôme principal contre lequel on dirige le médicament pectoral est la toux ; envisageons en quelques lignes la physionomie de ce symptôme important qui, dans un grand nombre de cas bénins, et même sérieux, réalise presque toute la maladie, préoccupant à peu près exclusivement la sollicitude des intéressés et apparaissant comme la seule indication curative.

La toux est un acte défensif et utile, par lequel l'organisme tend à se débarrasser des mucosités ou des matières étrangères qui ont pénétré dans le larynx ou dans les tuyaux bronchiques sous-jacents : c'est aussi un phénomène réflexe dont le point de départ a lieu dans l'irritation préalable de la muqueuse bronchique et même de l'appareil digestif.

Suivant son caractère variable, la toux a reçu différentes dénominations : elle est *sèche*, lorsqu'elle ne s'accompagne d'aucune sécrétion muqueuse, ainsi que cela se produit au commencement de tous les rhumes, laryngites, bronchites, pleurésies et pneumonies ; alors, en même temps que sèche, elle est souvent *quinteuse*, c'est-à-dire se manifestant par accès violents, ainsi qu'on l'observe dans la coqueluche et dans l'asthme ; d'autres fois, en même temps que sèche, elle est continue, et elle est dite *férine ;* ou bien elle est purement *nerveuse*, tantôt éclatante, tantôt brève et continue, double forme qu'elle revêt communément chez les hystériques.

Dans toutes ces circonstances, la toux prend encore le nom générique de *spasmodique*.

En opposition avec la précédente, la toux est fréquemment humide, ou plutôt *catarrhale*, c'est-à-dire marquée par l'hypersécrétion muqueuse, ainsi que cela se voit dans certaines constitutions médicales saisonnières, dans la grippe particulièrement.

Une complication fréquente de la toux, et qui la précède souvent, est l'éternuement, symptôme caractéristique du *coryza ;* ce dernier se montre parfois isolé, mais la plupart du temps ce n'est que le prélude du rhume ou de certaines grippes, et il se propage par contiguïté à la muqueuse pharyngo-laryngée et à celles des grosses bronches. La toux qui s'ensuit est rendue plus pénible par la difficulté de la respiration nasale.

Contre la toux considérée comme symptôme dans les rhumes, grippes et bronchites qui, au commencement et dans le cours de l'hiver se rattachent à l'influence prolongée du froid humide, deux indications prédominantes se posent au médecin : la première est de modérer et d'annuler la toux, qui pendant le jour est une fatigue souvent douloureuse, et la nuit devient un obstacle au sommeil ; la seconde, est de diminuer et de tarir cette sécrétion muqueuse anormale dont la continuité est une gêne pour le goût et l'odorat qu'elle émousse, pour l'appétit qu'elle enraye, et dont l'abondance est une sollicitation irrésistible à la toux.

Pour remplir la première indication, les opiacés se présentent naturellement ; encore ne faut-il s'en servir qu'à doses généralement parcimonieuses. Mais pour faire face à la seconde, l'embarras, pour ne pas dire la confusion, commence ; la vérité est qu'on la juge la plupart du temps assez peu sérieuse pour la négliger, ou tout au moins l'abandonner à l'empirisme des enrhumés, qui sont tant soit peu polypharmaques.

On peut néanmoins arriver facilement au but, à l'aide de tisanes chaudes émollientes, qui, ingérées en certaine quantité, provoquent une diaphorèse révulsive et diminuent la consistance puriforme des sécrétions broncho-pharyngées ; le remède est complété par l'addition des balsamiques qui stimulent et contractent les glandules mucipares.

Cette double indication, secondaire, je l'accorde, pour le mé-

decin, mais très considérée par le profane vulgaire, ne devrait jamais être omise dans nos prescriptions, d'autant plus que les toux les plus intenses sont souvent celles qui sont le plus facilement guéries, et que nous avons à notre disposition tout un arsenal de médicaments béchiques ou pectoraux.

Parmi ces derniers, il est un agent spécial d'une antique renommée, ne cessant d'être apprécié par le public, et que nous n'hésitons pas à préconiser aux médecins eux-mêmes : c'est le *Sirop pectoral de Pierre Lamouroux*.

Ce médicament, toujours prêt et inaltérable, d'une saveur aromatique et agréable, est précisément formé de principes mucilagineux et expectorants, qui sont en même temps sédatifs au plus haut degré : la double indication, que nous formulons plus haut, se trouve donc réunie dans le *Sirop de Lamouroux* pour combattre rhumes et coryzas.

Le *Sirop de Lamouroux* est le *Pectoral* par excellence, soit comme édulcorant des tisanes auxquelles il communique en outre son goût agréable et ses propriétés calmantes, soit pris à la dose de quatre à six cuillerées dans les vingt-quatre heures : on peut l'employer de la même façon, par cuillerées à café, chez les enfants, à partir de la première année.

A côté du *Sirop de Lamouroux* se place la *Pâte pectorale de Lamouroux*, qui est le sirop sec ou privé de ses parties volatiles, et dont les effets toniques sont toujours appréciables dans les toux pharyngo-laryngées, dans les angines et dans le coryza : ajoutons que, pour les délicats et les friands, la *Pâte pectorale de Lamouroux* joint à son efficacité l'attrait d'une confiserie artistique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 octobre 1885. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Ovario-hystérectomie. — **M. TERRIER** fait un rapport sur une communication de M. Quenu ayant pour titre : *Ovario-hysterectomie pour corps fibreux utérin et tumeur végétante de chaque ovaire avec ascite considérable. Pathogénie de l'ascite dans ces conditions.*

L'opération fut laborieuse à cause de la multiplicité des adhérences aux organes voisins, et nécessita de nombreuses ligatures au fil de soie. Les suites furent favorables, sauf une petite complication locale. Un abcès se développa en effet au niveau de l'extrémité inférieure de la ligne de suture et se ferma après avoir donné issue à beaucoup de pus; en outre, du deuxième au sixième mois qui ont suivi l'opération, plus de douze fils à ligature ont été évacués par le vagin. La guérison est d'ailleurs parfaite.

La résorption des fils de soie est en effet quelquefois très lente, et M. Quenu a pu, sur une pièce de M. Duplay, voir un de ces fils encore intact au bout d'un an. La suppuration au niveau du moignon utérin est due à son isolement imparfait de la cavité vaginale et à l'absence d'antisepsie vaginale.

L'examen histologique des tumeurs ovariennes a montré qu'elles étaient constituées par de l'épithélioma myxoïde; leur surface externe était couverte de dépressions tapissées d'épithélium, véritables petites glandes à mucus qui versaient leur produit dans la cavité péritonéale, ce qui explique la production de l'ascite.

L'ascite est en effet plus fréquente dans les tumeurs ovariennes que dans les tumeurs utérines. Pour les tumeurs solides de l'ovaire, on peut invoquer les mauvaises conditions de la circulation veineuse dans ces néoplasmes et l'absence de péritoine à la surface de l'ovaire. Quant aux tumeurs végétantes, elles ne se compliquent presque jamais d'ascite qu'en cas de végétations externes, ou par écoulement du contenu du kyste dans la séreuse, l'ascite inflammatoire étant très rare. M. Quenu propose d'expliquer la pathogénie de ces ascites compliquant les kystes à végétations externes par l'écoulement du produit de sécrétion de ces végétations.

On comprend ainsi la composition spéciale de ce liquide ascitique signalée par M. Méhu, et sa richesse plus grande en matières fixes. L'examen histologique permettrait sans doute d'y trouver des cellules épithéliales caliciformes.

M. Terrier insiste sur la nécessité, dans les cas de ce genre, de désinfecter le vagin et l'utérus avant l'opération, par un tamponnement iodoformé. Il croit, en outre, que la syphilis, dans le cas de M. Quenu, a pu jouer un certain rôle dans la suppuration du pédicule. Quant à l'explication de l'ascite, M. Terrier croit la trouver dans l'absence du revêtement péritonéal de la tumeur et surtout dans la dégénérescence athéromateuse ou graisseuse qui, en faisant corps étranger, entretient une inflammation chronique. Les kystes s'accompagnent surtout d'ascite quand il y a des végétations extérieures. Quelquefois elle est franchement inflammatoire par suite de la rupture du kyste.

M. TERRILLON fait observer à M. Terrier, qui prétend que, toutes les fois qu'il y a ascite avec un kyste, celui-ci est végétant par sa surface extérieure, qu'il a vu trois fois une ascite volumineuse dans des kystes ovariques sans végétations. Parmi ces trois cas, il y en a deux anciens et un qu'il a vu le matin même. Il s'agissait d'une femme qui avait le ventre gros depuis deux ans et de l'ascite depuis trois mois. Une ponction faite il y a cinq semaines amena 9 litres d'un liquide ascitique. Le toucher révèle alors une tumeur arrondie, extrêmement mobile. L'ascite se reproduit quinze jours après. M. Terrillon pratique l'opération, trouve 9 à 10 litres d'un liquide semblable au premier et extrait un kyste ovarien, présentant quelques adhérences avec l'utérus, l'épiploon et l'intestin. La paroi est assez épaisse et noircie comme celle d'un vieux kyste. A la surface externe existe une petite saillie, même pas papillaire. En dedans, on constate un liquide visqueux et des mamelons à surface devenue graisseuse, sans végétations apparentes, même sous l'eau. Peut-on incriminer cette petite saillie, au point de vue de l'ascite? M. Terrillon ne le pense pas. M. Terrier a donc été trop absolu. Dans deux cas de ce genre, avec plus d'adhérences, M. Terrillon a perdu ses malades de phénomènes septiques tardifs. Dans le dernier cas qu'il vient d'opérer, M. Terrillon s'est demandé s'il ne devrait pas recourir au drainage. Il s'est décidé à fermer l'abdomen tout à fait, parce qu'il n'y avait pas eu de désordres importants.

M. DUPLAY, parmi de nombreux cas, n'a jamais vu d'ascite volumineuse que quand il y avait des végétations extérieures, sauf dans un cas où la paroi avait plusieurs centimètres d'épaisseur et faisait croire à une tumeur solide.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a toujours trouvé des tumeurs végétantes quand il y a une grosse ascite. Il n'a pas guéri de malades dans ces conditions. Elles meurent toutes avec des phénomènes de dépression cachectique, ce qui accuse une nature maligne. Il a renoncé à ces opérations.

M. VERNEUIL rappelle que la première ovariotomie guérie par Nélaton appartenait à cette catégorie; il y avait une ascite énorme et la malade a guéri, ce qui permet d'atténuer la gravité du pronostic porté par M. Lucas-Championnière.

M. POZZI a opéré, il y a sept ans, avec M. Terrier, une malade avec une ascite donnant 7 à 8 litres tous les vingt jours. Il y avait deux ovaires végétants. Cette malade a parfaitement guéri.

M. RECLUS, au commencement de l'année dernière, a opéré une vieille dame d'un kyste de l'ovaire avec ascite considérable; 9 litres d'un liquide très dense, huileux; aucune végétation extérieure, mais tumeur très dure adhérente à l'utérus dont une portion a dû être enlevée. M. Reclus n'a pas fait de drainage; la guérison a été parfaite.

M. MONOD dit que trois termes semblent ici connexes : ceux d'ascite, de malignité et de végétations.

M. TERRIER répond que quand il y a des végétations extérieures, il y a ascite; cela est certain. Mais cette ascite est différente de celle qu'ont observée MM. Duplay et Terrillon qui ont eu affaire à des tumeurs dont la paroi n'est plus recouverte d'épithélium. M. Terrier ne pense pas que végétations soit synonyme de malignité. Donc l'ascite peut être la conséquence de végétations ou de

dégénérescence de la surface de la tumeur. Quand on a enlevé la tumeur, la cause de l'ascite a disparu, le drainage est donc inutile. Dans un certain nombre de cas de ce genre, M. Terrier n'a pas observé la gravité signalée par M. Lucas-Championnière qui, sans doute, a été mal servi par les circonstances. Chez une malade de M. Pozzi, on avait fait deux injections iodées dans le péritoine et trouvé deux cavités comprenant deux choux-fleurs ovariens. C'était là un cas tout spécial où le drainage était indiqué.

Résection du coude. — M. POZZI présente une malade à laquelle il a pratiqué la résection du coude pour une ankylose rectiligne avec carie étendue. Huit centimètres d'os ont été enlevés.

L'état des fonctions est actuellement si bon que la malade se sert de son bras gauche (opéré) comme du droit et qu'il est difficile, quand elle est habillée, de reconnaître tout d'abord le membre opéré qu'elle fait mouvoir presque aussi bien que l'autre. Les muscles du bras, qui étaient absolument atrophiés au moment de l'opération, ont repris leurs fonctions très suffisamment, à l'exception du triceps qui est resté très faible. Mais l'opérée supplée à son insuffisance par la pesanteur, et comme le bras est énergiquement maintenu en avant et sur les côtés, le mouvement d'extension se fait en apparence normalement. La nouvelle articulation est très serrée et il y a peu de mobilité latérale.

Hystérectomie vaginale. — M. GILLETTE fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES

M. LE DENTU présente des pièces anatomiques provenant d'une femme de trente-cinq ans, à laquelle il vient de pratiquer, sans succès, une hystérectomie vaginale. Cette femme avait de fréquentes hémorrhagies et était très anémiée. Après l'avoir tonifiée le plus possible, M. Le Dentu se décida à l'opérer. L'utérus seul paraissait atteint. La lésion dépassait seulement un peu le col. M. Le Dentu fit d'abord une injection antiseptique, attira facilement l'utérus à la vulve, fit l'incision circonférentielle, s'appliqua, dans la dissection, à bien isoler les uretères, déchira facilement le péritoine avec les doigts ; puis, ayant passé son doigt recourbé en crochet derrière le ligament large du côté droit, il plaça sur ce ligament, à l'aide d'un porte-fil spécial, quatre ligatures élastiques ; il sectionna, fit basculer l'utérus, se contenta de placer deux fils de soie sur le ligament latéral gauche et acheva l'opération. Il y eut une légère hémorrhagie provenant des artères vaginales. Il fit la suture du vagin, plaça deux tubes à drainage, et appliqua un tampon iodoformé. Il a eu soin, avant, pendant et après l'opération, de recourir à l'antisepsie la plus rigoureuse. Cependant la malade est morte, dans le collapsus, le quatrième jour.

M. Le Dentu insiste sur l'importance, pour cette opération, des rapports des uretères avec la face postérieure de l'utérus. On peut être exposé à blesser l'un des uretères.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Depuis le 1er de ce mois, les médecins qui ont adhéré au service médical de nuit sont réquisitionnés à tour de rôle, et par lettre alphabétique, toutes les fois qu'ils sont appelés par le poste de police à faire une visite de nuit.

— Le choléra qui, depuis quelques semaines, a éclaté dans le Finistère, vient de causer quelques décès à Brest. Nous attendrons les communications de nos correspondants, pour suivre ce nouveau réveil de l'épidémie.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 novembre 1885, la chaire de pharmacie clinique de l'École de pharmacie de Paris est déclarée vacante.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1884-1885 :

Première année. — Prix : M. Friant. — Mention honorable : MM. Riche et Legrain.

Deuxième et troisième années. — Prix d'anatomie et de physiologie : M. Eugène Licht.

Quatrième année. — Prix : M. Ruotte.

Prix Bénit. — M. Beauquel. — Mention honorable : M. Haushalter.

Prix de Thère. — M. Vautrin. — Mentions honorables : MM. Marlier, Devaux, Lalitte et Beaucard.

— L'épidémie de variole qui sévit à Montréal depuis le mois d'avril dernier, et qui depuis cette époque a fait 2651 victimes, a redoublé encore d'intensité pendant le mois d'octobre dernier, où l'on ne compte pas moins de 622 malades ayant succombé à cette affection.

— Le gouvernement russe vient de prendre, au sujet de la profession de dentiste, certaines mesures. Il a décidé qu'à l'avenir, pour ouvrir un cabinet de dentiste et pratiquer l'art dentaire, il sera nécessaire d'avoir passé des examens spéciaux et obtenu un diplôme spécial. Les études préliminaires exigeront une assiduité de six années aux classes d'un gymnase ou collège ordinaire ; et pour obtenir le diplôme de dentiste, les élèves devront faire un stage et subir des examens dans une université ou des chaires d'odontologie ; des laboratoires et des cliniques vont être institués. C'est seulement après avoir satisfait à cette condition que les candidats pourront être admis à l'exercice de leur profession.

— *École pratique des hautes-études.* — Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude comparative de la structure intime des tissus constitutifs des animaux, ont lieu tous les jours, de midi à cinq heures, au laboratoire d'anatomie comparée et d'histologie zoologique, rue de Buffon, 55, sous la direction de M. G. Pouchet, professeur au Muséum d'histoire naturelle.

Les élèves devront se faire inscrire auprès du moniteur, M. E. Bovier-Lapierre.

— M. le docteur Reynier, agrégé, commencera le cours complémentaire de physiologie, le lundi 9 novembre 1885, à cinq heures du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Jaccoud commencera ses leçons de clinique médicale, le mardi 10 novembre 1885, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital de la Pitié, et les continuera les samedis et les mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Le Fort commencera ses leçons de clinique chirurgicale, le mardi 10 novembre 1885, à dix heures du matin, à l'hôpital Necker, et les continuera les jeudis et les mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Raphaël Blanchard, agrégé, commencera le cours complémentaire d'histoire naturelle médicale le mardi 10 novembre 1885, à deux heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Duplay commencera son cours d'opérations et appareils, le mardi 10 novembre 1885, à quatre heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Pinard, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchements le mardi 10 novembre 1885, à cinq heures du soir, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Trélat commencera ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité, le mercredi 11 novembre 1885, à dix heures.

Le mercredi et le vendredi, leçons à l'amphithéâtre et opérations; le lundi, maladies des femmes et étude des pièces au laboratoire; le mardi, le jeudi et le samedi, visite des malades à neuf heures du matin.

— M. le docteur Jules Simon commencera son cours de thérapeutique infantile, à l'hôpital des Enfants-Malades, le mercredi 11 novembre, à neuf heures, et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Tous les samedis, consultation clinique à neuf heures.

— M. le professeur Cornil fera, tous les mercredis, à neuf heures et demie du matin, un cours pratique d'anatomie pathologique. La première leçon aura lieu le mercredi 11 novembre 1885. Les autopsies seront faites par M. le professeur Cornil, les lundis et vendredis, à dix heures et demie du matin, et les autres jours à dix heures. Les élèves de quatrième année qui se feront inscrire à la clinique de l'Hôtel-Dieu seront exercés pratiquement aux autopsies.

M. le docteur Bochefontaine, chef du laboratoire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, fera, tous les jeudis, à neuf heures et demie du matin, des expériences de physiologie.

— M. le docteur Garrigou-Desarènes recommencera ses leçons cliniques sur les maladies des oreilles et du nez, à sa clinique, boulevard Saint-Germain, n° 93, le mercredi 11 novembre, à une heure, et les continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. Les élèves sont exercés à l'examen otoscopique et rhinoscopique des malades.

— M. le professeur Lannelongue commencera ses leçons de pathologie chirurgicale, le mercredi 11 novembre 1885, à trois heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Hardy commencera ses leçons de clinique médicale le samedi 14 novembre 1885, à l'hôpital de la Charité, à dix heures du matin.

Tous les jours, visite des malades à neuf heures du matin, salles Saint-Charles et Sainte-Anne. — Cours le mardi et le samedi. Le jeudi, examen des malades par les élèves sous la direction du professeur.

— M. le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophthalmologie à l'École pratique (amphithéâtre n° 3), le lundi 16 novembre, à huit heures du soir, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Objet du cours : médecine opératoire. Les élèves seront exercés aux opérations.

— *Avis*. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18550.

N° 130. — MARDI 10 NOVEMBRE 1885. 58e ANNÉE. MARDI 10 NOVEMBRE 1885. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Épanchement pleurétique.

Le malade qui était couché au n° 2 de la salle Saint-Luc, atteint d'une pleurésie gauche, est sorti ces jours-ci, et l'intérêt qu'il nous a présenté sous certains côtés me porte à vous en parler dans cette leçon. Ce n'est pas que le diagnostic nous ait laissé un seul instant le moindre doute, mais parce que je veux appeler votre attention sur les divers moyens à employer pour évaluer approximativement la quantité du liquide épanché ; ce qui n'est pas toujours facile à déterminer, car, vous le savez, cette quantité ne saurait être déterminée sûrement d'après l'étendue de la matité.

Pour arriver, chez notre malade, à cette détermination, nous avons eu un peu plus de facilité, en raison de la thoracentèse, et nous avons relevé les mensurations du thorax pendant tout le cours de la maladie, tandis que, d'autre part, les signes fournis par la percussion et l'auscultation contribuaient également à nous fournir des éléments, le liquide remontant jusqu'à la partie supérieure du côté gauche.

Les mensurations du thorax nous ont donné les chiffres suivants représentés en centimètres :

JOURS.	CÔTÉ DROIT.	CÔTÉ GAUCHE.	TOTAL.
18 mai. . .	45c	44c,5	89c,5
18 —. . .	43	44	87
22 —. . .	44	44	88
24 —. . .	44	44,5	88,5
25 —. . .	44	44	88
27 —. . .	45	44	89
30 —. . .	43,5	43,5	87
3 juin. . .	42,5	42	84,5
10 —. . .	44	40	84
18 —. . .	43	41	84
22 —. . .	42,5	41,5	84

Ainsi, par le tableau ci-dessus, nous voyons qu'avant la ponction le périmètre total mesurait 89 centimètres 1/2, pour tomber aussitôt après l'opération, le même jour, à 87 ; puis nous voyons aussi peu à peu ce périmètre du thorax se relever et nous donner un chiffre très voisin de celui qui précédait la ponction (89 centimètres), pour retomber ensuite lentement jusqu'à 84 centimètres, chiffre auquel il s'arrête enfin.

Nous avons mis en regard les mensurations séparées des deux côtés de la poitrine pour montrer tout d'abord que la comparaison des chiffres de droite et de gauche ne signifie rien, parce qu'à l'état sain on peut observer déjà certaines différences, ensuite parce que le côté sain lui-même peut présenter aussi d'un jour à l'autre des oscillations plus ou moins grandes, par le plus ou moins de refoulement du médiastin et par le fait de la respiration supplémentaire qui s'établit du côté sain, tandis que le côté malade se trouve le plus souvent immobilisé par la douleur, au point de vue des mouvements respiratoires. Aussi, dans ces cas-là, existe-t-il pour ainsi dire une sorte de périmètre supplémentaire.

Nous voyons encore sur ce tableau le côté sain tomber, après la thoracenthèse, de 45 à 43 centimètres, tandis que le périmètre du côté malade diminue seulement de 1 centimètre (de 44,5 à 44). Quatre jours plus tard, les deux périmètres arrivent au même chiffre 44 de chaque côté, malgré la présence de l'épanchement dont nous n'avions guère évacué plus de la moitié, soit 1 litre 1/2, comme l'on doit toujours le faire, d'abord de peur des accidents quelquefois mortels qui suivent la thoracenthèse, ensuite par l'espérance de voir le reste du liquide se résorber, comme cela s'observe assez souvent.

Chez notre malade, cette résorption s'est faite assez lentement. Ainsi nous avons vu le périmètre diminuer peu à peu, à un moment donné, après une série d'oscillations entre les deux côtés droit et gauche, l'un ou l'autre l'emportant à tour de rôle sur son congénère, de sorte que s'il y a eu reproduction du liquide épanché, elle n'a pas été bien considérable.

Mais, en réalité, le liquide s'est-il reproduit ? Le niveau de la matité indiqué par la percussion est un signe de médiocre valeur pour évaluer la quantité de l'épanchement, surtout quand celui-ci se complique, par exemple, de fluxion pleuropulmonaire ou si, à la suite d'un épanchement abondant en voie de diminution, le poumon reste atélectasié. L'égophonie serait préférable, car elle est pathognomonique de l'épanchement et de son niveau, mais malheureusement elle n'existe pas toujours.

L'observation des vibrations thoraciques aurait plus d'im-

portance, parce que leur absence, jointe à la matité, est le signe d'un épanchement, et que cette absence *absolue* peut indiquer le niveau du liquide. Cependant, si celui-ci s'est épanché en nappe, les vibrations peuvent persister, surtout lorsqu'à la pleurésie s'ajoute un état fluxionnaire du poumon.

Chez notre malade, à dater du jour où la thoracentèse a été pratiquée, nous avons vu la ligne des vibrations, c'est-à-dire la ligne au-dessous de laquelle celles-ci ont complètement cessé, peu à peu s'abaisser jusqu'à la base de la poitrine.

Il est aussi un fait curieux que l'on observe dans certains cas, c'est que les vibrations thoraciques, diminuées pour la main appliquée sur la poitrine, dans la partie supérieure à la couche liquide, sont plus fortes, au contraire, pour l'oreille.

Vous savez que, dans les épanchements pleurétiques, le niveau du liquide varie avec l'abaissement du diaphragme, avec les dimensions du périmètre du thorax et le refoulement du médiastin. Chez notre malade, ce refoulement avait entraîné un déplacement du cœur. Or, quand l'épanchement pleural siège du côté gauche, sa matité se confond avec celle de l'organe central de la circulation, de sorte qu'il n'est plus possible de distinguer ces deux matités l'une de l'autre. La base du cœur chez cet homme était éloignée de 2 centimètres de son siège normal ; de plus, le cœur s'était déplacé en pivotant un peu sur lui-même, sa pointe s'était abaissée et reportée à gauche.

La palpation, à ce sujet, ne nous avait fourni que des données incertaines. Quant à l'auscultation, voici ce qu'elle nous révélait encore quinze jours après la ponction de la poitrine : perception du second bruit au-dessous du quatrième espace intercostal et du premier bruit au niveau de l'épigastre. Or, à cette époque, le liquide était résorbé, ainsi que le montre notamment le périmètre de la poitrine revenu à 84 centimètres 1/2, et les bruits du cœur paraissaient singulièrement déplacés par la position du poumon recouvrant l'organe cardiaque en grande partie et par l'existence de fausses membranes venant modifier la propagation du premier bruit.

En résumé, si le diagnostic d'une pleurésie simple est facile, il n'en est pas de même lorsque l'état est complexe ; lorsqu'une fluxion pulmonaire, venant se surajouter à l'épanchement pleurétique, devient la lésion principale, ce n'est que par une série de divers modes d'observation combinés et surtout par l'examen des vibrations thoraciques, que l'on peut arriver à déterminer approximativement la quantité de liquide épanché.

HOPITAL TENON. — M. Gillette.

Hystérectomie vaginale.

Avant de parler de la malade qui fait l'objet de son observation (1), M. Gillette expose en quelques mots les *expériences cadavériques* auxquelles il s'est livré pour se rendre compte des divers temps de l'hystérectomie.

Ces expériences ont porté sur neuf sujets : chez les deux premières, vieilles femmes de cinquante-deux à soixante ans, le col était presque complètement atrophié et par conséquent très difficilement saisissable ; chez les sept autres, il avait affaire à des femmes de vingt-cinq à trente ans.

Les temps de l'opération ont consisté : *a.* Dans la préhension du col transversalement à l'aide de pinces de Museux ; *b.* Dans la traction en bas ; *c.* L'incision demi-circulaire du cul-de-sac antérieur ; *d.* Le décollement de la vessie et de l'utérus ; *e.* L'*isolement du ligament large* gauche, puis le passage du doigt plié en crochet, sa ligature en masse en deux endroits avec l'aiguille de Cooper, sa section ; *f.* La même manœuvre pour le ligament large droit ; *g.* La section du cul-de-sac postérieur, après en avoir fait une dissection préalable.

Chez tous ces sujets, les divers temps opératoires n'ont offert aucune difficulté bien sérieuse et se sont accomplis sans désordre du côté des organes pelviens (vessie, rectum, etc). Sur le sixième cadavre (quarante-six ans), le col était gros, le vagin étroit, et cependant les difficultés furent minimes, bien que l'utérus enlevé eût 15 centimètres de hauteur. Quatre fois il a vu, soit l'épiploon, soit une ou deux anses d'intestin ; une fois, l'ovaire fut attiré et pris en dehors de la ligature. Dans trois cas, la ligature placée sur le ligament large céda.

Dans toutes ces expériences, l'ouverture péritonéale était de médiocre dimension, permettant l'introduction des extrémités rapprochées des cinq doigts.

Après cet exposé, M. Gillette arrive à l'histoire de la malade qu'il a opérée à Tenon.

Il s'agissait d'une femme de quarante-neuf ans, réglée à dix-sept ans, ayant présenté à trente-sept ans une irrégularité des menstrues déjà inquiétante. Quoique non rhumatisante par elle-même, elle offre des antécédents héréditaires de rhumatisme très prononcés.

Le début du carcinome remontait au mois de janvier 1885. Les pertes sanguines étaient telles qu'il survint des syncopes à plusieurs reprises. Le 17 juin, elle entra dans le service du docteur Danlos, à Tenon, avec des douleurs lombaires vives, puis, le 2 juillet, dans celui de M. Gillette.

Pour l'*état local*, le néoplasme ulcéré portait surtout sur la lèvre postérieure, sous forme de bourgeons plats et saignant facilement ; la lèvre antérieure était encore assez ferme. Les culs-de-sac étaient sains. Le toucher rectal dénotait une mobilité complète du corps utérin. Quant aux douleurs lombaires, elles irradiaient du côté des fesses et de la jambe gauche et étaient réveillées par la pression.

L'*état général* était assez satisfaisant ; cette femme, toutefois, était un peu maigre, à cheveux gris quoique encore jeune, d'un teint blanc mat et avec des lèvres un peu bleuâtres.

Le 25 juillet, les lésions s'étant accentuées, car il y avait déjà envahissement d'une portion de vagin (un travers de doigt), M. Gillette pratiqua l'hystérectomie dans sa salle d'opération, située à côté de la salle commune des malades. La femme avait été soumise, depuis quinze jours, à une injection vaginale phéniquée quotidienne.

Les valves plates de Jobert écartant les parois du vagin et une sonde métallique introduite et maintenue dans la vessie, l'opérateur saisit fortement la lèvre antérieure du col, saine encore, à l'aide d'une pince à trois griffes et attira doucement l'organe au niveau de la vulve ; puis, tout en se guidant sur la sonde vésicale, et se rapprochant du col, il fit sur le cul-de-sac antérieur une incision demi-circulaire. Le col s'étant déchiré, les pinces lâchèrent et l'on dut recommencer à saisir l'organe ; cet accident arriva quatre fois, en raison de la friabilité du col utérin ; enfin, à la cinquième fois, les pinces à griffes portèrent sur la partie inférieure du corps utérin et on put continuer l'opération.

M. Gillette fait remarquer que sur une seconde malade, à laquelle il pratiquait, le 20 octobre, la même opération, il a été plus heureux, car les pinces n'ont pas lâché comme chez sa première malade.

Pendant le décollement de la vessie et de l'utérus, à l'aide de l'ongle ou d'un instrument mousse, et malgré la lenteur et les

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1885, Société de chirurgie, pp. 725 et 1029.

précautions qui étaient prises, la sonde vésicale fut poussée un peu trop fortement, et le bistouri tailla une *boutonnière* sur la face postérieure de la vessie. L'organe étant vide, M. Gillette ne s'en préoccupa point pour l'instant et continua par la dissection du cul-de-sac postérieur. Le doigt fut passé en crochet autour du ligament large gauche qui fut lié en masse et en deux points par un fil de soie phéniqué très fort. Section entre les deux ligatures.

L'utérus put enfin basculer et on répéta la même manœuvre sur le ligament large droit, au moment où M. Gillette pratiqua la section d'une partie du cul-de-sac postérieur et enleva la portion du vagin atteinte, et il y eut alors une assez forte hémorrhagie produite par les artères vaginales, mais qui ne nécessita pas de ligature, car elle s'arrêta en grande partie par une injection phéniquée forte. L'épiploon seul avait été aperçu.

On rechercha alors la *perforation vésicale* sur laquelle on appliqua une ligature *en bourse* avec un fil de catgut : la malade n'urina de sang à aucun moment.

Le *pansement* consista dans une éponge fine phéniquée laissée au fond du vagin, qui fut rempli par la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent aussi simples que possible, malgré l'indocilité et les imprudences inimaginables de cette femme : ainsi, dans la nuit qui suivit l'opération, elle se leva toute seule de son lit pour uriner debout, puis se recoucha de même; trois jours après, elle recommença le même exercice et fit de plus le tour de sa petite chambre, soi-disant pour se reposer.

Le pansement ayant été défait par elle, on le renouvela avec injections boriquées ce jour-là, pour la première fois. La température ne s'éleva pas au-dessus de 38 degrés après avoir baissé à 36 degrés le jour de l'opération ; et le pouls varia entre 100 et 126.

La malade, sortie depuis longtemps, a été revue par M. Gillette, le 13 octobre, fort bien portante, mais conservant toujours ce teint blanc mat qu'elle portait avant l'opération.

L'utérus enlevé mesurait 8 centimètres comme dimension verticale, et 5 centimètres 1/2 comme diamètre transversal.

Le néoplasme était exclusivement localisé au col, mais l'occupait en totalité. Un noyau dur occupait la face postérieure du corps, mais a été reconnu comme étant un fibro-myome.

L'examen histologique a démontré qu'on avait affaire à un épithélioma ayant son origine dans les glandes.

DERMATOLOGIE

Curieuse observation d'eczéma aigu généralisé tendant à prouver la nature lymphatique de l'eczéma.

Par M. le docteur J.-A. Fort (de Montevideo).

Le fils d'un riche financier de Paris ayant commis quelques peccadilles, son père lui imposa, comme expiation de ses fautes, de s'expatrier pendant quatre ans. Le jeune homme, âgé de vingt-quatre ans, s'embarque pour Montevideo.

Ayant pris sa punition trop au sérieux, M. X... cherche un emploi dans la ville de Montevideo, voulant gagner sa vie et se passer de la pension, par trop restreinte, que son père lui avait allouée par l'intermédiaire d'un agent maritime.

L'emploi que voulut bien lui accorder son patron l'obligeait de courir sans cesse dans le port de Montevideo, de nuit et de jour, par tous les temps, pour donner l'*entrée* et la *sortie* aux bateaux d'une grande Compagnie.

M. X... contracta de nombreux rhumes.

Je le connus en septembre 1884, après plusieurs mois de séjour dans cette ville.

Il me pria de l'examiner. Il toussait sans cesse, il n'avait ni expectoration, ni hémoptysie. Il avait maigri. L'examen me montra l'existence non douteuse d'une *tuberculisation* du sommet du poumon gauche au premier degré.

Frappé du changement qui s'accentuait chaque jour dans la santé de M. X..., je lui conseillai fort de retourner en France. Mais il résista à mes prescriptions et aux exhortations de ses amis. La sévérité du financier avait transformé le caractère de M. X..., qui était devenu triste et pensif. Il mangeait peu ; il avait la nostalgie et il n'osait rien faire pour la combattre.

Une *prostatite aiguë* se déclare en octobre 1884, prostatite par propagation, fort douloureuse, que je combattis avec succès par les narcotiques et les émollients. Néanmoins, l'affection avait nécessité le séjour au lit pendant trois semaines environ. M. X... avait peu d'appétit, et on comprend que la santé générale devait avoir subi quelque atteinte.

En effet, la toux continuait avec violence; le malade avait maigri, il gardait la chambre.

Il portait un gros *durillon plantaire* à chaque pied. Dans le courant de novembre, il s'écorche légèrement la peau à la face antérieure de la jambe, au niveau de la crête du tibia. Cette excoriation ne se cicatrisa pas rapidement ; elle s'ulcéra même. Au commencement de décembre, l'ulcère était assez large et profond, et les durillons plantaires étaient douloureux, rouges, légèrement enflammés.

Je ne lui permettais pas de sortir. Cependant, le 13 décembre, il alla, malgré moi, aux courses avec des amis, et il se fatigua en restant longtemps debout.

Le 14 décembre, l'inflammation des durillons avait augmenté, et la plaie de la jambe avait pris une coloration violacée. Les pieds étaient douloureux.

Le 15 décembre, on suivait la trace de lignes rosées passant de la face plantaire à la face dorsale du pied entre les orteils. Il y avait une *lymphangite* non douteuse avec adénite inguinale à la partie inférieure du triangle de Scarpa. La lymphangite, à peine marquée à gauche, était au contraire très accentuée à droite. C'était une lymphangite des vaisseaux lymphatiques superficiels, et en même temps des vaisseaux lymphatiques profonds, ainsi que je vais le montrer.

Une tuméfaction énorme se développe sur la face dorsale du pied. Il y a suppuration et état général fébrile.

Le 21 décembre, après anesthésie locale, je lui pratique une opération. L'opération a été laborieuse, vu l'état d'infiltration purulente de toute la face dorsale du pied. Une incision ne suffisant pas, je suis dans l'obligation d'en pratiquer une seconde. J'introduis un tube en caoutchouc, en un mot je draine la plaie et je m'entoure de toutes les précautions du traitement antiseptique avant, pendant et après l'opération.

L'état général n'est pas amélioré. La tuméfaction fait des progrès ; il est évident que la suppuration a envahi les couches profondes de la région pédieuse. L'état est grave.

Je réclame le concours de deux confrères.

Le 23 décembre, aidé des deux confrères, le malade étant chloroformé, je pratique une opération plus profonde, incisant couche par couche les feuillets aponévrotiques de la région pédieuse et donnant issue au liquide purulent qui baignait la surface des os du tarse et du métatarse.

La collection purulente était extrêmement étendue, ce qui a rendu cette opération des plus laborieuses.

Je continue toujours les précautions antiseptiques.

Depuis quelques mois, M. X... avait eu la bonne fortune de changer de maison et de rencontrer en son nouveau patron un homme de cœur, un Français, M. D..., qui s'était pris pour lui d'une sincère affection.

Le 25 décembre, voyant l'installation insuffisante de M. X... dans une véritable garçonnière, M. D... fit transporter le malade dans son propre domicile, où il ne cessa de lui prodiguer les soins les plus désintéressés et les plus affectueux.

La plaie marchait à merveille vers la guérison. Elle était pansée par moi-même deux fois par jour. Grâce à ces pansements et à des

soins assidus de tous les instants, la guérison des plaies s'est effectuée sans complications.

La lymphangite et l'adénite ne se résolvaient pas ; elles présentaient des oscillations, paraissant diminuer un jour pour augmenter le lendemain.

Le 27 décembre, quel n'est pas mon étonnement de voir les deux pieds couverts de *vésicules confluentes* pleines de sérosité.

Le lendemain, les vésicules s'étendent aux jambes. C'était un *eczéma aigu simple.*

Les jours suivants, un certain nombre de vésicules se rompent ; le liquide qui s'en écoule se concrète et forme des croûtes jaunes d'une grande épaisseur : *eczéma impétigineux.*

L'eczéma s'étend aux cuisses. En même temps, la peau de la face plantaire des deux pieds est soulevée en masse par de la sérosité rendue louche par un grand nombre de leucocytes. L'ablation de ces lambeanx épidermiques était une véritable opération, vu le temps qu'il fallait y passer et les précautions infinies qu'il était nécessaire de prendre.

Dans les points où l'eczéma n'avait pas le caractère impétigineux, il avait une couleur d'un rouge vif très accentué et prenait la forme de l'*eczema rubrum.*

Aux premiers jours de janvier 1885, les deux mains se couvrent de vésicules, et cette nouvelle poussée eczémateuse parcourt les mêmes phases que l'eczéma des pieds.

En même temps, l'eczéma s'étendait vers la racine des membres supérieurs, comme il l'avait fait pour les membres inférieurs.

Il est difficile de se faire une idée des souffrances endurées par M. X..., qui était immobilisé dans son lit et qui ne pouvait faire usage ni des mains ni des pieds.

Toujours envahissante, l'affection eczémateuse gagna insensiblement le scrotum, la verge, les régions fessières, le ventre, le dos, la poitrine et les aisselles.

Le corps entier n'était qu'une plaie. La face et le cuir chevelu furent seuls épargnés.

Les formes *eczéma simple, eczéma impétigineux, eczema rubrum,* prédominaient sur les membres, mais sur le tronc c'était autre chose. La sérosité exhalée par les vésicules déchirées se concrétait sous forme de croûtes d'un gris noirâtre simulant le *rupia.*

L'état général de M. X... était des plus mauvais. Il avait continuellement la fièvre. Le thermomètre oscillait entre 38 et 39 degrés, le pouls entre 100 et 112. Le malade s'alimentait peu, et souvent il rejetait les aliments ingérés.

Voilà certes un cas bien rare d'*eczéma aigu généralisé.* Je n'ai jamais vu un cas semblable pendant les deux ans que j'ai suivi, en qualité d'interne, la clinique dermatologique de Cazenave, à l'hôpital Saint-Louis. Je n'en ai jamais rencontré depuis un semblable.

L'enchaînement des symptômes, la succession des phénomènes de l'éruption autorisent à penser que l'eczéma a été dans ce cas une conséquence de l'inflammation du réseau lymphatique superficiel. C'est bien un eczéma et un eczéma simple.

Il n'y avait aucun antécédent syphilitique chez le sujet, qui racontait cependant avoir eu un rupia des jambes quelques années auparavant.

Le traitement auquel j'ai eu recours est celui que j'ai vu employer dans des cas plus ou moins analogues par Cazenave et E. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis : saupoudrer le lit et le corps du malade de *fécule de pommes de terre,* appliquer des *cataplasmes de fécule de pommes de terre froids.*

L'état de la peau provoquait chez le malade des douleurs intolérables et le mettait dans un grand état d'exaspération.

Il exigeait que je lui appliquasse moi-même les cataplasmes, qui étaient renouvelés deux fois par jour, au nombre de quatorze.

Les mains étaient complètement enveloppées par les cataplasmes et les bandes qui les maintenaient, de sorte que le malheureux malade était absolument incapable de se servir. On était obligé de le faire boire et manger.

Je n'ai pas employé l'arsenic, m'étant convaincu, comme mon maître M. le docteur Besnier, que ce médicament est sans action, surtout dans l'eczéma aigu. Les bains ne réussissaient pas à M. X...

Cependant, profitant de moments où il était sans fièvre, je lui ai donné deux bains tièdes, sans lesquels il m'eût été impossible de faire tomber les croûtes les plus volumineuses.

Malgré le soin que j'apportais au pansement, le pauvre malade exhalait une odeur fade et nauséabonde.

L'huile de foie de morue fut prescrite dès le début, mais l'estomac ne la supportait pas. Il accepta du vin de Bugeaud, mais comme son estomac rejetait les aliments, il était difficile de seconder le traitement local par une bonne alimentation.

Le père de M. X... s'alarma enfin à la suite de lettres que j'avais adressées au médecin de la famille, mais il était un peu tard. Il demandait des nouvelles tous les jours par télégramme; il télégraphia d'appeler des médecins de Rio-de-Janeiro, si ceux de Montevideo ne suffisaient pas; il demanda qu'on lui envoyât son fils malade en compagnie d'un médecin.

Toutes ces recommandations arrivèrent trop tard. En effet, le 27 janvier, au moment où les pieds et les mains étaient guéris à peu près complètement, M. X... éprouva un violent frisson à deux heures de l'après-midi. Il fut pris d'une toux fréquente avec expectoration sanglante et douleurs violentes à la base du thorax. L'oppression survint et il mourut à minuit dans les bras de ses amis, criant : « Mon père, mon père !! »

Le père télégraphia de faire embaumer le cadavre de son fils le mieux possible et de le lui envoyer à Paris.

C'est donc une *pneumonie double foudroyante* qui a mis fin à l'existence de M. X... Il est difficile de décider si cette pneumonie a été une pneumonie par répercussion de l'affection cutanée, ce que rien, selon moi, n'autorise à penser, ou si c'est une pneumonie simple survenue comme complication et ayant amené la mort en quelques heures. J'incline vers la pneumonie simple, le malade ayant pris froid la nuit qui a précédé sa mort. Une fenêtre était restée ouverte près de son lit, et la nuit avait été fraîche.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 novembre 1885. — Présidence de M. Hanot.

COMMUNICATIONS

Étude dynamométrique du cœur dans les affections cardiaques. — M. A.-M. BLOCH expose des expériences qui ont pour objet d'ajouter un élément nouveau aux renseignements fournis par la méthode graphique dans les affections du cœur. Son procédé est fondé sur l'examen du retard du pouls et sur un artifice qui permet de faire une sorte d'épreuve dynamométrique du cœur.

On sait, dit l'auteur, que le retard du pouls artériel sur la systole ventriculaire est d'autant plus grand, que l'artère explorée est plus loin du centre. M. Marey a minutieusement étudié les conditions du phénomène et en a établi les lois. Nous savons, depuis ses travaux, que les deux principaux facteurs agissant sur la propagation des ondes sanguines dans le réseau artériel sont la force d'impulsion systolique du cœur et la pression intra-vasculaire. Nous savons que, la force de la systole augmentant, le retard du pouls diminue, et que, inversement, le retard du pouls augmente quand la pression sanguine s'élève.

La valeur numérique du retard du pouls, dit M. Bloch, donne donc une évaluation approximative de ces deux causes réunies : force du cœur, pression intra-vasculaire. Il est bon d'ajouter que d'autres facteurs peuvent modifier ces résultats ; tels sont l'état élastique des parois artérielles, la densité du sang, etc. Mais ces causes sont moins importantes, et on peut s'en tenir, dans la pratique générale, aux deux premières.

L'auteur, au lieu de comparer le pouls radial au choc de la

pointe du cœur, prend la radiale et la carotide du même côté. Il expose les raisons qui l'ont décidé à ce choix, et dit que ce seul examen, répété sur un certain nombre de cardiaques, donne d'intéressants résultats. Le retard est considérable, non seulement dans les insuffisances aortiques, mais dans beaucoup d'insuffisances mitrales. Il fait passer quelques diagrammes sous les yeux des membres de la Société.

Cela posé, voici, continue-t-il, comment il procède pour obtenir l'épreuve dynamométrique du cœur :

Il prend le retard de la radiale sur la carotide, avec le bras pendant, puis le retard de la même radiale avec le bras élevé au-dessus de la tête. Toujours, dans ce dernier cas, le retard est plus grand que lorsque le bras était baissé.

Or, que s'est-il passé? L'ondée sanguine, quand le bras est levé, éprouve une certaine difficulté à franchir, de bas en haut, toute la longueur du bras, tandis que la pesanteur vient en aide au cours du sang, lorsque le bras est pendant : c'est donc une sorte d'épreuve dynamométrique à laquelle il soumet le cœur, épreuve d'une importance notable, car le retard augmente d'autant plus que le cœur est plus profondément altéré.

Chez les sujets normaux, le retard est à peine plus grand pour le bras élevé que pour le bras baissé. Il est souvent le même. Dans les deux cas on trouve trois, quatre, cinq centièmes de seconde et d'ordinaire un centième de seconde de plus pour le bras levé.

Mais dans les lésions cardiaques, le retard pour le bras élevé monte à deux, trois, jusqu'à six centièmes de seconde au-dessus du retard pour le bras pendant.

L'auteur se borne à l'énoncé de ces premières conclusions, se réservant de revenir sur le sujet et de chercher les relations qui existent entre la différence des retards et le pronostic actuel de la lésion cardiaque.

Effet de l'irritation de la base de l'encéphale. — M. **BROWN-SÉQUARD** galvanise la base de l'encéphale, chez un animal, d'un côté ou des deux côtés simultanément. Il obtient des effets exactement opposés chez différents animaux : chez les uns, il constate une inhibition complète; chez d'autres, au contraire, une dynamogénie des plus marquées. La même cause d'irritation du même siège produit donc des effets exactement opposés. Le même fait se retrouve, en clinique, dans les cas de fracture de la colonne vertébrale, au niveau des deuxième et troisième vertèbres; dans certains cas, on observe du coma, de l'inhibition, l'arrêt des échanges; dans d'autres, au contraire, tous les muscles sont dans un état d'agitation extrême; on observe un état dynamogénique, la température peut s'élever jusqu'à 44 degrés, etc.

Microbes de la broncho-pneumonie diphthéritique. — M. **DARIER** a étudié et cultivé les microbes de la broncho-pneumonie dans la diphthérie. Outre les microbes propres à la diphthérie, il a constaté la présence de nombreux microbes pyogènes parfaitement connus et décrits.

De l'action du bromhydrate de pelletiérine sur les nerfs moteurs de l'œil. — M. **GALEZOWSKI** appelle l'attention sur l'action curative de la pelletiérine dans les paralysies des nerfs moteurs de l'œil.

Il avait remarqué déjà depuis quelque temps que les malades auxquels on administrait de la pelletiérine ou de la décoction d'écorce de grenadier, pour les guérir du ver solitaire, se plaignaient de vertiges et d'un trouble de la vue, passager, il est vrai, mais allant presque toujours jusqu'à la diplopie. Chez l'un d'entre eux, il avait constaté un certain degré de contracture spasmodique dans les muscles de l'œil, et surtout dans le droit interne se prolongeant pendant plus d'une heure. Ce fait lui fit penser que la pelletiérine possédait cette action particulière d'agir sur les muscles de l'œil en excitant leur contraction. Il a essayé ce médicament dans les paralysies des nerfs moteurs de l'œil, et dans ce but il a fait préparer un sel de bromhydrate de pelletiérine. Il a prescrit, jusqu'à présent, à ses malades, ce médicament sous forme de sirop à la dose de 1 gramme pour 120 grammes, dont ils prenaient quatre cuillerées par jour. Sous l'influence de ce remède, les paralysies de la sixième et de la troisième paire guérissent au bout de trois à six doses, ou arrivent à une amélioration très sensible, pendant que toutes les autres médications, et notamment les vésicatoires et l'iodure de potassium, étaient restées, souvent pendant plusieurs mois, sans amener aucun résultat. Jusqu'à présent, M. Galezowski a eu à enregistrer 7 cas d'amélioration ou de guérison au moyen du bromhydrate de pelletiérine; mais, comme ce médicament est actuellement fort cher, il a commencé à l'employer, depuis quelques jours, en injections hypodermiques. Voici le résumé de quelques observations :

Observation I. — B..., trente-sept ans, a été atteinte tout d'un coup, le 13 septembre 1884, d'une paralysie de la troisième paire, avec chute de la paupière, à la suite de très fortes douleurs, qui ont duré trois semaines. A Zurich, elle avait été soignée par M. Horner, pendant plusieurs mois, sans aucun résultat. La paralysie de la troisième paire était complète et la paupière entièrement abaissée. L'iodure de potassium et des frictions mercurielles générales sont restées sans aucun résultat; il en est de même de l'application de vésicatoires volants sur les tempes. M. Galezowski a prescrit le bromhydrate de pelletiérine à la dose de 1 gramme pour 120 grammes, quatre cuillerées par jour. La malade a pris sept flacons depuis le 30 juillet jusqu'au 16 septembre dernier, et vers la fin de septembre elle était complètement guérie.

Obs. II. — M. D..., soixante-deux ans, atteint depuis trois mois d'une paralysie complète de la troisième paire gauche, avec chute de la paupière supérieure, mydriase, strabisme divergent, etc. Il éprouve, de temps en temps, quelques douleurs fulgurantes, très légères, aux jambes, sans aucun autre phénomène d'ataxie. Il avait été soigné, depuis trois mois, par l'iodure de potassium, des frictions générales mercurielles et par l'électricité, mais sans aucun résultat. Le 15 septembre. M. Galezowski lui prescrit la potion au bromhydrate de pelletiérine; trois doses de 1 gramme ont suffi pour amener une amélioration des plus sensibles, la paupière s'est complètement relevée et les mouvements sont, en grande partie, rétablis. Le traitement ost continué.

Obs. III. — S..., trente-deux ans, est atteint d'une paralysie de la troisième paire gauche depuis un mois. Il a eu un chancre en 1876, pour lequel il ne s'est presque pas soigné. En 1878, il a eu une mydriase à l'œil droit pendant un mois. Il vient consulter pour la première fois, le 4 juillet 1886. M. Galezowski prescrit l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour, qu'il prend sans résultat jusqu'au 18 du même mois. Tout au contraire, la paupière s'est complètement fermée, et un fort strabisme empêche de continuer la potion. C'est alors que M. Galezowski prescrit la pelletiérine. Le 24 juillet, une amélioration sensible se produit aussitôt, la paupière se relève de deux tiers, les images sont rapprochées, la vue est meilleure.— 19 septembre. Le malade a interrompu le traitement pendant un mois et l'a repris au commencement de septembre, et on constate un grand progrès dans le rapprochement des images.

Obs. IV. — M. M..., trente ans, a été pris d'une paralysie de la troisième paire gauche à la fin de juin 1885, après un chancre qu'il avait contracté cinq ans auparavant et qu'il avait négligé de soigner. Il se soumet au traitement mixte qui lui est prescrit par son médecin, mais sans aucun résultat. M. Galezowski lui prescrit le bromhydrate de pelletiérine. Le 13 octobre, il y a du mieux, la paupière se relève. Le 31 octobre, un mienx très sensible se produit; la paupière est complètement relevée, et les images, qui étaient distantes de 30 à 40 centimètres, ne sont plus écartées que de 7 à 8 centimètres. Le traitement est continué.

M. Galezowski a plusieurs autres malades soumis depuis quelques jours à ce traitement, avec un commencement d'amélioration.

Nous ne savons pas encore, dit-il, ce que nous réserve l'avenir; mais ce que nous pouvons conclure de ces quelques observations,

c'est que l'action du bromhydrate de pelletiérine sur les paralysies musculaires est un fait incontestable, et que ce médicament doit être employé, aussi bien dans les paralysies ataxiques et syphilitiques que dans celles dont la cause reste incertaine.

Développement du sinus maxillaire du mouton. — M. POUCHET présente une note d'un de ses élèves sur le développement du sinus maxillaire chez le mouton. Cette note, ainsi que le fait remarquer M. Mathias Duval, est intéressante en ce que le sinus maxillaire présenterait chez le mouton un mode de développement analogue à celui des sacs aériens des oiseaux. Or le sinus maxillaire peut être considéré en anatomie philosophique comme un véritable sac aérien.

Les nerfs éjaculateurs du cobaye. — M. RÉMY fait une communication sur les nerfs éjaculateurs qu'il a découverts chez le cobaye. La destruction de ces nerfs amène la paralysie des vésicules séminales (canaux de Weber chez cet animal). Le canal déférent, les canaux de Weber sont dilatés au point de remplir la cavité abdominale et de gêner considérablement l'animal. M. Rémy a constaté que le cobaye, dans ces conditions, était absolument incapable d'éjaculation. L'émission de l'urine avait seule lieu pendant les efforts faits par l'animal pour joindre la femelle.

Dilatation de l'estomac. — M. FRANÇOIS FRANCK rapporte l'histoire d'un malade qui vient le trouver se plaignant d'oppression, d'anxiété générale. De plus il présentait un bruit cardiaque (ou supposé tel) qui était nettement perçu à près de 30 centimètres de la poitrine. C'était un bruit de ronflement systolique accompagné d'un véritable bruit de clapotement. En l'absence d'autres signes de lésion cardiaque et ayant été constatée une dilatation stomacale considérable, M. Fr. Franck pensa que ce bruit avait son siège dans l'estomac. Le lavage de cet organe démontra le fait; les bruits cessaient en même temps que l'estomac se vidait, pour reparaître dès qu'on y réintroduisait du liquide.

La déhiscence. — M. RÉGNARD a fait quelques expériences ayant pour but de mesurer la pression que peut exercer, au moment de la déhiscence, la paroi de certains fruits dont les graines sont lancées au loin.

Sur l'Ecballium agreste, il a pu, au moyen d'un procédé de mensuration indirecte, constater que la pression nécessaire pour lancer les graines (de 5 à 9 mètres de distance) était de 1/2 à 1 atmosphère. Après la déhiscence, le volume du fruit diminue de moitié.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 novembre 1885, ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine.

Au grade de médecin de première classe : MM. les médecins de deuxième classe Jan, Trabaud, Laurent, Tissot, Thémoin, Cartier, Gouzer, Guegan, Kuehemann, Gentilhomme, Clavier, Grand-Moursel, Martin, Gazeau, Arène, Hervé, Ropert, Vaysse, Drevon, Théron, Lussaud, Pallardy, Vergos, Benoît, Keisser et Davril.

Au grade de médecin de deuxième classe : MM. les aides-médecins Berjon, Bagot, Tricard, Bousquet, Girard, Garnier, Sicard, Geay de Convalette, Gaiffe, Carmouze, Moussoir, Badet, Valence, Richer de Forges, Manoël, Bastide, Salanque-Ipin, L'Homen, Cassagnou, Mézergues, Martine, Dumas, Depasse, Berthier, Lamy, Morvan (auxiliaire), Feret, Cojan, Layet, Fallier, Vergoz, Boyer, Aubry, Darius dit Sévère (auxiliaire), Capus, Guérin, Olivier, Fafaut, Seguin, Guillou; MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe : Lemoine, Collomb, Bellard, Rabère, Chevrel, Bannerot, Simon, Barbolain, Gros et Hamon.

Au grade d'aide-médecin : MM. les étudiants Chauvreau, Beigneux, Chouard, Gartinel, Gorron, Barrat, Le Scour, Gandelin, Giraud, Briend, Porée, Le Lan, Lelièvre, Audiat, Lesquendieu, Rrouy-Freyssineng, Servel, Bastier, Vallot, Avrilleaud, Cordier, Alquier, Denis, Tanquerey, Guerchet, Texier, Portel, Labrosse, Thomas, Roques, Champion, Guy et Gautier.

Au grade de pharmacien de première classe : MM. les pharmaciens de deuxième classe Robert, Gairoard, et Chalufour.

Au grade de phormacien de deuxième classe : MM. les aides pharmaciens Riffaud, Lamy, Henry et Cazeaux.

Au grade d'aide pharmacien : MM. les étudiants Le Naour, Ferret, Gautret et Spéder.

— MM. les médecins du Ier arrondissement de Paris sont informés que, le mercredi 9 décembre 1885, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance.

— Les questions de la seconde épreuve — épreuve orale — du concours de l'internat des hôpitaux de Paris, ont été, pour les candidats, volontaires d'un an : 1° Les vaisseaux sanguins de l'estomac; symptômes de l'ulcère de l'estomac; 2° Les rapports de l'utérus; mécanisme de l'accouchement dans la présentation de la face.

— Les questions données pour la première épreuve du concours de l'externat des hôpitaux de Paris sont : 1° la clavicule; 2° la crosse de l'aorte; 3° le muscle diaphragme; 4° l'articulation tibio-tarsienne; 5° la configuration extérieure et les rapports de l'estomac; 6° l'articulation du coude.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. Notta, interne des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de vingt-six ans, le 30 octobre dernier.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Un concours pour une place de médecin-adjoint s'ouvrira à l'hôpital de Marseille, le 4 janvier 1886.

MM. Domergue et Martin sont nommés pharmaciens des hôpitaux.

— *Hospice général de Tours.* — Un concours s'ouvrira, le 3 mai 1886, pour un emploi de médecin-adjoint à l'hôpital civil. — Pour les conditions, s'adresser à M. l'économe de l'hospice général.

— M. F. Debray soutiendra, à la Faculté des sciences de Paris, le 11 octobre 1885, à deux heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Études comparatives des caractères anatomiques. »

— Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie de la Faculté de médecine de Paris sera ouvert à l'École pratique, 2, rue Vauquelin, à partir du mardi 10 novembre 1885, les mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de neuf heures à onze heures du matin.

Ces travaux sont obligatoires pendant le semestre d'hiver pour tous les élèves de seconde année. Les inscriptions seront reçues de neuf heures à onze heures du matin au bureau du surveillant général de l'École pratique, sur présentation de la quittance à souche constatant le versement des droits afférents à la cinquième inscription. Une carte d'admission sera délivrée; cette carte indiquera à chaque élève la série qui lui sera assignée et dont il ne pourra changer sous aucun prétexte. Les étudiants de deuxième année qui négligeraient de se faire inscrire sont prévenus que les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

— M. le professeur Gautier commencera son cours de chimie médicale le mardi 10 novembre 1885, à midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudi, samedi et mardi suivants à la même heure.

M. Gautier traitera de la chimie minérale et spécialement de ses applications à la médecine.

— M. le docteur Hanrot, agrégé, commencera le cours complémentaire de chimie biologique le mercredi 11 novembre 1885,

à dix heures du matin, à l'ancien collège Rollin, 2, rue Vauquelin, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

— M. le professeur Sappey commencera le cours d'anatomie le mercredi 11 novembre 1884, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis, lundis et samedis suivants à la même heure.

— M. le professeur Cornil commencera son cours d'anatomie pathologique générale, au grand amphithéâtre de la Faculté, le mercredi 11 novembre 1885, à cinq heures, et le continuera à la même heure les vendredis et mercredis suivants. Les lundis, à une heure et demie, M. Cornil fera une démonstration à l'École pratique; enfin, tous les vendredis, à partir du 13 novembre, *et non les mercredis*, M. Cornil fera une conférence à l'Hôtel-Dieu, à neuf heures et demie.

— M. le docteur Hanot, agrégé, commencera le cours complémentaire d'anatomie pathologique, le jeudi 12 novembre 1885, à deux heures de l'après-midi, à l'*École pratique*, rue Vauquelin, nº 2, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

— M. le professeur Laboulbène, commencera son cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 12 novembre 1885, à quatre du soir, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

— M. le professeur Fournier commencera ses leçons cliniques des maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 13 novembre 1885, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure

---

— Nous apprenons au moment de mettre sous presse la mort de M. J.-B. Baillière, le doyen des libraires de médecine, décédé le 8 novembre, à l'âge de 88 ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18580.

N° 131. — JEUDI 12 NOVEMBRE 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 12 NOVEMBRE 1885. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Cette séance a été consacrée presque tout entière à la lecture de rapports officiels : rapports sur le prix Godard par M. J. Rochard, sur le prix de l'Académie par M. Perrin ; rapports sur les eaux minérales par M. Gustave Bouchardat. Entre la lecture de ces rapports et le comité secret qui a terminé la séance, M. Dujardin-Beaumetz a eu le temps de faire une courte et intéressante communication sur un nouvel agent hypnotique, phénylméthylacétone, auquel il propose de donner le nom d'*hypnone*. Ses propriétés paraissent rendre cet agent utilisable en thérapeutique. L'expérience ultérieure nous apprendra dans quelles conditions, de quelle manière et à quelles doses il pourra être mis en usage.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un correspondant national. C'est notre confrère M. de Ranse, médecin consultant aux eaux de Néris, qui a été élu. Nous lui adressons nos félicitations.

LE CHOLÉRA A BREST

Par M. le docteur Th. CARADEC, médecin des épidémies et médecin de l'hôpital civil de Brest.

Nous recevons l'intéressante communication suivante de notre excellent confrère et ami M. le docteur Th. Caradec :

Brest, le 8 novembre 1885.

Mon cher confrère,

Voici les renseignements que je puis vous communiquer sur le choléra de Brest.

Je dois vous dire d'abord que depuis un an et demi nous vivons ici dans des alertes perpétuelles à l'égard du choléra. Comment, avec les relations de personnel et les échanges incessants de matériel de Toulon avec Brest ; comment, avec l'attachement provisoire des transports de l'Indo-Chine à Brest ; comment, avec le mouvement commercial de ce port avec l'Espagne contaminée, le choléra n'a-t-il pas éclaté depuis longtemps ? Voilà ce que nous avons de la peine à comprendre.

Chose curieuse, de temps en temps, des personnes arrivant de Toulon étaient prises de cholérine, mais de cholérine bénigne qui cédait à des soins très simples et ne formait pas foyer. Nous commencions donc à devenir parfaitement sceptiques à l'égard de l'acclimatement du choléra à Brest, quand, il y a un mois environ, le fléau s'abattit en coup de foudre sur le petit port de Concarneau et du Guilvinec situé sur la côte. A Concarneau, ville propre et aisée, la maladie fit peu de victimes, 1 à 2 par jour environ ; mais au Guilvinec, petite ville habitée par des pêcheurs entassés sur un espace étroit, dans des logements entourés de détritus de poissons en décomposition, l'épidémie fut plus sérieuse : une dizaine de décès environ par jour. Ce qui rendait particulièrement critique la situation de cette petite ville de 2500 âmes, réduite environ à 1500 par l'émigration, ce fut l'absence presque complète de tout secours médical. Ce ne fut que grâce à l'insistance du préfet du département auprès des autorités maritimes qu'on obtint l'envoi d'un médecin de la marine au Guilvinec. Aujourd'hui, l'épidémie est en voie de décroissance dans cette localité ; elle est presque éteinte à Concarneau.

J'arrive maintenant à la situation de Brest.

Le mardi 24 octobre, dans un joli et pittoresque village, situé à 6 kilomètres de Brest, nommé Kerhorre, habité presque entièrement par des pêcheurs, mourait du choléra une jeune fille nommée Anna M... Le mercredi, en revenant de l'enterrement, son frère fut pris de diarrhée, vomissements, crampes, etc., et le soir il mourait. Voilà qui commençait à devenir suspect. M. le sous-préfet de Brest m'envoya, en qualité de médecin des épidémies, reconnaître la situation.

Mon enquête, aidée par les renseignements de mon excellent confrère et ami le docteur Jacq (de Guipavas), porta sur deux points :

1° Existait-il de la diarrhée prémonitoire avant l'éclosion de ces coups de foudre ?

J'en suis désolé pour mon éminent maître le docteur J. Guérin : mais j'acquis la preuve qu'il n'existait dans ce village aucune trace de diarrhée avant l'explosion de ces deux cas.

2° Existait-il une preuve de l'importation du choléra à Kerhorre ?

J'eus beau chercher le trou, la fissure par laquelle avait pénétré le fléau, je ne trouvai rien de positif.

Je demandai où allaient ces pêcheurs ; on me répondit qu'ils ne dépassaient pas la rade de Brest ; or, sur la rade de Brest, aucune trace de choléra. Donc, pas moyen de conclure et cependant, étant donné l'esprit aventureux de cette population maritime, je ne m'étonnerais pas qu'il y ait eu contact entre elle et les points contagionnés du département.

Ce qu'il y avait de certain, c'était que ce village était dans des conditions hygiéniques très médiocres. La maison M..., où avaient eu lieu les deux décès, avait adossé un tas de fumier infect contre son pignon nord et, contre son pignon sud, un autre tas de fumier infect également, sur lequel on avait jeté les matières cholériques non désinfectées... Et de même partout.

La première des choses était d'apporter à cette population des

soins médicaux, et de modifier, dans la mesure du possible, l'hygiène de ses habitations.

Malheureusement nous nous butâmes contre une résistance incroyable. Il se passa là des scènes dignes du moyen âge : on nous traita d'empoisonneurs et de porte-cholériques; nos médicaments, on les refusa; nos désinfectants, on les jeta dehors (si c'eût été encore sur les tas de fumier!). Les citoyens dévoués de la municipalité, qui s'étaient mis à la tête des premiers secours, furent insultés et menacés de mort.

Voilà ce qui, en plein XIXe siècle, se passait à la porte d'une grande ville.

Pour calmer ces cerveaux surexcités par la peur, il fallut envoyer de la gendarmerie, et le médecin de la marine, que le ministre de la marine délégua, après des difficultés assez grandes, dut se mettre en uniforme pour soigner ces braves gens qui, heureusement, étant encore au service en qualité d'inscrits maritimes, ont un certain respect pour l'autorité.

L'épidémie continua sa marche. Le jeudi 29, la mère des deux jeunes gens morts précédemment succombait à son tour. Le vendredi, une deuxième fille de la maison fut prise des symptômes caractéristiques. Lors de la deuxième visite que je fis à Kerhorre avec le sous-préfet de Brest et mon distingué confrère, le docteur Jossic, directeur du service de santé, elle était en voie de réaction, et je crois qu'aujourd'hui elle est en convalescence.

De cette maison, l'épidémie sauta ensuite sur une ferme située de l'autre côté de la route. L'individu atteint, le nommé H..., mourut en quelques heures. Puis ce fut le tour d'une pauvre femme qui, au milieu de la panique générale du village, avait conservé son sang-froid et prodigué ses soins aux malades : elle fut presque foudroyée et mourut avec des symptômes typhoïdes.

Ce décès, datant du 30 octobre, a été le dernier que je connaisse. Depuis quelques jours, grâce aux mesures énergiques prises, grâce aux soins intelligents donnés par le docteur Gennemi, l'épidémie semble en voie de décroissance à Kerhorre. Mais elle semble faire tache d'huile et s'étendre ; on signale quelques cas à Guipavas et à la poudrière du Moulin-Blanc, cas légers et bénins du reste.

En ce qui concerne Brest proprement dit, le 29 octobre je fus averti qu'une femme venait de mourir dans l'une des rues les plus sales de la ville, avec les symptômes du choléra. Quand je me transportai au domicile, j'appris que cette femme, vieille alcoolique, vivant dans les conditions les plus misérables, était tombée malade le dimanche précédent avec de la diarrhée, des vomissements, des crampes, etc., et que finalement, le 29 au soir, elle avait succombé *sans soins médicaux*.

Le cas me paraissant suspect, j'engageai à faire l'inhumation le lendemain matin, et je prescrivis l'évacuation du chenil, sa désinfection à l'aide de la combustion du soufre, la destruction des objets suspects, etc. Ce qui fut fait.

Ce cas n'eut pas de retentissement dans ce quartier misérable ; mais le mardi 3 novembre, je fus appelé dans un autre quartier de la ville pour voir deux malades : l'un était une femme qui, les jours précédents, avait eu de la diarrhée, des vomissements, des crampes, et était présentement en état typhoïde; l'autre, son mari, un vieillard de soixante-quatre ans, alcoolique, *malade depuis le matin*, se tordait sur son lit avec des crampes dans les jambes, faisait sous lui, vomissait, avait sa connaissance, mais me répondait d'une voix cassée et à demi éteinte. Le soir à neuf heures il mourait. Ici, plus de doute : nous étions bel et bien en présence du choléra asiatique ; la contagion était nettement établie entre l'un et l'autre. Mais qui avait apporté la contagion à la femme ?

Je furetais dans le local quand je tombai en arrêt devant un panier de poisson avarié. Je ne puis rien affirmer, mais il m'a semblé, d'après les renseignements recueillis, que c'était là le corps du délit. Ce panier avait été remis à cette femme, marchande de poisson, par des habitants de Kerhorre. Il eût été intéressant de constater si ce poisson ne contenait pas lui-même des *bacilles-virgules*. Honte à moi, je ne le recherchai pas !

Ces cas ayant été constatés, les mesures les plus énergiques furent prises. Je fis évacuer le local, envoyer la femme survivante dans mon service de l'hôpital où on l'isola, puis la désinfection fut faite de la manière la plus énergique. Est-ce l'effet de ces mesures, est-ce le résultat d'une faveur de ce choléra, qui décidément est bien bon garçon, je ne sais; mais vraiment je ne puis m'empêcher de trouver que nous sommes en présence d'une singulière épidémie. Il y a ici tout ce qu'il faut pour donner lieu à une culture excellente du virus cholérique; depuis un an et demi toutes les chances de contagion ont été accumulées. Eh bien, le microbe semble nous faire grise mine, et, s'il consent à nous visiter, c'est dans la personne de quelques ivrognes. Comprenez si vous pouvez ; nous, nous ne comprenons pas.

Rien de particulier à vous dire de la forme *clinique*. Les cas ont été trop peu nombreux pour que nous puissions écrire quelque chose de net. Au début, à Kerhorre, il y a toujours eu de la diarrhée et des vomissements, puis les malades sont morts en algidité.

La femme N..., que j'ai dans mon service, est en état typhoïde et semble vouloir s'éteindre sans souffrance, en collapsus.

Je termine cette communication écrite à la hâte. Le choléra, dont je vous signale plus haut la marche, va-t-il accentuer son mouvement ? Je crois que non, pour ma part : pas plus avant que maintenant, il n'existe de diarrhée dans la population. En tout cas, nous sommes prêts à recevoir l'ennemi. Toutes les dispositions de secours sont prises par l'autorité. La population d'ici est calme et pleine de sang-froid ; pas de panique comme celle que nous avons constatée avec tristesse dans le Midi ; pas la moindre émigration.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SEGOND.

I. Du paraphimosis. — II. Ectopie testiculaire; castration.

I. Il y a trois jours, nous avons procédé au débridement d'un paraphimosis chez un garçon de dix-neuf ans, dont voici, en quelques mots, l'histoire.

Il y a cinq semaines, il a eu la chaudepisse; c'était sa première blennorrhagie. Le médecin qu'il a consulté lui aurait conseillé, par mesure de propreté, de se découvrir le gland; mais il aurait si bien tiré, que le prépuce, une fois porté en arrière, n'aurait pas pu être ramené en avant. Par suite, gonflement du gland, douleur, et, le 31 du mois dernier, le paraphimosis était constitué. Il retourna voir le même médecin qui chercha en vain à pratiquer le taxis et à remettre les choses en place, et, n'y pouvant parvenir, conseilla des applications de glace. Résultat nul, bien entendu. Il va de là dans un hôpital : nouvelles et inutiles tentatives de taxis, applications de compresses imbibées de sous-acétate de plomb, recommandation que personne ne touche à son paraphimosis sous peine de dangers graves. Mêmes résultats que précédemment.

Enfin il arrive ici vendredi dernier, à une heure trop tardive pour que je puisse tenter à mon tour la réduction de son paraphimosis. D'ailleurs, je n'étais pas fâché d'attendre vingt-quatre heures, certains chirurgiens prétendant qu'il est inutile d'y toucher et que la réduction se fait toute seule. C'est là cependant une théorie que je ne saurais admettre.

En effet, non seulement le paraphimosis n'était pas réduit, mais, bien plus, la verge était double, triple même de son volume normal, flexueuse, le bourrelet préputial énorme et les douleurs excessives. Aussi, après chloroformisation du malade, je pratiquai avec le bistouri une incision sur la région dorsale; aussitôt après, la réduction était

obtenue et toutes douleurs avaient cessé. Aujourd'hui la plaie est en bonne voie de cicatrisation, de sorte que, dans quelque temps, nous pourrons achever l'opération du phimosis, afin de mettre les choses en parfait état. Ce nouveau fait nous prouve l'utilité d'intervenir, malgré les préceptes enseignés par certains chirurgiens.

Le paraphimosis présente deux variétés, selon qu'il se produit sur une verge saine ou sur une verge malade : syphilis ou chaudepisse. Dans le second cas, c'est au gonflement spontané de la région qu'est dû le renversement du prépuce en arrière. Dans le premier cas, le paraphimosis résulte de manœuvres manuelles sur lesquelles je n'ai pas à insister.

Quoi qu'il en soit, les douleurs sont excessivement vives (sauf dans une variété très rare de paraphimosis décrite par Lagneau sous le nom de paraphimosis indolent) ; le gland, dont la circulation est gênée par l'anneau préputial qui l'étrangle, se gonfle ; il se tuméfie de plus en plus au fur et à mesure que l'étranglement augmente. En présence de semblables phénomènes, si un certain nombre de chirurgiens conseillent d'intervenir, il en est d'autres, comme je le disais tout à l'heure, qui préconisent l'expectation.

Or, que peut-il arriver si on laisse les choses aller seules? Des accidents de gangrène par étranglement, de gangrène de l'anneau préputial, et l'anneau ainsi détruit, les choses reviennent en l'état.

C'est ce que l'on a appelé la guérison spontanée. C'est ainsi que certains chirurgiens, se basant sur cette terminaison, ont conseillé de ne pas intervenir, parce que l'opération est trop longue, qu'elle est trop douloureuse et qu'elle peut donner lieu à des hémorrhagies terribles. De pareils arguments sont insensés. On a dit aussi que si l'on pratiquait des mouchetures, elles étaient suivies de cicatrices difformes. Mais pourquoi donc des mouchetures? Que l'on fasse une incision unique, et il n'y aura pas de difformité cicatricielle.

On a prétendu aussi que si l'on avait affaire à un syphilitique, l'intervention du bistouri déterminerait des auto-inoculations, la production d'autres chancres sur le malade. Cet argument, au premier abord, paraît plus sérieux; mais l'observation a démontré que ces inoculations guérissaient aussi bien que la lésion initiale. Enfin on a soutenu que le paraphimosis pouvait guérir seul. Cela est vrai, dans quelques cas; mais dans combien d'autres n'a-t-on pas vu, en abandonnant le mal à lui-même, les accidents arriver jusqu'à la gangrène totale du gland et à sa séparation de la verge, ou à la gangrène partielle du gland, à une gangrène envahissant des lambeaux plus ou moins considérables, voire même à la perforation du canal de l'urèthre, comme il en a été rapporté un cas, enfin à la formation de phlegmons, d'abcès dans les bourrelets postérieurs, etc. Tels sont les résultats possibles quand on abandonne le paraphimosis à lui-même. Je ne dis pas que ces accidents sont constants, qu'ils sont fréquents, je dis qu'ils sont possibles, et cela doit nous suffire pour nous faire repousser toute abstention, pour nous engager, au contraire, à intervenir promptement et à ne pas quitter un paraphimosis sans qu'il ait été réduit.

Tout d'abord, au début, le taxis est possible et peut suffire. On a imaginé, pour y parvenir, une foule de procédés et d'instruments; d'aucuns ont aussi conseillé la réduction lente en trois ou quatre jours, à l'aide d'une bande élastique. Loin de là, j'estime que le taxis doit être immédiat; avec ou sans chloroforme, selon la douilletterie du malade. Le procédé classique consiste, après avoir aspergé la verge d'eau froide, de la saisir d'une main en arrière de l'anneau préputial, pour l'immobiliser, tandis que de l'autre on malaxe le gland de façon à le faire rentrer peu à peu dans son fourreau. Il faut agir avec une force suffisante, mais sans exagération cependant, sous peine de voir le gland éclater en plusieurs endroits entre les doigts de l'opérateur, comme M. Ricord en a rapporté plusieurs faits.

Quant aux cas dans lesquels la réduction ne peut être obtenue, soit en raison de l'ancienneté de la lésion, soit par suite de la formation d'adhérences inflammatoires entre le prépuce et la verge, il faut, sans crainte, intervenir par une incision petite, longitudinale, sur le dos de la verge, qui permet aux parties de reprendre leur situation normale. Plus tard on intervient de nouveau par l'opération du phimosis complet.

II. Nous avons aussi dans nos salles un garçon de vingt-cinq ans, atteint d'ectopie inguinale du testicule gauche. Ce malade a quelques antécédents pulmonaires (bronchites et pneumonies); il tousse l'hiver, il est pâle, amaigri ; cependant nous n'avons découvert aucune lésion des organes de la respiration.

C'est un employé de commerce qui travaille debout presque toute la journée. A l'âge de quinze ou seize ans, il s'est aperçu, pour la première fois, dit-il, qu'il n'avait qu'un testicule dans les bourses et que l'autre était situé dans l'aine. Néanmoins il put accomplir les fonctions sexuelles. Il y a quatre ou cinq ans, à la suite d'un effort, il aurait eu une hernie inguinale gauche, laquelle serait rentrée au bout d'un mois. Enfin, il y a trois ans, il aurait contracté une chaudepisse grave avec orchite inguinale gauche, fort douloureuse comme dans tous les cas d'ectopie inguinale. Il guérit cependant sans avoir eu d'accidents péritonéaux. Mais, à partir de cette époque, il ne put plus travailler au delà de quelques jours de suite sans être pris de gonflement et de douleurs de son testicule gauche et sans être forcé de garder le lit. Ces accidents se répétant maintes et maintes fois dans l'année, il s'est décidé à venir à l'hôpital nous demander de lui enlever son testicule. J'ajoute, mais cela n'a rien à faire ici, que notre malade est porteur à droite, c'est-à-dire du côté opposé, d'une hernie inguinale, laquelle est plus ou moins bien contenue par un bandage.

Sur ses instances, j'ai accepté de faire la castration, bien que cette opération soit en contradiction avec les principes admis encore en chirurgie il y a quelques années, époque où la castration n'était pour ainsi dire autorisée qu'en cas de néoplasme. Je ne m'arrêterai pas à vous dire ce que c'est que l'ectopie testiculaire; vous savez tous qu'elle est caractérisée par un arrêt dans la descente du testicule dans le scrotum, et que l'on peut en observer plusieurs variétés. Celle que nous avons ici est la plus fréquente de toutes; c'est la variété inguinale. Elle a été l'objet de très importants travaux de Follin et de Godard, auxquels nous devons de la bien connaître.

La destinée des individus atteints d'ectopie inguinale est qu'ils sont morts physiologiquement, un pareil testicule ne faisant plus de spermatozoïdes; partant, il ne sert plus à rien à son propriétaire. Bien plus, le sujet est exposé davantage à certains accidents, tels notamment que des hernies dans la même région, à des orchites s'accompagnant de douleurs excessives, parfois même de péritonite mortelle, à des néoplasies, etc.

Simanowski, atteint lui-même de cette malformation congénitale, a vu son ectopie testiculaire suivie de sarcome de cet organe, et la castration, pratiquée trop tardivement selon lui, fut suivie à son tour d'une récidive mortelle, si bien qu'il soutint que s'il avait été opéré de bonne heure, aucun néoplasme ne se serait développé. Kocher, Aubert (de Lyon), pensent aussi que les néoplasmes sont plus fréquents dans le cas d'ectopie. C'est possible, mais je n'insiste pas, d'autant plus que cela nous conduirait, dans tous les cas d'ectopie, à la castration préventive, ce qui me paraît fort exagéré.

En résumé, lorsqu'on est en présence d'une ectopie testiculaire, que faut-il faire? Tout d'abord, engager le testicule à descendre; la pelote à fourche a quelquefois réussi. Mayor et Godard ont rapporté deux observations où le testicule descendit dans les bourses, chez l'un des individus à vingt-cinq ans, chez l'autre à vingt-huit ans.

Le plus ordinairement, c'est dans les premières années de la vie que cette descente peut s'obtenir. Mais si le testicule ne veut pas descendre, il faut, ou chercher à le faire rentrer dans le ventre où il est à l'abri de tout traumatisme direct, ou bien le préserver de tout choc au moyen d'une pelote concave qui lui fera l'office de bouclier.

Les bandages sont bons chez l'enfant, pour faciliter la descente du testicule; ils peuvent également convenir chez l'adulte, comme boucliers, je le répète, tant que celui-ci ne souffre pas, tant que son testicule est sain. Mais s'il y a douleur, si l'individu est malade de son testicule, alors il faut en arriver à la castration.

Il y a quelques années encore, l'on y était opposé par crainte de péritonite que l'on considérait comme devant arriver à peu près fatalement. Aujourd'hui, on n'en est plus là; MM. Monod et Terrillon ont réuni, de 1777 à nos jours, 50 observations de castration, dont 10 pour testicule douloureux, 40 pour néoplasme testiculaire, et ils ont relevé seulement 3 cas de péritonite, dont un seul suivi de mort. D'ailleurs la communication de la vaginale ectopiée avec la cavité péritonéale est si peu fréquente que l'on peut considérer la castration comme n'offrant pas plus de gravité que la kélotomie, dans le cas de hernie. La castration du testicule ectopié, douloureux, peut donc être faite comme si le testicule était dans le scrotum, et, l'organe étant mort physiologiquement, il n'y a, dans ce cas, nul inconvénient à en débarrasser le sujet.

Le procédé opératoire n'a rien de spécial, il est simple et doit s'accompagner de toutes les précautions antiseptiques. Un point seulement mérite l'attention, c'est la ligature du cordon, ligature que je pratique en masse et non en détail, parce que je l'ai toujours vu faire ainsi à mes maîtres sans qu'elle ait donné lieu à aucun accident, mais ligature faite avec deux fils croisés, de façon qu'une fois rentrée dans le ventre elle ne puisse se détacher.

LE CHOC EN RETOUR ET LE FOUDROIEMENT LATÉRAL (1)

Par M. le docteur F. Vincent (de Guéret),
Lauréat de l'Académie de médecine.

XIII

2° Lorsqu'une pluie trop abondante ou la chute de la grêle obligent à s'abriter sous un arbre, il faut éviter de s'appuyer contre le tronc et même s'en tenir éloigné le plus possible, puisque, dans les trois circonstances énumérées ci-dessus, il devient le conducteur du courant plus ou moins intense établi entre le sol et le feuillage.

Le danger provenant ici de ce que le corps humain, meilleur conducteur que le tronc de l'arbre, attire le courant et lui livre un passage plus facile, il serait possible de le conjurer d'une manière peut être plus sûre que l'éloignement, en interposant entre l'arbre et l'homme un corps meilleur conducteur que l'un et l'autre, et que l'électricité suivrait de préférence. Une tige de fer ou la chaîne de sûreté ci-dessus proposée pourraient remplir cet office. Le berger pourrait se servir à cet effet de sa houlette, dont les deux extrémités en fer seraient réunies par un fil métallique fort roulé en spirale autour du bois; le bouvier, d'une aiguillade confectionnée de la même manière; enfin, le chasseur, de son fusil, déchargé, bien entendu, dont la garniture métallique s'étendant jusqu'au bout de la crosse, formerait avec le canon un conducteur continu. La grande précaution à prendre, dans tous ces cas, serait que le bon conducteur touchât d'un côté le sol, et, de l'autre, le tronc de l'arbre au niveau ou au-dessus de la tête de l'individu. L'emploi de ces moyens et l'éloignement combinés me paraissent devoir rendre l'abri sous un arbre beaucoup moins dangereux, sinon tout à fait inoffensif.

3° De plus, dans l'abri sous un arbre, il faut se placer de manière à être exposé le moins possible au foudroiement latéral provenant d'un arbre voisin susceptible d'être foudroyé, et, par conséquent, au courant qui le produit.

Lorsque deux arbres se trouvent en présence, ce sont, par suite, leurs faces qui se regardent qu'il faut éviter; lorsqu'un arbre se trouve entre deux autres plus ou moins éloignés, c'est vis-à-vis une de ses faces latérales qu'il faut se placer; lorsque plusieurs arbres forment une ligne plus ou moins longue, c'est l'un des deux formant l'une ou l'autre extrémité qu'il faut choisir pour abri, en ayant soin, ici plus que dans tout autre cas, de se placer vis-à-vis sa face la plus extérieure; enfin, s'il fallait s'abriter sous un des arbres du milieu de la ligne, c'est vis-à-vis sa face latérale qu'il faudrait se mettre.

4° Dans les mêmes circonstances, lorsque, dans le lieu où l'on se trouve, existent plusieurs arbres groupés sur une surface plus ou moins étendue, ni trop rapprochés ni trop éloignés les uns des autres, c'est toujours sous le moins élevé et le moins développé en ramure et en feuillage qu'il faut chercher un abri.

En effet, ceux qui se trouvent dans des conditions opposées, étant plus exposés aux atteintes de la foudre, lui servent de paratonnerre et, de plus, la moindre quantité de l'électricité de l'éclair, nécessaire pour neutraliser la sienne, rend son foudroiement latéral moins à redouter. Les mêmes raisons rendent ici encore le choc en retour complexe moins à craindre.

La position de l'arbre est encore à prendre en grande considération. D'une manière générale, c'est un des plus extérieurs au groupe qu'il faut choisir pour abri, et vis-à-vis sa face extérieure qu'il faut se placer. Dans un quinconce, les arbres taillés de la bordure offrent cette double condition avantageuse à un abri plus sûr, c'est-à-dire l'extériorité et le peu de hauteur et de développement.

5° Par les mêmes raisons, l'abri sous un arbrisseau, suffisamment touffu pour protéger contre la pluie, devient moins dangereux que celui sous un arbre.

Nous trouvons ici la justification d'un préjugé qui a cours encore dans les campagnes de la Creuse, où l'aubépine, qui a fourni sa couronne au Christ crucifié, et le coudrier consacré à la Vierge passent pour préserver du tonnerre qui, dit-on, ne tombe jamais sur eux. Cela prouverait que tous les préjugés ne sont pas mauvais. La plupart sont, en effet, des débris des vieilles croyances, et nous savons tous que les religions, chez les peuples de l'antiquité, absorbaient les connaissances d'alors soigneusement cachées au profane vulgaire, et donnaient, sous forme de prescriptions religieuses toujours ponctuellement exécutées, des préceptes

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 5 novembre 1885.

d'hygiène bons dans tous les temps, mais qui, émanant des savants, n'auraient pas été acceptés.

Néanmoins cette sécurité plus grande ne peut être réelle qu'autant qu'au voisinage de l'arbrisseau existent des arbres plus élevés, susceptibles d'être foudroyés à sa place soit directement, soit latéralement. En effet, isolé en rase campagne, il pourrait devenir le point culminant de la sphère d'action du nuage et être foudroyé tout comme ces derniers.

6° Dans tous les cas précédents, lorsque le tonnerre tombe, l'électricité du nuage déversée sur le sol, en se divisant entre plusieurs arbres voisins ou environnant celui qui reçoit le choc direct, rend, sous chacun d'eux, le foudroiement latéral moins dangereux; en même temps que l'attraction électrique qu'ils exercent tous ensemble en sens divers peut atténuer les effets de la foudre sur la personne abritée sous l'arbre frappé directement et sur le côté opposé à celui où elle s'exerce. Cette attraction, en faisant prendre au courant une direction opposée, en préserve naturellement l'individu. Cela doit s'appliquer, à plus forte raison, à l'abri dans les forêts ou les bois étendus, où les arbres, plantés plus épais, se touchent par leur ramure en entremêlant leurs branches et leurs feuilles.

Ici, la multiplicité des troncs d'arbre, en divisant davantage l'électricité fulgurante déversée sur le sol, doit rendre le foudroiement latéral tout à fait insignifiant. De plus, l'entremélange des branches et des feuilles doit former, entre le nuage et le sol, une espèce de ciel protecteur recevant l'électricité qui s'étale à sa face supérieure et arrive au sol divisée entre les troncs des différents arbres qui le soutiennent : ce qui doit atténuer le foudroiement direct au point de le rendre sans danger. L'observation, dit-on, démontrerait que le tonnerre ne tombe pas ou ne tombe que très rarement dans les forêts; et un vieux bûcheron m'a affirmé que, dans sa longue carrière, il n'avait jamais rencontré dans la forêt d'arbres présentant des lésions attribuables à la foudre. On attribue généralement cette immunité relative à l'écoulement, par le nombre infini de pointes présentées par les branches, ramuscules et feuilles, de l'électricité du sol vers le nuage orageux dont elle neutralise l'électricité de nom contraire. Il pourrait fort bien se faire que l'éclair, divisé comme nous venons de le dire, ne laissât aucune trace sur l'écorce tendre et bonne conductrice d'arbres généralement jeunes, ainsi que M. Colladon en a vu plusieurs cas. La division de l'étincelle fulgurante entre plusieurs troncs d'arbre, pour arriver au sol, serait même forcée si, d'après la théorie de ce physicien, cette étincelle s'étalait en une immense aigrette à la face supérieure de la ramure entremêlée de plusieurs arbres réunis.

7° Comme les arbres, et peut-être plus que ces derniers, les masses d'eaux stagnantes ou courantes subissent l'influence du nuage orageux, se chargent d'électricité de nom contraire, et, par suite, attirent l'électricité de l'éclair déversée sur le sol. La personne obligée de chercher un abri sous un arbre situé dans le voisinage d'un étang, d'une rivière, d'une pêcherie, etc., doit donc aussi, par les mêmes raisons que ci-dessus, se placer, toujours en évitant le contact, vis-à-vis la face de l'arbre opposée à celle qui regarde la masse d'eau.

8° Les animaux bons conducteurs, groupés en masse à une certaine distance de l'arbre, peuvent attirer la foudre latéralement au même titre que les arbres et les masses d'eau, et commandent les mêmes précautions. Le berger ne doit jamais, par conséquent, se mettre à l'abri du côté de l'arbre qui regarde son troupeau réuni. Le récit suivant d'un accident arrivé à Belle-Coste (Lozère), où 556 moutons furent tués par un seul coup de foudre, fait par le *Petit Moniteur universel* (n° du 29 septembre 1875), va nous montrer que cette recommandation n'est pas inutile :

« Le berger Nouet, qui était malade des suites de la terrible secousse qu'il a ressentie, est guéri. Les effets de la foudre sur cet homme ont été singuliers. Il a eu ses deux sabots cassés; une de ses guêtres a été arrachée par le fluide et a disparu. Son chien était couché entre ses jambes. La pauvre bête a été *transportée à 20 mètres et recouverte* de douze cadavres de moutons. Le troupeau était de 1 800 bêtes. Environ 1 200 furent renversées... »

Bien qu'il ne soit point fait mention, dans ce récit qui n'était que la suite d'un premier, de l'abri sous un arbre, la chose me paraît néanmoins certaine. Dans tous les cas, le berger se trouvait sur le passage d'un courant dirigé du côté de ses moutons, ainsi que le démontre le sens de la projection de son chien. Ce fait, à la suite de ceux de Bord et du bœuf[3] de Chier-du-Prat, est une nouvelle preuve que le foudroiement latéral n'est point un mythe inventé pour le besoin d'une théorie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 novembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° une lettre de M. le ministre de l'intérieur informant l'Académie qu'il met à sa disposition la somme de 2 000 francs pour récompenser les meilleurs travaux sur l'hygiène de l'enfance; 2° une note de M. Levieu (de Bordeaux) sur quelques manifestations cholériques qui se sont produites à Bordeaux pendant le mois de septembre 1885; 3° une note de M. Pigeon (de Fourchambault) sur le choléra.

— **M. le Président** déclare une vacance dans la section des associés libres résidants.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant dans la première division (médecine et chirurgie).

La liste de présentation porte :

En première ligne, M. de Ranse (de Néris); en deuxième ligne, M. Mandon (de Limoges); en troisième ligne, M. Picot (de Bordeaux).

Sur 61 votants, majorité 31,

M. de Ranse obtient. . . . . . 50 voix.
M. Picot. . . . . 7 —
M. Mandon. . . . . 2 —
M. Baraillier. . . . . 2 —

En conséquence, M. de Ranse est proclamé correspondant de l'Académie.

RAPPORTS

M. J. Rochard, au nom de la commission du prix Godard, donne lecture du rapport sur les travaux envoyés à l'Académie pour le concours de ce prix.

— **M. Perrin**, au nom de la commission du prix de l'Académie, dont le sujet est : « Des corps étrangers dans les articulations », donne lecture du rapport sur les mémoires envoyés à l'Académie pour ce concours.

Le vote sur les conclusions de ces deux rapports est renvoyé en comité secret.

— **M. Gustave Bouchardat**, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter des sources minérales.

Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

COMMUNICATION

Hypnone. — **M. Dujardin-Beaumetz** lit une note sur un nouvel hypnotique désigné sous le nom de phénylméthylacétone, auquel il propose de donner le nom d'*hypnone*.

Il a étudié les propriétés hypnotiques de ce corps avec le docteur Bardet. Administrée à l'intérieur, dissoute dans la glycérine, à la dose de 10 à 15 centigrammes, cette hypnone amène le sommeil, et chez les alcooliques ses effets paraissent supérieurs à ceux du chloral et de la paraldéhide. Chez les neuf malades auxquels

ce médicament a été administré, il n'a produit aucun effet fâcheux, si ce n'est l'odeur désagréable de l'haleine produite par l'élimination de cette acétone par la muqueuse pulmonaire. Administré sous la peau des cobayes à l'état pur, à la dose de 0,50 centigrammes à 1 gramme, il détermine un état de somnolence qui se transforme en une période comateuse dans laquelle l'animal succombe au bout de cinq à six heures.

Cette phénylméthylacétone fait partie de la série aromatique qui a déjà fourni tant de nouveaux médicaments à la thérapeutique, et la communication faite par M. Dujardin-Beaumetz fait partie d'un travail d'ensemble sur les différents corps de cette série étudiés en fonction de leur composition chimique.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

306. M. Doublet. Du mathé. — 307. M. Margerite. Étude sur les troubles sensitifs dans la tuberculose aiguë. — 308. M. Beltremieux. Étude sur l'extraction de la cataracte. — 309. M. Darbouet. De l'adénopathie rétro-pharyngienne d'origine syphilitique. — 310. M. Mordagne. Relation de deux épidémies de choléra observées en 1885 à Lacassaigne et à Coustanly (Aude). — 311. M. Moreau. Des diverses modalités cliniques de la grippe. — 312. M. Fernagut. Essai sur l'action de l'antipyrine dans la fièvre typhoïde. — 313. M. Fargin. Ténorrhaphie et greffe tendineuse. — 314. M. Cabral. Essai de topographie médicale et statistique de Buenos-Ayres. — 315. M. Meunier. Contribution à l'étude des paraplégies par troubles de circulation de la moelle. — 316. M. Sébillon. Gastrite phlegmoneuse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 novembre 1885, M. le médecin-inspecteur Villemin a été, sur sa demande, placé, par anticipation pour cause de santé, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

— Par arrêté ministériel, en date du 10 novembre 1885, un concours pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à l'École de médecine de Reims, s'ouvrira à cette École le 1er juin 1886. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Par arrêté ministériel, en date du 10 novembre 1885, un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'École de médecine de Reims s'ouvrira à cette École le 18 mai 1886. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Le sujet de la question écrite du concours des prix de l'internat a été : 1° pour les internes de la première division : le col de la vessie, les tumeurs de la vessie; 2° pour les internes de la seconde division : le périoste; anatomie pathologique, signes et diagnostic de l'ostéomyélite aiguë des adolescents.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Héret, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, est nommé préparateur du laboratoire de pharmacologie, en remplacement de M. Wallet.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Deroide, bachelier ès sciences, est nommé aide-préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Jaquié, démissionnaire.

— *Collège de France.* — M. Schutzenberger (Paul) est nommé préparateur de la chaire de chimie minérale, en remplacement de M. Vienne, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Paul Bert, professeur de physiologie, est autorisé à se faire suppléer par M. Dastre, docteur ès sciences.

— M. Amans soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 13 novembre 1885, à une heure et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Comparaison des organes du vol dans la série animale. »

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — Un congé d'inactivité, pendant l'année scolaire 1885-1886, est accordé, sur sa demande, à M. Amat, préparateur de chimie.

— *École supérieure de pharmacie de Nancy.* — L'École supérieure de pharmacie a tenu, le 7 novembre, sa séance de rentrée dans laquelle ont été distribués les prix et récompenses qui suivent pour l'année scolaire 1884-1885 :

Première année : prix, M. Noël; mention honorable, M. Fillion.

Deuxième année : mention honorable, M. Beaudouin.

Troisième année : médaille d'or et prix, M. Cuminet; mention très honorable, M. Charaux.

Récompenses pour travaux pratiques (médailles et livres). — Première année (chimie et pharmacie galénique) : MM. Fillion et Patard.

Deuxième année (chimie et pharmacie galénique) : MM. Beaudouin et Winoback; micrographie générale : M. Klée.

Troisième année (chimie analytique et toxicologie) : M. Charaux; micrographie appliquée : M. Starck.

— *École des Hautes-Études.* — M. Lallement (Gustave-Henri), licencié ès sciences physiques, est délégué dans les fonctions de préparateur au laboratoire de chimie dirigé par M. Troost, en remplacement de M. Saglier, appelé à d'autres fonctions.

— M. le professeur G. Pouchet commencera son cours d'anatomie comparée le jeudi 12 novembre 1885, à neuf heures trois quarts, au Muséum, dans le laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, 55, et le continuera les mardis et jeudis suivants à la même heure. Le samedi, conférence pratique à la même heure.

Le professeur traitera du squelette et des dents envisagés dans les différents types d'animaux vivants et fossiles comme base de l'anatomie comparée, d'après les travaux de Cuvier et de de Blainville.

— M. le professeur Grancher commencera le cours de clinique des maladies des enfants le samedi 14 novembre 1885, à dix heures du matin, à l'hôpital des Enfants-Malades, et le continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure.

Le mardi, leçon clinique dans les salles; jeudi, leçon d'anatomie pathologique dans le laboratoire; le samedi, leçon à l'amphithéâtre. Les lundi, mercredi et vendredi seront cousacrés : le lundi aux maladies des yeux et des oreilles, le mercredi à l'électrothérapie; le vendredi aux maladies de la peau.

— M. le professeur Peter commencera le cours de pathologie médicale le samedi 14 novembre 1885, à trois heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Galezowski commencera ses leçons de pathologie et de clinique ophthalmologiques, le samedi 14 novembre prochain, à sa clinique, 26, rue Dauphine, à trois heures, et les continuera les mercredis et les samedis suivants, à la même heure. Les mercredis seront consacrés au diagnostic et à la thérapeutique des maladies des yeux; les samedis, à la réfraction et au choix des lunettes.

— M. le docteur Magnan, médecin de l'asile public des aliénés de Sainte-Anne, commencera, dans l'amphithéâtre d'admission de cet hôpital, le dimanche 15 novembre 1885, à neuf heures et demie du matin, ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales, et les continuera les mercredis et les dimanches suivants à la même heure.

Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pra-

tique du diagnostic de la folie. Le sujet des leçons du dimanche portera sur le délire chronique, la folie des héréditaires et la paralysie générale considérée plus particulièrement au point de vue médico-légal.

Les étudiants et les docteurs en médecine, les magistrats et les avocats seront admis à suivre les leçons, sur la présentation de leur carte.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18588

N° 132. — SAMEDI 14 NOVEMBRE 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 14 NOVEMBRE 1885. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

A propos du traitement du choléra par l'ingestion de grandes quantités d'eau froide.

A l'occasion de la note de M. le docteur Legoix sur le traitement du choléra par l'eau, rapportée dans notre Revue clinique du 10 octobre, M. le docteur Rey (de Lille) nous écrit pour nous rappeler la part qui revient dans l'histoire de cette médication à Tourrette, qui, exerçant dans l'Oise en 1854, obtint, par son application, des succès tels qu'il en fit l'objet d'un travail communiqué dans cette même année à l'Académie de médecine. Sa théorie était déjà surtout basée sur le phénomène d'endosmose. L'eau ingérée en très grande quantité devait, comme il est dit dans la note de M. Legoix, rendre au sang une partie du liquide perdu, et maintenir la circulation. On sait que douze ans après, en 1866, Tourrette mourait victime de sa foi et de son dévouement, à Toulon, où il était allé mettre ses soins et sa méthode au service de la population de cette ville, alors décimée par l'épidémie.

Si le nom de Tourrette n'a été cité dans l'article en question ni par M. Legoix, ni par le rédacteur de la Revue, c'est que nous n'avions ni l'un ni l'autre à faire l'historique de la méthode. En faisant, à cette occasion, un simple rappel de l'important travail publié par M. Netter dans la *Gazette des hôpitaux* de 1872, nous avions précisément en vue de suppléer à cette lacune, en signalant à ceux d'entre nos lecteurs qui auraient désiré se renseigner à cet égard la source où ils pourraient trouver cet historique. Ils y auraient vu que, loin d'être nouvelle, l'idée de traiter le choléra par des boissons abondantes, se retrouve à presque toutes les époques de l'histoire, depuis Celse, en passant par Sydenham et ses successeurs, Cullen, Monro, Lind, Thion de La Chaume, Rougnon de Magny (de Besançon), etc., jusqu'à nos jours, jusqu'aux médecins de notre époque, Muller, Gilcrest, Peyron, Halma-Grand, Legroux, jusqu'à Tourrette auquel M. Netter rend d'ailleurs la justice qu'il méritait.

C'est, au fond, la même idée qui avait inspiré jadis à Iachinchen (de Moscou), à Thomas Latta, en Écosse, à Magendie, à Paris, enfin plus récemment à Lorain, à M. Duchaussoy et à M. Dujardin-Beaumetz, les tentatives jusque-là plus ou moins heureuses de la pratique des injections intraveineuses. C'est encore cette même idée, rajeunie et éclairée par une savante étude histologique du sang, qui a guidé M. Hayem dans ses expériences de l'année dernière. Elle est plus que jamais aujourd'hui à l'ordre du jour, et elle vient d'être remise en cause tout récemment à l'Académie de médecine, dans la communication de M. Peter, sur la pathogénie, l'étiologie et le traitement du choléra ; et pas plus tard que dans la séance du 27 octobre dernier, dans le rapport de M. Le Roy de Méricourt sur le mémoire lu dans la séance précédente par le médecin en chef de la marine, de Toulon, M. Rouvier.

L'examen de ce nouveau point de vue de la question du traitement de l'une des phases les plus graves du choléra mérite bien de nous arrêter un instant.

Les injections intraveineuses de sérum artificiel dans le traitement de la période asphyxique du choléra.

M. Rouvier nous a appris lui-même comment il a été conduit, très naturellement d'ailleurs, à recourir, pendant la dernière épidémie de Toulon, aux injections intraveineuses, répondant par là à l'appel fait déjà, dès 1878, par MM. Besnier et Dujardin-Beaumetz, et plus récemment par M. Hayem, en faveur de cette méthode. Vivement impressionné par les effets obtenus à la suite de trois essais faits à Toulon en 1884, il se promit de recourir de nouveau à ce moyen, si l'occasion s'en présentait, dans les cas où l'inefficacité de la plupart des moyens ordinaires de la thérapeutique ne lui avait été déjà que trop démontrée. L'occasion ne tarda pas, malheureusement, à se présenter, lors de la réapparition de l'épidémie, en août 1885, dans cette même ville. Ce sont les résultats des nouvelles tentatives faites depuis cette époque qui ont fait le sujet de sa communication à l'Académie, et dont nous avons sommairement rendu compte.

Voici, d'après le rapport de M. Le Roy de Méricourt, quelques détails plus circonstanciés sur ces résultats très encourageants, comme on va pouvoir en juger.

Sur 220 cholériques traités, du 17 août au 20 septembre dernier, à l'hôpital de la marine à Saint-Mandrier, il y a eu 58 décès, soit une mortalité de 26 p. 100. Sur ce nombre de

220 cholériques, 55 ont reçu une ou plusieurs injections intraveineuses. Sur ces 55 malades, 37 ont succombé, soit une mortalité de 67 p. 100; 18 ont guéri, soit une proportion de guérisons de 33 p. 100, à peu près la même que celle qu'a obtenue M. Hayem en 1884 (30 p. 100). Il est essentiel, pour donner à cette proportion sa valeur, de faire remarquer qu'à Toulon, comme à Paris, l'injection intraveineuse n'a été pratiquée que dans les cas les plus graves, chez des malades arrivés à la période de collapsus asphyxique, c'est-à-dire voués à une mort presque certaine.

Parmi les 18 guérisons obtenues par M. Rouvier par cette méthode, quatorze fois la réaction a été franche, une fois irrégulière, trois fois typhoïde. Sur les 37 cas suivis de mort, vingt et une fois elle est survenue très rapidement. Chez 37 malades il n'a été pratiqué qu'une seule injection ; chez 12 malades il en a été pratiqué deux ; chez 5, trois ; un seul a reçu cinq injections. Il en a été fait en tout quatre-vingt-une.

C'est toujours, et uniquement, venons-nous de dire, à la période de la maladie où la circulation est entravée par l'état du sang et où l'asphyxie est imminente, que M. Rouvier a eu recours à l'injection. Dans tous les cas où il l'a pratiquée, l'état du malade était tel qu'on pouvait agir sur lui comme sur un cadavre.

Les 18 guérisons ont été obtenues sans qu'il soit survenu, ni au moment ni à la suite des injections pratiquées, le moindre accident qui ait pu leur être attribué. Aucun malade n'a succombé pendant la transfusion ; jamais on n'a observé d'accident traumatique à la suite de l'ouverture de la veine.

Un premier fait ressort de ce rapide exposé des résultats obtenus par M. Rouvier : c'est leur disproportion — à leur avantage — avec ceux des autres médecins qui ont eu recours dans cette épidémie à la même méthode. Quelles ont été les causes de cette différence ? C'est ce que le rapporteur, M. Le Roy de Méricourt, a cherché à élucider.

Pour lui, ces causes sont multiples. La première dont il y a à tenir compte est le procédé mis en usage ; une seconde cause non moins importante est l'indication de l'opération qui n'a pas dû être comprise toujours de la même manière, ce qui a pu entraîner des hésitations, des pertes de temps et une détermination inexacte dans le choix du moment opportun d'agir. Enfin, une troisième cause probable de cette différence dans les résultats obtenus serait l'insuffisance dans la quantité du liquide injecté.

Le manuel opératoire mis en usage par M. Rouvier est celui de M. Hayem, qui n'est autre que le procédé qu'il emploie pour la transmission du sang. M. Rouvier s'est efforcé de le rendre aussi simple que possible. L'opération n'est pas plus difficile qu'une saignée.

Pour le liquide injecté, M. Rouvier a adopté, sans modification, la formule du sérum artificiel de M. Hayem. Il s'est également basé sur les indications de ce maître pour les quantités injectées.

Nous venons de parler de la quantité du liquide injecté, du nombre des injections et du choix du moment opportun pour les pratiquer, ou de leur indication. Il n'est pas sans importance de tenir compte du nombre d'injections pratiquées. Tandis que plusieurs médecins s'en sont tenus à une seule injection, souvent même à dose insuffisante, ou, s'ils en ont fait une seconde, ne l'ont faite que trop tardivement, M. Rouvier a introduit en une seule fois jusqu'à 2 900 grammes de liquide, et jusqu'à 4 900 grammes en vingt-quatre heures, et a répété ces injections deux et trois fois chez quelques-uns de ses malades et jusqu'à cinq fois chez l'un d'eux. C'est là probablement une des causes des succès qu'il a obtenus.

Quant à l'indication et au choix du moment opportun d'agir, tout en reconnaissant, même après les recherches hématométriques et thermométriques auxquelles M. Hayem s'est livré, qu'on n'est pas encore en possession d'un signe qui puisse, d'une manière positive, indiquer le moment d'intervenir, M. Rouvier pense, comme ce professeur, que ce moment est arrivé quand, malgré l'emploi des autres moyens thérapeutiques, le collapsus et l'asphyxie se sont produits.

M. Rouvier, dans le mémoire si bien analysé par M. Le Roy de Méricourt, a examiné et discuté la question de la physiologie pathologique du choléra, si souvent et si diversement interprétée. Les différentes opinions qui ont été émises peuvent toutes, néanmoins, malgré leur variété apparente, être ramenées à deux principales. L'une, qui serait suivant lui la plus ancienne, ce qui ne nous semble pas suffisamment établi, repose sur la théorie de la déshydratation du sang produite par l'abondance des évacuations. C'est celle qui a été adoptée par M. Hayem, qui l'a dirigé dans ses recherches expérimentales et l'a conduit à la pratique des injections intraveineuses. C'était, comme nous venons de le rappeler plus haut, celle qui avait inspiré à Tourrette et à M. Netter leur méthode des boissons aqueuses abondantes, et à laquelle obéissaient, inconsciemment et par un pur instinct, les malades dont parle M. le docteur Legoix, lorsqu'ils se précipitaient avidement sur un cours d'eau, ou sur les vases ou pots de tisane quelconques à leur portée.

La seconde opinion fait procéder le choléra d'une altération primitive des centres nerveux encéphalo-rachidiens ou des centres ganglionnaires, — nous la croyons plus ancienne que la première, elle était plus généralement adoptée lors des premières invasions du choléra en Europe, — c'est la théorie qu'ont soutenue tout récemment M. Marey et M. Peter. M. Rouvier a observé pendant l'épidémie de Toulon des faits qui ne lui ont paru pouvoir s'expliquer que par l'action du système nerveux vaso-moteur, dans lesquels la mort survenait rapidement, sans algidité ni cyanose, sans période asphyxique.

M. Rouvier, en se fondant sur la rapidité même du rappel à la vie dans la période de collapsus, sous l'influence de quantités minimes de liquide injecté (150 à 200 grammes) émet l'opinion que l'injection intraveineuse doit la puissance de ses effets aux réflexes énergiques que met en jeu son action sur le cœur, sur le cerveau, sur la moelle et sur le grand sympathique. Ce ne serait, en définitive, suivant lui, qu'un moyen de réaction, mais un moyen d'une incomparable énergie.

En effet, une fois le malade rappelé à la vie, le choléra n'en reprend pas moins, peu à peu, sa marche propre, qui réclame d'autres moyens de traitement, comme l'exigera par la suite la réaction elle-même. L'injection intraveineuse ne peut rien contre le principe cholérique infectieux, microbe-virgule ou autre ; elle a seulement la puissance de ranimer la circulation, de réveiller la sensibilité, de permettre enfin à l'économie de continuer la lutte avec de nouvelles chances de succès.

Telles sont les conclusions qui ressortent de l'intéressante communication de M. Rouvier et auxquelles le rapporteur a donné sa pleine adhésion.

Hygroma de la bourse séreuse du psoas.

Il s'est présenté récemment un cas assez rare et assez curieux d'hygroma de la bourse séreuse du psoas, dans le service de M. Périer, à l'hôpital Saint-Antoine.

Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, charretier, qui est entré à l'hôpital pour une tumeur de la région inguinale.

Cette tumeur, dont le début est assez difficile à préciser, s'est accrue lentement, graduellement, sans attirer tout d'abord l'attention du malade. Lorsqu'elle eut atteint le volume d'un œuf de poule environ, elle commença à provoquer une certaine gêne dans les mouvements du membre et quelques douleurs à forme névralgique le long du trajet du nerf crural. C'est alors que le malade entra à l'hôpital où il fut examiné par M. Prengrueber, qui suppléait à ce moment M. Périer.

La tumeur occupait la partie supérieure et externe du triangle de Scarpa, mais on sentait avec netteté qu'elle se prolongeait sous l'arcade crurale. Elle était nettement circonscrite au milieu des tissus environnants et ses contours étaient faciles à délimiter avec les doigts, aussi bien dans sa partie intra-pelvienne que dans sa partie extra-pelvienne. La consistance de la tumeur était dure, mais en même temps elle était rénitente, de telle sorte que l'on devait penser à une tumeur liquide dont les parois résistantes étaient fortement distendues. Il y avait une résistance absolue à toute tentative de réductibilité. Enfin, symptôme capital en l'espèce, le siège de la tumeur était très profond. La fémorale, fortement repoussée en avant et en dedans, se sentait pour ainsi dire à fleur de peau, et les fibres du psoas également repoussées en avant se dessinaient immédiatement sous la peau, et avec la plus grande netteté, dès que le malade fléchissait la cuisse sur le bassin.

L'idée d'un abcès migrateur, qui vient tout d'abord à l'esprit lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur fluctuante, profonde, de la région inguinale, fut immédiatement rejetée par le chirurgien. Non seulement on ne trouvait aucun signe de lésion osseuse à distance, mais encore les caractères propres de la tumeur (irréductibilité absolue et distension extrême de la poche, au point de donner la sensation d'un corps solide, situation profonde sous le psoas, et non pas dans la gaine du psoas, enfin netteté de la limite supérieure de la tumeur) ne ressemblaient en rien à ceux que l'on observe d'habitude avec de pareils abcès.

Deux hypothèses restaient possibles : ou bien il s'agissait d'un abcès confluent né sur place, consécutif à une maladie de l'os iliaque, en un point correspondant à l'union du pubis et de l'iléon, ou bien il s'agissait d'un hygroma de la bourse séreuse qui existe à ce niveau, et qui est destinée à faciliter le glissement du psoas à sa sortie du bassin.

C'est à cette dernière hypothèse que s'est rangé M. Prengrueber, en se fondant sur les raisons suivantes : l'état général du sujet était excellent, et l'on concevait difficilement une maladie osseuse chronique sur un homme aussi robuste ; à son âge, les épiphyses sont soudées depuis longtemps, aussi les maladies de l'os iliaque, au point de jonction du pubis et de l'iléon, fort possibles chez un adolescent, l'étaient-elles beaucoup moins chez lui. Enfin, quel que soit le soin avec lequel on ait cherché des points douloureux au voisinage de la tumeur, il avait été impossible d'en trouver. Les pressions exercées par le chirurgien déterminaient, il est vrai, une sensation pénible dans la région, mais aucune d'elles ne révélait la présence d'un point particulièrement sensible.

Dans ces conditions, une ponction fut faite avec l'appareil de Potain ; elle donna lieu à la sortie d'un liquide clair, filant, glutineux, analogue au liquide de tous les hygromas. Le diagnostic se trouvait donc confirmé.

Le liquide évacué, le malade fut tenu au repos, puis renvoyé guéri quelques jours après. La tumeur avait disparu, et avec elle tous les troubles mécaniques qui en étaient la conséquence.

Malheureusement, le malade ayant été obligé de reprendre ses pénibles travaux, il dut revenir un mois après ; la tumeur s'était reproduite. Elle avait quelque peu changé de caractère, en ce sens qu'elle était le siège de phénomènes inflammatoires, d'ailleurs très légers. Elle était moins bien circonscrite au milieu des tissus du voisinage, et ceux-ci étaient le siège d'un certain degré d'empâtement ; le malade éprouvait en outre quelques petits élancements.

Le repos, quelques émollients, firent disparaître tous ces accidents et firent même diminuer la tumeur, de telle sorte qu'à l'heure actuelle le malade se trouve à peu près dans les conditions où il se trouvait au moment de sa première sortie de l'hôpital.

Luxation ovalaire intermittente de la cuisse.

Il y a à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Després, salle Saint-Jean, un malade qui, à la suite d'un accident de travail, a présenté une luxation ovalaire de la cuisse avec des particularités remarquables.

Le nommé D... (Jules), est entré à l'hôpital le mercredi 25 octobre avec deux de ses camarades. Ils étaient tombés tous trois sous une pièce de fonte pesant 1 100 kilogrammes, en établissant un ascenseur. Pour bien comprendre comment D... eut une luxation, il faut représenter la scène.

Sur la tige de l'ascenseur sortant de l'excavation où doit s'engager dans le sol l'ascenseur, la pièce de fonte disposée pour soutenir la cage de cet appareil, était élevée de 1^{m},50 au-dessus du niveau du sol. L'excavation était en partie couverte par des planches. Lorsque la pièce de fonte tomba, D... fut précipité dans l'excavation ; mais, retenue par une des planches, la jambe resta prise entre la pièce de fonte et la planche pendant que le corps tombait dans le vide. C'est donc le poids du corps qui a causé la luxation. Il y a eu de la sorte adduction forcée et flexion de la cuisse sur le bassin.

Le malade amené de suite à l'hôpital, nous dit M. Després, à l'heure de la visite, je constatai les signes de la luxation ovalaire à droite avec une forte contusion sur la partie interne du genou. La jambe était demi-fléchie sur la cuisse, qui elle-même était fléchie sur le bassin et dans la rotation en dehors. Il y avait une dépression au niveau du trochanter et une saillie dans la fosse ovalaire en dedans de l'ischion. Le malade poussait des cris de douleur lorsqu'on cherchait à redresser le membre. Je donnai l'ordre de porter le malade à l'amphithéâtre où je me proposais de le chloroformer et de réduire la luxation.

Le malade apporté sur le lit à opération, je constatai que la luxation était réduite. L'infirmier, en portant le malade, avait réduit la luxation. Je dis alors au malade d'écarter la cuisse, et immédiatement la luxation se reproduisit. Instruit par le fait de la réduction pendant le transport du malade, je procédai à la réduction par le procédé de Després mon

père, flexion forcée de la cuisse sur le bassin et adduction.

La réduction fut très facile, et pour l'instruction de mes élèves, je dis encore une fois au malade d'écarter la cuisse. La luxation se reproduisit et fut une troisième fois réduite de la même manière ; inutile d'ajouter que la réduction avait été de moins en moins douloureuse.

Nous avions affaire à une luxation intermittente. Restait à trouver l'explication ; deux hypothèses se présentaient à l'esprit : ou une fracture du rebord de la cavité colyloïde, ou une large déchirure de la capsule. C'est à cette dernière interprétation que j'ai cru devoir m'arrêter. En effet, il n'y avait aucun gonflement autour de l'articulation, et aussitôt la luxation réduite, le malade n'éprouvait aucune souffrance. Ce serait donc la large déchirure de la capsule que l'on doit accuser ici ; d'autant plus que l'accident, cause de la luxation, fait bien comprendre la possibilité de cette déchirure étendue. Et celle-ci explique parfaitement la facilité de la réduction de la luxation et de sa reproduction.

Comme traitement, le malade a été placé dans la gouttière Bonnet et un poids a été attaché au pied pour faire l'extension continue. Des cataplasmes ont été placés sur la contusion du genou.

Aujourd'hui, seize jours après l'accident, le malade se lève appuyé sur son membre et ne souffre plus. Il va partir en convalescence.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE (1)

Par M. le docteur L.-G. Richelot, chirurgien des hôpitaux.

Herminie R..., trente-cinq ans, est entrée à l'hôpital Bichat le 1er août 1885, pour un épithélioma du col utérin.

Les antécédents de cette malade se résument en quelques mots : fièvre typhoïde à huit ou neuf ans; réglée à quatorze ans; mariée à vingt ans ; deux grossesses.

La santé s'altère depuis trois ans environ; douleurs dans le ventre et dans les reins; l'appétit et les forces diminuent. Dans les premiers jours de février 1885, première métrorrhagie durant toute la nuit; seconde perte huit jours après. Le 15 février, elle entre à l'hôpital de Lagny (Seine-et-Marne), et subit, le 26 mars, l'amputation partielle du col utérin. Elle sort le 26 avril, et, pendant trois mois, va se faire panser à l'hôpital une ou deux fois par semaine. Vers le 24 mai commencent de nouvelles pertes, jaunâtres et de mauvaise odeur; puis, à partir du 1er juillet, les pertes rousses alternent avec de vraies métrorrhagies.

Lorsqu'elle entre à l'hôpital Bichat, l'examen démontre un épithélioma végétant du col utérin, dont la limite supérieure ne peut être déterminée. L'utérus est mobile, le vagin et les ligaments larges sont indemnes. La santé générale étant bien conservée, l'intervention radicale paraît absolument légitime. Injections de sublimé deux fois par jour, en attendant l'opération.

Avec l'aide de mes amis, MM. Paul Berger et Landowski, je pratique, le 8 août, l'hystérectomie vaginale. L'anesthésie est faite par M. Poupinel, interne du service.

Après une large irrigation antiseptique, le col est saisi avec deux pinces de Museux et l'utérus facilement abaissé. Incision du cul-de-sac antérieur, décollement de la vessie à l'aide d'un instrument mousse, ouverture du péritoine au fond de la plaie par le bistouri, puis agrandissement de l'ouverture avec les doigts, tout marche régulièrement, comme dans les observations de MM. Tillaux et Terrier. Même manœuvre en arrière, pour inciser le cul-de-sac postérieur et séparer l'utérus du rectum. Alors, l'index de ma main gauche accroche le bord supérieur du ligament large du côté droit et cherche à faire basculer le fond de l'utérus en avant. Ce mouvement n'étant pas possible, je prends la résolution d'attaquer par le bord inférieur. A l'aide d'une aiguille courbe, je passe successivement deux fils de soie simples, dont l'un embrasse la moitié supérieure et l'autre la moitié inférieure du ligament large. M. Berger serre vigoureusement chacun de ces deux fils. Cependant, n'ayant qu'une confiance limitée dans la striction ainsi produite, nous plaçons encore deux fils doubles, et M. Berger les serre de toute sa force. La manœuvre a été fort pénible et nous a demandé beaucoup de temps.

Couper au ras de l'utérus, attirer celui-ci au dehors, et placer des fils sur le second ligament large, ces divers temps ne sont plus rien, pour ainsi dire. Je lie en quatre faisceaux le ligament que j'ai sous les yeux, et l'utérus est complètement séparé. Mais aussitôt je vois couler du sang, parce qu'un des quatre fils n'a pas été bien serré; il me faut prendre encore six vaisseaux avec des pinces et placer six nouveaux fils de soie. C'est alors seulement que je me décide à couper au ras tous les fils et à laisser les deux ligaments se retirer dans l'abdomen.

J'essuie doucement la plaie avec des éponges trempées dans le bichlorure, je place au fond du vagin un point de suture adossant la séreuse, de chaque côté un tube à drainage, enfin quelques tampons de gaze iodoformée; un pansement de Lister couvre la région. L'opération a duré plus d'une heure et demie.

Vomissements dans la journée, deux piqûres de morphine. — T. 38°,3 ; P. 106.

Le 9 août, les vomissements continuent; il n'y a ni ballonnement ni douleur; piqûre de morphine. — T. m. 38 degrés; P. 118. — T. s. 38°,8; P. 118.

Le 10, toujours quelques vomissements; la malade est abattue et se plaint. Le soir, les vomissements ont cessé après l'ingestion de trois cuillerées d'une solution de morphine au millième. — T. m. 38°,6; P. 114. — T. s. 39°,4; P. 114.

Le 11, j'enlève les tampons iodoformés et les tubes, qui donnent depuis le début un suintement sanieux; je fais une irrigation vaginale très douce avec le sublimé, et je replace dans le vagin un peu de gaze iodoformée. — T. m. 39°,4; P. 114.

La malade n'a plus de vomissements, mais l'abdomen est très douloureux. Le soir, la température monte à 40°,4, et la mort arrive à neuf heures et demie.

L'autopsie, faite le 13 août, nous montre une péritonite généralisée ; tous les intestins sont rouges, congestionnés, légèrement adhérents. Dans le petit bassin, nous trouvons un grand verre de liquide épais, brun rougeâtre, mélange de pus et de sang. Le ligament large du côté droit est enveloppé de caillots qui adhérent à la surface de section; les fils de soie l'entourent mollement sans l'étreindre. Du côté gauche, au contraire, les fils sont bien serrés.

Cette observation est la huitième qui vous est présentée depuis le mois de juin 1885. Elle termine une série où se comptent des succès et des revers.

La malade de M. Tillaux et celle de M. Trélat ont guéri. Sur les deux opérées de M. Terrier, l'une a guéri et l'autre a succombé. M. Gillette, sur deux cas également, a eu les mêmes résultats. Enfin, l'opération de M. Le Dentu et la mienne se sont terminées fatalement. Total : quatre guérisons, quatre morts.

Je ne rappelle pas les observations de MM. Demons, J. Bœckel, ni celles qui nous viennent de l'étranger. Mon but est seulement d'attirer votre attention sur un point qui me paraît essentiel.

Je suis de ceux qui pensent que l'hystérectomie vaginale est une excellente opération, destinée, dans un avenir prochain, à donner à la plupart des malades une survie prolongée, exempte de douleurs, d'opérations successives et de traitements palliatifs péniblement supportés. Mais, pour atteindre ce but, que les derniers faits nous permettent seulement d'entrevoir, il faut d'abord chercher les cause

(1) Communication faite à la Société de chirurgie dans la séance du 11 novembre 1885.

qui rendent l'opération si grave en certains cas, et finiraient par nous rendre plus timides si nous ne pouvions les écarter.

Les deux malades de MM. Le Dentu et Gillette ont succombé au collapsus, au « choc opératoire » ; celle de M. Terrier et la mienne sont mortes de péritonite, mais celle-ci était causée par une hémorrhagie pelvienne, dont la source était le ligament large du côté droit mal serré par les ligatures. Je puis cependant vous affirmer que, chez mon opérée, les fils ont été placés avec le plus grand soin et serrés avec une conscience et une vigueur peu communes par mon collègue Berger, qui m'assistait. Mais ce temps de l'opération est extrêmement difficile ; c'est la pierre d'achoppement de l'hystérectomie vaginale ; c'est la grosse difficulté qui entraîne deux conséquences également fâcheuses : la prolongation des manœuvres et la possibilité de l'hémorrhagie.

Tous les auteurs ont cherché à simplifier la ligature du premier ligament large ; on a tout proposé, même de ne pas le lier du tout. Néanmoins, nous ne sommes pas encore très avancés.

Quand on dépouille les statistiques, on trouve notés, comme causes de mort, la péritonite, l'hémorrhagie et le collapsus. D'après ce qui nous est arrivé, à mon collègue Terrier et à moi, j'ai lieu de croire qu'un bon nombre de péritonites, signalées sans autre commentaire, étaient dues à l'hémorrhagie pelvienne. Quelle que soit, d'ailleurs, la fréquence de l'hémorrhagie, tout procédé qui simplifiera le traitement des ligaments larges tendra du même coup à éloigner les autres causes de mort, en diminuant la durée et la violence des manœuvres. Tout se résume donc à trouver un moyen qui atteigne ce double but : 1° assurer l'hémostase ; 2° abréger la durée de l'opération.

Or, ce moyen existe, il est entre nos mains. MM. Trélat et Le Dentu l'ont utilisé, mais seulement à titre auxiliaire : je veux parler des pinces longues qu'ils nous conseillent de placer temporairement sur le ligament large avant de le couper. Je crois que ces pinces, étreignant les deux ligaments larges pendant vingt-quatre heures, dispenseront des ligatures et rempliront parfaitement la double indication que je vous ai signalée.

Et d'abord, l'opération durera une demi-heure au lieu d'une heure et demie ; car c'est l'attaque du premier ligament qui prolonge indéfiniment les manœuvres. On arrive assez vite à isoler l'utérus et à saisir le ligament. Or, une fois saisi avec les doigts, rien n'est plus facile que de le mordre avec la pince longue. Après la section au ras de l'utérus et l'extraction hors du vagin, il est encore plus simple de mordre le second. Le péritoine pelvien ne sera plus offensé par l'introduction pénible et réitérée des aiguilles et des doigts. N'est-il pas important, ici comme dans l'ovariotomie, de refermer vite le péritoine et d'y fourrager le moins possible ?

En second lieu, l'hémostase est assurée, car la pression des pinces pendant vingt-quatre heures suffit à oblitérer définitivement des artères même volumineuses. Il m'est arrivé plusieurs fois d'extirper des cancers du rectum remontant très haut, sans autre outillage que les ciseaux courbes et les pinces à pression, que je laissais jusqu'au lendemain ; l'opération, si longue et si pénible quand on enlève une longue portion d'intestin avec les instruments dits hémostatiques, se fait ainsi très rapidement et en toute sécurité.

Je ne vois d'ailleurs aucun inconvénient qui puisse compenser les avantages des pinces longues substituées aux ligatures. Les tissus comprimés par la pince se comporteront sans doute comme les tissus étranglés par le fil ; la présence indéfinie de plusieurs gros fils de soie dans la cavité pelvienne sera évitée, non sans profit. Les pinces rempliront l'office de drains pendant vingt-quatre heures, et entre elles deux nous suturerons la plaie vaginale comme nous l'avons fait jusqu'ici. Le lendemain, elles seront enlevées sans violence et presque sans déranger la malade ; à chacune sera substitué un tube en caoutchouc, car le drainage, dont la valeur a été contestée, me paraît utile pendant les premiers jours.

En résumé, je ne crois pas me faire illusion en disant que la suppression du temps le plus difficile de l'hystérectomie vaginale constituera un véritable progrès, puisqu'elle abrégera la durée de l'opération, diminuera la violence des manœuvres et préviendra sûrement l'hémorrhagie. Le procédé que je vous propose, et que j'emploierai certainement à la première occasion, c'est la pince à pression pendant vingt-quatre heures substituée à la ligature des ligaments larges. L'antisepsie fera le reste, et l'opération ainsi réglée nous donnera, j'espère, de beaux succès.

THÉRAPEUTIQUE

Étude sur le chloropeptonate de fer.

Par M. le docteur DELMIS.

L'expérimentation fut longtemps inapplicable à l'étude des préparations ferrugineuses, parce qu'aucune d'elles ne pouvait être injectée sous la peau ou dans les veines, sans produire des accidents mortels. Leur pharmaco-dynamie reposait tout entière sur les phénomènes observés après l'administration par la voie gastrique. « Il faut, disait Claude Bernard, une certaine combinaison du fer avec les aliments pour que son absorption s'effectue. » Il fallait donc trouver un moyen de rendre l'expérimentation possible, et du même coup faciliter l'assimilation.

Il y a quelques années, M. Jules Jaillet, interne à l'hôpital Rothschild, faisait une série d'intéressantes expériences sur le peptonate de fer ammonique ; il s'aperçut vite que ce fer était beaucoup trop altérable.

Dès 1881, étant alors chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris, il proposait une modification de la formule courante, grâce à laquelle le peptonate n'aurait plus la saveur astramentaire et styptique du perchlorure de fer qui lui servait de base (1).

C'était un premier pas dans une voie nouvelle. Bientôt abandonnant complètement cette préparation, il en trouvait une autre qui répondait aux desiderata notés plus haut, le chloropeptonate de fer, désigné par son auteur : Pepto-Fer, pour le distinguer des produits similaires qui pourraient se produire dans la suite.

Dans son étude, *Action du fer dans l'organisme*, de janvier 1883, M. Jaillet s'est servi, pour démontrer l'innocuité du chloropeptonate de fer dans le sang, de la méthode directe, en injectant 10 grammes de son sel dans la veine d'une chienne du poids de $10^{k},500$.

Aucune coagulation sanguine ne s'est produite, aucune embolie ; l'animal existait plus de deux mois après l'injection faite.

Deux heures après cette injection, il retira par l'artère fémorale 60 centimètres cubes de sang, dont la moitié fut abandonnée à la coagulation pour l'analyse du sérum, l'autre moitié fut défibrinée.

Le sérum contenait le sel de fer à l'état de chloropeptonate, ne donnant pas la réaction du bleu de Prusse, par le ferri-cyanure

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 1881, t. 101, p. 537.

et ne la donnant qu'après l'addition d'une suffisante quantité d'acide chlorhydrique.

Les globules examinés au microscope n'avaient subi aucune altération et présentaient tous les caractères du globule sain.

Dans la même étude, M. le docteur Jaillet a démontré par les différents modes d'absorption (méthode hypodermique, injection rectale, injection intra-veineuse, et voie stomacale), que le chloropeptonate de fer arrivé dans le torrent sanguin, est *assimilé* par les hématies.

Son usage se répandit vite alors, et plusieurs ouvrages en firent mention.

Le chloropeptonate de fer est une combinaison chimique vraie, qui ne subit aucune altération sous l'influence du suc gastrique et des alcalis du sang. Il est absorbé et assimilé, tel qu'on l'administre; il active la combustion, la nutrition, produit et en conséquence une élévation de la température, une augmentation de la désassimilation et des excrétions. L'augmentation de l'appétit et l'amaigrissement sont une conséquence de cette propriété; il n'y a pas lieu de tenir compte du dernier accident, largement compensé par l'amélioration des qualités physiologiques du sang, et qui disparaît d'ailleurs très vite sous l'influence d'une alimentation appropriée.

L'expérience clinique a confirmé ces théories; elle a démontré que le Pepto-Fer du docteur Jaillet présente tous les avantages des meilleurs eupeptiques et est un des agents les plus actifs de la médication martiale. Nous savons combien il est parfois difficile de répondre à l'indication fondamentale chez les anémiques de trouver une préparation assimilable bien supportée par le canal digestif. Que l'hypoglobulie soit primitive ou secondaire, la difficulté est la même; le Pepto-Fer permet de la vaincre. Il en est de l'anémie comme de beaucoup d'autres états constitutionnels; la digestion se fait mal, parce que l'assimilation interstitielle de l'oxygène « qu'on a appelée la respiration intra-organique », est elle-même défectueuse, et les éléments indispensables ne sont plus fournis aux tissus, parce que le mauvais état du tube gastro-intestinal empêche qu'il soit convenablement préparé. Un produit capable de modifier à la fois deux troubles connexes et solidaires, est à coup sûr une arme précieuse aux mains des praticiens.

En résumé, au point de vue thérapeutique, nous pensons que le Pepto-Fer doit être considéré comme une des formes les plus physiologiques qu'on puisse donner à ce métal, en raison de son inaltérabilité en présence des liquides de l'organisme et en raison de son absorption et de son assimilation rapide.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont nommés pour deux ans : chef de clinique chirurgicale, M. Lacharrière, docteur en médecine, en remplacement de M. Courtin, dont le temps d'exercice est expiré; — chef adjoint de clinique chirurgicale, M. Philippot, docteur en médecine.

M. Loumeau, docteur en médecine, délégué dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale, est nommé, pour deux ans, chef de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Gaillard (Georges) est nommé préparateur du laboratoire de médecine expérimentale.

M. Rodet, docteur en médecine, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux de médecine expérimentale.

M. Masson, docteur en médecine, est maintenu dans les fonctions de chef de clinique ophthalmologique.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — La chaire de chimie médicale ayant été déclarée vacante, à la suite du décès de M. Ritter, la Faculté vient de présenter M. Léon Garnier, agrégé, pour occuper cette chaire, dont il fait la suppléance depuis plusieurs années.

— Le concours Vulfranc-Gerdy, pour deux places de stagiaire aux eaux minérales, aura lieu au mois de décembre prochain à l'Académie de médecine. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1886.

Sont admis à concourir, les élèves en médecine qui ont passé au moins les trois premiers examens du doctorat. Les candidats devront se faire inscrire avant le 10 décembre 1885.

— La Société de chirurgie a, dans sa séance du 12 novembre, procédé à la nomination des commissions de prix. Ces commissions sont ainsi constituées :

Prix Gerdy. — MM. Trélat, Marc Sée, Berger, Richelot et Bouilly.

Prix Demarquay. — MM. Verneuil, Tillaux, Le Dentu, Marchand et Humbert.

Prix Laboric. — MM. Horteloup, Gillette, Polaillon, Nepveu et Monod.

Prix Duval. — MM. Marjolin, Tarnier, Pozzi, Delens et Lucas-Championnière.

— L'Académie royale de médecine de Belgique vient de nommer membres honoraires étrangers : MM. von Bamberger, professeur à l'Université de Vienne; Botkin, professeur à l'Université de Saint-Pétersbourg; Diday, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, à Lyon; Jenner, professeur à l'University college, à Londres; Kussmaul, professeur à l'Université de Strasbourg; Leyden, professeur à l'Université de Berlin; Erichsen, professeur émérite de l'Universite College, à Londres.

— Le mercredi 18 novembre 1885, à deux heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle de la Sorbonne, M. F. Debray soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès ciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « Étude comparative des caractères anatomiques et du parcours des faisceaux fibro-musculaires des pipéracées.

— M. le docteur Moricourt, ancien interne des hôpitaux, reprendra ses conférences cliniques sur le traitement des maladies nerveuses par la métallothérapie, le dimanche 15 novembre 1885, à neuf heures, rue Chanaleille, 9, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

— M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 16 novembre 1885, à neuf heures du matin, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur de Wecker reprendra ses conférences cliniques, rue du Cherche-Midi, 55, lundi prochain 16 novembre, à trois heures, et lesc ontinuera les jeudis et lundis suivants.

Lundi, diagnostic des affections externes et opérations. Jeudi, maladies du fond de l'œil, ophtalmoscopie et opérations.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire le lundi 16 novembre 1885, à cinq heures, amphithéâtre nº 3 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— *École pratique des Hautes-Études.* — Les travaux du laboratoire d'enseignement de zoologie anatomique commenceront au Muséum le lundi 16 novembre 1885 et auront lieu tous les jours, de midi à quatre heures, pendant le semestre d'hiver de l'année scolaire 1885-1886, sous la direction de M. le professeur A. Milne-Edwards. Ils consisteront en dissections, autres exercices pratiques et conférences.

Le laboratoire des recherches restera ouvert pendant toute la durée de l'année scolaire. Les étudiants qui voudront prendre part à ces travaux devront s'inscrire, de midi à quatre heures, au laboratoire, rue de Buffon, nº 55.

— Un docteur en médecine s'offre à remplacer un confrère de Paris, pendant un ou plusieurs mois l'hiver.

S'adresser, 9, rue de la Michodière.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Du diabète sucré chez la femme, par le docteur Lecorché. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De l'hystérie chez les enfants, par le docteur Perigniez. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Physiologie de la voix et du chant, hygiène du chanteur, par le docteur Gouguenheim et Lermoyez. 1 vol. in-8° avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 francs. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18599.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les causes des maladies du cerveau.

HÉRÉDITÉ. — NÉVROSES. — ALCOOLISME. — DIATHÈSES.

I

J'ai l'intention de vous entretenir aujourd'hui des causes des affections cérébrales. Il me serait bien difficile d'enfermer cette étude dans le cadre forcément étroit d'une leçon, si je me proposais de passer en revue, d'une façon détaillée, les influences si multiples qui déterminent ou favorisent, à des degrés divers, le développement de chacune des affections du cerveau. Aussi bien, l'énumération minutieuse (je pourrais dire le catalogue) de ces influences ne présenterait-elle qu'un intérêt médiocre, puisqu'elle figure au chapitre *étiologie* qui, dans tous les livres classiques, fait nécessairement partie de la description de chaque maladie cérébrale. Nous devons, ce me semble, avoir ici d'autres aspirations.

Nous possédons aujourd'hui des données assez nombreuses et assez précises sur la physiologie pathologique du cerveau et sur le mécanisme en vertu duquel agissent certains agents morbides, pour qu'il nous soit possible de tenter la synthèse des causes des affections cérébrales, en nous en référant aux procédés instrumentaux d'après lesquels ces causes agissent.

Nous ne saurions sans doute parcourir le champ que je me propose d'explorer avec vous, sans faire quelquefois appel à l'hypothèse, là où la donnée positive nous fera défaut. Mais il n'y aura pas grand danger à procéder de la sorte, à la condition de ne donner pour *certain* que ce qui est certain, et pour *probable* que ce qui est simplement probable.

Tout organe, vous le savez, est constitué par des éléments essentiels, nettement différenciés, qui le spécialisent au point de vue de l'anatomie structurale et dans lesquels réside la fonction propre à cet organe. Cet élément essentiel, c'est, dans le foie, la cellule hépatique ; dans le cœur, le faisceau musculaire strié ; dans le cerveau, c'est la cellule nerveuse. Mais les cellules nerveuses ne constituent pas à elles seules toute la trame cérébrale. Outre les tubes nerveux qui les mettent en communication les unes avec les autres, elles sont plongées au sein d'une gangue très délicate qui les soutient en quelque sorte ; c'est la gangue conjonctive ou névroglie. Enfin de nombreux vaisseaux (artériels, veineux ou lymphatiques) cheminent dans la profondeur de cette névroglie, ayant pour mission, soit d'apporter à la cellule nerveuse les éléments de rénovation moléculaire qu'elle utilise pour sa nutrition et son fonctionnement, soit de débarrasser cette cellule des déchets qui résultent des mutations nutritives accomplies dans son intérieur.

Or les affections du cerveau résultent tantôt d'une perturbation primitive de la cellule, tantôt d'un trouble secondaire dans le jeu de cet élément, trouble qui tient alors à une irrigation défectueuse par un sang trop ou trop peu abondant (congestion ou anémie) ou par un sang vicié. Dans les deux cas, le désordre cérébral peut exister, être même prolongé, sans qu'il existe de lésions macroscopiquement ou même microscopiquement appréciables. Les altérations desquelles dépendent les phénomènes morbides observés sont, dans l'espèce, vraisemblablement d'ordre chimique ; il n'y a dès lors rien d'étonnant à ce que l'œil, armé ou non du microscope, ne les puisse découvrir. A ces affections cérébrales sans lésions appréciables on donne communément, vous le savez, le nom de *névroses*.

Mais, à la longue, ou quelquefois d'emblée, suivant la nature ou la puissance de la cause morbigène, il peut se produire, soit dans les parois vasculaires, soit dans la trame conjonctive, des altérations plus ou moins profondes : hémorrhagies, ramollissements, tumeurs, inflammations, suppurées ou scléreuses, etc.

Peu importe, d'ailleurs, qu'on ait affaire à l'une de ces altérations ou à un trouble cérébral sans lésion constatable, à une névrose ; l'affection dépend toujours, soit d'une perturbation primitive de l'activité cellulaire, soit d'un défaut ou d'un vice qualitatif ou quantitatif de l'irrigation. Vous allez aisément vous en convaincre.

Pour la facilité de la description et afin de pouvoir procéder à un classement plus méthodique des causes des affections cérébrales, nous envisagerons successivement l'étiologie des affections du cerveau, transitoires ou durables, qui ne s'accompagnent pas de lésions appréciables, puis celle des affections à substratum anatomique.

I. *Étiologie et pathogénie des affections cérébrales sans lésions connues* (*névroses, vésanies*, etc.) — A. Un grand nom-

bre d'affections cérébrales dépendent d'une disposition à un fonctionnement vicieux, originelle et native, de la cellule nerveuse. La plupart des vésanies, les névroses comme le mal comitial et l'hystérie, sont de ce nombre. La preuve en est dans la part prépondérante que prend à la genèse de ces affections l'*hérédité nerveuse*. Souvent, en effet, on les voit apparaître sans le concours d'aucune cause occasionnelle d'importance; elles semblent naître, elles naissent sur un sol dès longtemps préparé, le système nerveux chez certains tarés de naissance étant en continuel état d'opportunité morbide. Le vice originel transmis des ascendants aux descendants et qui fait de la cellule nerveuse un élément impropre à un fonctionnement régulier, ne s'accuse pas constamment et d'emblée par un de ces troubles profonds (vésanies ou névroses) qui ont nom en pathologie. Il s'affirme simplement, dans bien des cas, par une excitabilité anormale de l'individu, par une tendance à l'exaltation cérébrale, par l'excentricité dans les actes de la vie, quelquefois par une propension spéciale au vice ou même au crime, ou au contraire par le développement exagéré de certaines facultés intellectuelles. Dire du génie qu'il est une névrose, c'est émettre sans doute une proposition qui, sous cette forme générale, n'est pas moins fausse que paradoxale. Il n'en est pas moins vrai, et Moreau (de Tours) l'a bien établi, que certaines formes du génie, particulièrement le génie littéraire, poétique, artistique, ont d'étroits rapports de parenté avec la folie. C'est en effet chose assez commune que de trouver, dans la famille de certains hommes de génie, des idiots, des imbéciles ou des fous.

Ainsi la rupture de l'équilibre cérébral, qui se traduit tantôt par des dispositions exceptionnellement brillantes, tantôt par la perversion du sens moral, ou par divers troubles cérébraux, exprime que la cellule nerveuse fonctionne trop ou trop peu, d'une façon défectueuse ou anormale. C'est cette défectuosité du fonctionnement cellulaire, tenant à l'organisation même et au *modus vivendi* de la cellule qui, en se transmettant elle-même de génération en génération, va, en dépit de ses multiples aspects, être la cause principale et dominante de la plupart des troubles cérébraux.

Les auteurs, à la vérité, ne sont pas parfaitement d'accord sur la part exacte qu'il convient d'attribuer à cette influence. A n'envisager que la folie, l'hérédité nerveuse interviendrait pour la produire seulement 4 fois sur 100, d'après Schlager, 90 fois sur 100 d'après Moreau (de Tours). Vous voyez qu'il y a un bien grand écart entre les chiffres fournis par ces auteurs. La proportion de 46 p. 100, qui est la résultante moyenne d'un grand nombre de statistiques françaises et étrangères, est celle qui se rapproche le plus de la vérité. Il ne faut pas oublier toutefois que la recherche de l'hérédité est toujours difficile, et que la plupart des statistiques pèchent plutôt par défaut que par excès.

L'hérédité, dans bien des cas, vient directement du père ou de la mère : elle est alors *immédiate ;* quelquefois même du père et de la mère, et l'on dit alors qu'elle est *double* ou à *facteurs convergents*. Mais souvent elle est *médiate :* il faut aller la rechercher chez les grands-parents ou même plus haut. La disposition morbide peut en effet respecter une ou plusieurs générations et ne réapparaître qu'assez loin dans la descendance.

D'autres fois, l'hérédité n'est pas *directe*, mais *collatérale*, en ce sens qu'il faut en rechercher l'origine non chez les parents ou les grands-parents, mais dans les branches collatérales de la famille. Quand l'hérédité se traduit chez les descendants par les mêmes troubles nerveux que chez les ascendants, on la dit *similaire;* mais ce cas est le plus rare. Il est plus habituel qu'elle soit *dissemblable :* un vésanique engendre un épileptique ou une hystérique, par exemple.

On voit parfois la disposition morbide du système nerveux s'accentuer de génération en génération, pour aboutir à la dégénérescence de la race ; dans ce cas, on dit que l'hérédité nerveuse est *progressive*. Cette hérédité progressive se voit surtout dans les familles où ont eu lieu des mariages consanguins. Ce qui constitue en effet le danger de ces sortes d'unions, c'est que l'hérédité morbide, lorsqu'elle existe dans la famille des conjoints, pèse de tout son poids sur les descendants qui la tiennent de leurs deux générateurs à la fois.

D'heureux croisements peuvent, au contraire, atténuer ou même dissiper les fâcheux effets de l'hérédité nerveuse, qui devient alors *régressive*.

B. Lorsque, par suite de son organisation vicieuse héréditaire, la cellule cérébrale est exposée au dérangement de ses fonctions normales, les causes occasionnelles susceptibles de modifier son activité ont sur elle, vous le concevez aisément, une prise très spéciale. Ainsi s'explique le rôle d'une foule de conditions accessoires, qu'on considère trop souvent comme capables d'engendrer des troubles cérébraux permanents, et qui, dans la majorité des cas, sinon toujours, n'aboutissent aux conséquences fâcheuses dont il s'agit que parce qu'elles portent leur action sur des éléments anatomiques déjà compromis. C'est ce qu'a fort bien exprimé M. Ball, lorsqu'il dit : « On invoque à chaque instant, pour justifier l'explosion d'un trouble intellectuel, les chagrins, les fatigues, les ennuis, les excès ; mais les misères de l'existence sont notre commun partage : les uns supportent sans fléchir le fardeau de la vie, les autres s'affaissent sous le poids ; les uns perdent la santé, les autres, la raison. D'où vient cette différence profonde? Elle découle surtout de l'héritage physique que nous ont laissé nos ancêtres. »

On peut sans doute admettre que, sous l'influence de fatigues cérébrales excessives, d'incessantes préoccupations, de chagrins violents et prolongés, les cellules nerveuses subissent dans leur manière d'être des modifications qui, sans le concours d'aucune prédisposition, entraînent un dérangement de leurs fonctions, passager ou durable. Je ne nie pas le fait, mais je le crois fort rare.

Tenez donc pour certain que les éléments étiologiques, dont il me reste à vous parler, jouent le plus souvent le rôle de simples causes occasionnelles et ne déterminent l'hystérie, le mal comitial, la folie, que parce qu'ils trouvent un terrain héréditairement préparé.

Et d'abord, l'intervention de ces causes occasionnelles, bien qu'habituelle dans la genèse des troubles cérébraux, n'est pas indispensable. Combien de vésaniques, de comitiaux ou d'hystériques sont pris de leurs premiers accidents d'une façon toute inopinée, sans que rien dans leur passé personnel ne vienne expliquer l'éclosion de ces accidents!

D'autres fois, la cause déterminante des désordres est un événement de hasard, un incident en apparence sans portée, qui vient provoquer le système nerveux, comme une étincelle mettant le feu à un monceau de poudres. Voyez les épileptiques : beaucoup racontent que c'est à l'occasion d'une émotion vive, d'une frayeur, d'une impression désagréable, que la première attaque s'est manifestée. Un enfant suit un chemin encaissé, un chien vient à travers le chemin, l'enfant est effrayé et tombe en proie à un accès convulsif ; j'ai vu huit petites filles ou jeunes filles chez les-

quelles le mal comitial s'était déclaré à la suite d'émotions produites par la vue d'un cadavre. Peut-être vous souvenez-vous de ces faits?

Pour l'hystérie, n'est-ce pas la même chose? Il suffit de faire un retour sur l'histoire des hystériques, pour se convaincre que chez la plupart d'entre elles, une impression désagréable, une correction des parents, une tentative criminelle, une nouvelle pénible, ont fait éclater l'orage.

Il en est de même des vésaniques. Tel, enfermé dans une ville assiégée, devient aliéné au premier bruit produit par le bombardement; tel autre, en voyant un de ses camarades tomber mort à ses côtés. Ou bien ce n'est plus la frayeur, mais une impression vive de joie qui détermine le dérangement cérébral, comme dans le cas dont parle Grégory, de cette mère et de ses deux filles qui, ayant toujours vécu d'une vie misérable, devinrent folles à la nouvelle d'un héritage qui venait de leur échoir.

Ces incidents ont droit à une place dans l'étiologie des névroses, mais cette place il faut se garder de la faire trop grande. Si la peur engendre la folie, un simple traumatisme sur la tête ou un coup de soleil peut avoir semblable conséquence; mais à une condition, toujours la même, et j'y insiste encore, c'est que l'organisme soit prédisposé au dérangement cérébral. Cette vérité est d'autant plus nécessaire à bien retenir, au point de vue de la pratique, que presque toujours vous verrez les parents des malades et les malades eux-mêmes, à qui répugne la pensée d'être les victimes d'une douloureuse fatalité, attribuer à des incidents d'une importance accessoire et d'un rôle secondaire, les désordres pour lesquels ils viennent vous consulter.

Dans les cas auxquels je viens de faire allusion, il a suffi, pour provoquer l'apparition des troubles, d'un coup brusque, d'une impression d'un instant. Il en est d'autres dans lesquels l'intervention longtemps prolongée de la cause occasionnelle paraît nécessaire. Alors, à l'influence pernicieuse plus ou moins accusée de l'hérédité, s'ajoute celle d'un surmènement habituel du système nerveux, de fatigues cérébrales continues, dont l'action sur la genèse des névroses et surtout des vésanies est si marquée.

Je ne saurais entrer ici dans de longs développements sur le rôle des professions, du milieu social, des institutions politiques ou religieuses. Ce rôle, à supposer qu'il se dégage avec netteté des statistiques qui ont été dressées (et il me serait aisé de vous montrer qu'à cet égard il y a encore bien des contradictions et des inconnues), ce rôle est des plus complexes. Ce qu'il importe de retenir pour l'heure, c'est que toutes les conditions d'existence ou de milieu, qui sont l'occasion d'un surmènement habituel du cerveau, sont de nature à favoriser, s'il s'y prête, le dérangement de cet organe.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel MOLLIÈRE.

Fracture du rachis.

(Observation recueillie par M. J. ASSADA, interne des hôpitaux.)

Le nommé D... (Robert), âgé de quarante-cinq ans, exerçant la profession de maçon, entre le dimanche soir 20 septembre 1885, salle Sainte-Marthe, lit nº 13. Quelques heures auparavant, cet individu, en état d'ivresse, était tombé de la hauteur d'un premier étage, et la chute avait eu lieu directement sur le vertex; mais, aussitôt après l'accident, le malade avait pu se relever et regagner sa chambre, soutenu seulement par deux voisins obligeants.

On le transporte à l'Hôtel-Dieu, à six heures du soir. A ce moment, il répond parfaitement à toutes les questions qu'on lui adresse. La face est un peu vultueuse, les conjonctives hyperémiées. La température est élevée. Pouls 108. Pas de troubles du côté de la pupille. La respiration est rapide. Pas de priapisme. Aucun trouble du côté de la miction ou de la défécation. Les membres inférieurs sont inertes et toutes les masses musculaires de cette partie du corps sont dans le relâchement le plus complet. Toutefois la sensibilité est parfaitement conservée; une piqûre d'épingle et même un simple chatouillement sont perçus sans aucun retard. Du côté des bras, on constate un peu de parésie, mais pas d'anesthésie. La pression sur la colonne vertébrale révèle un point douloureux bien limité au niveau de la septième vertèbre cervicale.

Lundi matin, 21 septembre. Même état. Température axillaire, 40°,3; lundi soir, 40°,4.

Mardi matin, 22 septembre. Température axillaire, 40°,4. La respiration est brève, superficielle et fréquente. Le pouls est petit. Mort à onze heures du matin.

Nécropsie. — Jeudi 24 septembre. A l'autopsie, on trouve une fracture de la cinquième et de la sixième vertèbre cervicale. Pour cette dernière, la lésion est à droite à la base de l'apophyse épineuse, et à gauche au milieu de l'arc. L'apophyse épineuse de la cinquième est nettement détachée; de plus, elle a fait bascule, et, par sa face supérieure, vient légèrement comprimer la moelle On ne constate cependant aucune lésion de ce centre nerveux.

Plusieurs faits intéressants à noter découlent de cette observation; remarquons d'abord cette paraplégie survenant quatre heures environ après la lésion traumatique du rachis et limitée seulement aux membres inférieurs. On ne peut pas, en cette occurrence, incriminer la compression médullaire par les esquilles, puisque cette compression s'exerçait juste au niveau du renflement cervical (cinquième et sixième vertèbres cervicales) et qu'on ne constatait aux membres supérieurs ni paralysie ni anesthésie. D'ailleurs, les dernières vertèbres dorsales et les vertèbres sacrées n'étaient le siège d'aucune fracture. On ne peut pas admettre davantage l'existence dans le canal rachidien d'un épanchement qui serait survenu lentement à la suite de la déchirure d'un petit vaisseau, car nous n'avons pas trouvé, à la nécropsie, trace de caillot.

L'élévation brusque et permanente de la température (aucune oscillation), sans aucune lésion inflammatoire, fait immédiatement penser à une lésion des centres thermiques. Mais, jusqu'à présent, la physiologie est restée muette sur ce point de la science, et aucun auteur n'a affirmé l'existence d'une région bien limitée qui soit le siège de modifications thermiques. Budge et, après lui, Tsheschichin, Quincke, Naunyn, la placent dans une portion de la moelle comprise entre la septième cervicale et la troisième dorsale. Au mois d'avril 1884, M. Richet a communiqué à la Société de biologie des expériences dans lesquelles les lésions corticales du cerveau ont amené une élévation de température, mais l'auteur lui-même renonce à donner pour le moment une interprétation du phénomène. Enfin, pour Owsjannikow, le grand centre vaso-moteur se trouverait correspondre en hauteur précisément à l'étendue longitudinale du plancher du quatrième ventricule. De ceci, il résulte qu'il faut admettre plusieurs centres vaso-moteurs, échelonnés dans la longueur de la moelle, qui toutefois ne présentent pas tous la même importance. Un de ces centres, qui commande à l'appareil vaso-moteur, existe certainement au niveau de la cinquième et de la sixième vertèbre cervicale, puisque c'est là le seul point lésé dans l'observation que nous venons de relater. Mais

on ne peut être affirmatif sur son mode d'action et dire si cette élévation de température est due à une paralysie ou à une excitation nerveuse, si ce centre de calorification agit directement ou par interférence nerveuse.

ÉCLAMPSIE PENDANT LE TRAVAIL

EXTRACTION DE DEUX ENFANTS VIVANTS. — GUÉRISON DE LA MÈRE.

Par le docteur BERNARD (de Cannes).

La *Gazette des hôpitaux* a publié, le 29 septembre dernier, une excellente observation d'éclampsie pendant le travail. Nous croyons intéressant d'en rapprocher la suivante, dont la conclusion pratique est identique à celle de M. le docteur Hébert (d'Audierne).

Le 30 août 1883, je fus appelé auprès d'une jeune femme de vingt ans qui allait être mère pour la première fois. Cette femme avait eu une excellente grossesse et était parfaitement constituée. Elle était pourtant d'un tempérament nerveux; sa mère était depuis longtemps atteinte d'aliénation mentale, et elle-même avait eu, un an avant, une affection nerveuse, hystériforme, probablement, mais dont l'entourage de la malade ne put me préciser la nature.

Il était minuit quand je fus appelé auprès de Mme I... Les douleurs avaient commencé à dix heures du soir, la poche des eaux s'était rompue peu après et, depuis les premières douleurs, avaient éclaté des crises d'éclampsie parfaitement caractérisées et se répétant de quart d'heure en quart d'heure. Au moment où je vois la malade, elle semble atteinte d'asphyxie, la face est bleue et turgescente; la gorge serrée ne laisse passer que des râles étranglés; la langue, prise entre les dents, est gonflée, cyanosée, ensanglantée; la malade, qu'on ne peut contenir, a rejeté toute espèce de couverture et est en proie à des contorsions violentes. Le tableau est effrayant et la famille me supplie d'intervenir au plus tôt. Ces attaques deviennent d'ailleurs plus fréquentes; c'est à peine si, toutes les dix minutes, il y a un intervalle de repos pendant lequel la femme ne recouvre pas ses sens. J'essaie l'application du forceps. La tête se présente bien, elle est en bonne position, mais les mouvements de la malade sont tels que cette application est absolument impossible. C'est alors que je songe au chloroforme. Je fais appeler un confrère avec qui je désire partager la responsabilité de ce que je vais faire, et nous procédons, *larga manu*, à l'anesthésie. La malade se calme, s'endort, et, avec toute la rapidité possible, j'applique le forceps et j'extrais un fœtus parfaitement vivant.

Nous examinons la malade; l'utérus est encore très volumineux; mais l'accouchée s'étant réveillée et semblant très calme, épuisés nous-mêmes par notre lutte avec elle, nous nous retirons, laissant à l'accoucheuse le soin d'achever la délivrance. Il était alors deux heures du matin.

A trois heures, on vient de nouveau m'appeler. Les crises éclamptiques ont recommencé avec la même violence et la délivrance ne s'est pas faite. Un doute me vient; j'accours et je constate au détroit la présence de la tête d'un second fœtus! Je suis seul cette fois, j'hésite devant le chloroforme; mais, sur l'insistance de la famille, encore enchantée du premier résultat, je l'administre seul, j'applique les fers et je retire le deuxième enfant qui se met, en naissant, à crier autant que le premier.

Le 31 août, la malade a eu encore quelques attaques plus faibles et plus espacées. Elle souffre un peu et est très abattue. J'ordonne des lavements à l'assa-fœtida et au chloral; je fais prendre une potion à la valériane et je fais mettre de la glace sur la tête et sur la nuque préalablement rasées.

Sous l'influence de cette médication fortement antispasmodique, les accès cessent pour ne plus revenir.

Le 1er septembre, le mieux continue et s'accentue. Le pouls est à 72; tout va bien et le traitement se réduit à des soins locaux, en particulier du côté de la langue qui a été à demi coupée.

Le 2, la fièvre de lait s'établit; et, depuis, tout marche comme après l'accouchement le plus normal.

Il y a deux ans que ce fait s'est passé. La mère, que je revois quelquefois, s'est toujours fort bien portée; il n'y a pas eu de nouvelle grossesse. Quant aux deux enfants, confiés chacun à une bonne nourrice, ils n'ont jamais éprouvé le moindre symptôme de maladie et ne semblent pas se douter de la mise en scène terrible qui a accompagné leur entrée en ce monde.

C'est au chloroforme, largement administré, que nous devons certainement de pouvoir dire : La mère et *les enfants* vont bien.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 novembre 1885. — Présidence de M. VIDAL.

COMMUNICATIONS

Pied bot tabétique. — M. JOFFROY fait une communication sur une déformation particulière des pieds, qu'on observe chez certains ataxiques, et à laquelle on a donné le nom de pied bot tabétique. Il donne d'abord la description de cette déformation : le pied est dans une extension plus ou moins prononcée; les deux pointes des pieds vont à la rencontre l'une de l'autre. C'est là le premier degré du pied bot tabétique; le malade peut redresser lui-même le pied sur la jambe; on peut également le lui redresser sans effort. M. Joffroy a constaté ce degré moyen du pied bot tabétique chez une femme gardant le lit depuis deux mois. Chez une autre femme, alitée depuis deux ans, la déformation était très marquée à gauche et l'était à peine du côté droit. Arrivée au second degré, cette affection présente tous les caractères du pied bot varus équin; on ne peut pas redresser le pied, il y a une rétraction du tendon d'Achille; les orteils sont tous fléchis et on ne peut les redresser; lorsqu'on secoue la jambe, le pied ballotte latéralement, non d'avant en arrière; les muscles sont émaciés, petits, mous, le réflexe rotulien a toujours disparu.

Cette affection est généralement symétrique; dans certains cas, elle est au premier degré d'un côté, au second de l'autre. C'est ce que M. Joffroy a constaté chez quelques malades alités depuis plusieurs années.

Étudiant la pathogénie de cette affection, M. Joffroy rappelle que plusieurs auteurs l'attribuent au poids des couvertures, chez les malades alités depuis longtemps. Il n'accorde qu'un rôle secondaire au poids des couvertures; il s'agit, selon lui, d'un véritable pied bot. La sensibilité musculaire est perdue; tous les muscles de la jambe sont dans un état d'inaction permanente; les tendons de ces muscles ont perdu leur action, de telle sorte que le pied est livré à son propre poids, au poids des couvertures. Dans les premiers temps, cette lésion est encore remédiable; après un certain temps, elle devient tout à fait irrémédiable par suite des adhérences.

Varicelle. — M. D'HEILLY rappelle avoir déclaré dans la dernière séance que la varicelle était une maladie de la première enfance, ce qui a été contesté. Il a trouvé, à l'hôpital des Enfants, les chiffres suivants : sur 234 cas de varicelles, 157 ont été observés chez des enfants au-dessous de sept ans et 193 chez des enfants au-dessous de dix ans. Il était donc en droit de dire que la varicelle était une maladie de la première enfance.

M. DUMONTPALLIER s'applique à démontrer que la varicelle n'est pas inoculable. C'est là, chez lui, une opinion absolue. Les faits d'inoculation rapportés par M. d'Heilly sont des erreurs de pathologie expérimentale. En effet, M. d'Heilly a pratiqué ces inoculations pendant le cours d'une petite épidémie de varicelles qui régnait alors à l'hôpital. D'abord il n'a réussi que trois fois sur

dix. Dans ces trois cas, il a constaté trois, quinze et dix-sept jours d'incubation; un tel écart, de trois à dix-sept jours, pour la période d'incubation n'est guère admissible. On sait que, pour la variole, cet écart n'est que de neuf à onze jours. Généralement, il y a une manifestation locale au point d'incubation; rien de semblable dans les faits de M. d'Heilly. M. Dumontpallier termine donc par les conclusions suivantes :

1° La varicelle est une maladie spécifique autre que le vaccin et la variole;

2° C'est une maladie contagieuse et non inoculable.

M. D'HEILLY passe condamnation sur le premier malade qui n'a eu que trois jours d'incubation. Mais pour les deux autres, il reste convaincu qu'il s'agit d'une réussite d'inoculation. D'ailleurs, il répétera ces expériences d'inoculation dans des conditions d'isolement absolu.

M. DUMONTPALLIER fait observer que la contagion de la varicelle est plus grande que celle de la variole.

M. JOFFROY a cherché dans trois cas à inoculer la varicelle; dans deux de ces cas il n'a rien obtenu; dans le troisième il a constaté une éruption considérable sur les fesses, mais dès le second jour. Il considère donc l'inoculation comme ayant donné des résultats négatifs.

M. DAMASCHINO s'inscrit en faux contre cette assertion que la varicelle est une maladie extrêmement contagieuse. On voit très rarement des malades contaminés dans des épidémies de varicelle. Il a fait des inoculations et n'a jamais obtenu que des résultats négatifs.

M. CADET DE GASSICOURT voit dans les salles de maladies chroniques des enfants la rougeole se développer bien plus fréquemment que la varicelle. On ne peut donc pas dire que la varicelle soit la plus contagieuse de toutes les maladies éruptives.

Hystérie chez l'homme. — M. RENDU présente un malade âgé de vingt-huit ans qui est atteint d'une monoplégie brachiale d'origine hystérique.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 novembre 1885. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Hystérectomie vaginale. — M. RICHELOT communique une nouvelle observation d'hystérectomie vaginale. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 1052.)

M. MARCHAND a récemment fait une hystérectomie vaginale. Il n'a pas eu de difficultés pour lier les ligaments larges. Il rappelle que Muller (de Berne) a proposé, pour éviter cette difficnlté, de fendre l'utérus sur la ligne médiane. On a ainsi une hémorrhagie facile à arrêter, car cette division de l'utérus en deux moitiés latérales facilite singulièrement la ligature des ligaments larges.

M. TERRILLON appelle l'attention sur un caractère particulier qu'il a plusieurs fois constaté dans l'ascite accompagnant les tumeurs abdominales; c'est un aspect et une odeur de petit lait.

M. GILLETTE n'oserait adopter le procédé de M. Muller (de Berne). Il indique un moyen de faciliter la ligature des ligaments larges : c'est de relever l'utérus de façon que ces ligaments soient relâchés.

Trépanation. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait un rapport sur trois observations adressées à la Société par MM. Chavasse, Kirmisson et Alvarez (de San-Salvador), et qui sont relatives à des plaies de tête et à la trépanation cranienne.

Dans la première observation, communiquée par M. Chavasse, il s'agit d'un jeune homme de vingt-quatre ans qui reçoit sur la tête un coup de fourreau de sabre. L'os frontal est dénudé. Il n'y a pas d'accidents immédiats. Quelques jours après, le malade se plaint de douleurs de tête, la température s'élève, et bientôt apparaissent des signes de méningo-encéphalite. M. Chavasse pratique la trépanation et trouve une infiltration de pus. Le malade est soulagé, mais la méningo-encéphalite poursuit son cours, et le malade meurt le troisième jour. A l'autopsie, on trouve un foyer purulent cérébral. M. Chavasse exprime le regret de n'avoir pas fait une ponction en ce point. M. le rapporteur ajoute que si la trépanation avait été pratiquée immédiatement, elle aurait prévenu les accidents auxquels le malade a succombé. Il est donc à regretter que M. Chavasse n'ait vu le malade qu'après le moment où ces accidents ont éclaté.

La seconde observation, adressée par M. Kirmisson, a trait à un soldat de vingt ans qui, à la suite d'une chute de cheval, eut une hémiplégie complète gauche. M. Kirmisson admit qu'il s'agissait d'un épanchement sanguin et jugea toute intervention inutile. Le malade mourut. L'autopsie montra, en effet, qu'il s'agissait d'un épanchement sanguin provenant d'une hémorrhagie du sinus latéral droit. M. Lucas-Championnière ne partage pas du tout la manière de voir de M. Kirmisson à propos de ce fait. Il pense qu'en présence de ces phénomènes de compression cérébrale, il était du devoir du chirurgien d'intervenir et de procurer à ce malade la seule chance de guérison qu'il pouvait avoir. Serait-il survenu quelque chose de plus fâcheux que ce qui est arrivé? Le malade en serait-il plus mort? Il y avait une seule chance de guérison à côté d'une mort certaine; il fallait la tenter.

La troisième observation est très intéressante et très concluante au point de vue de l'intervention; elle a été communiquée par M. Alvarez (de San-Salvador). Il s'agit d'un homme de vingt à vingt-cinq ans, trouvé dans la rue, privé de connaissance; sur le côté gauche de la tête, il existe une plaie superficielle; il y a une paralysie complète du membre supérieur droit et incomplète du membre inférieur du même côté; en même temps, on constate un ptosis de la paupière supérieure gauche, un œdème papillaire du même côté, du strabisme, etc. M. Alvarez diagnostique une compression cérébrale dans la région psychomotrice gauche. Il fait la trépanation et tombe sur un grand foyer hémorrhagique; les méninges sont déprimées. Le malade a été opéré sans le secours du chloroforme. Dès que la cavité fut vide, les mouvements du bras droit revinrent; le malade ouvrit les yeux, reconnut les personnes qui l'entouraient. Les suites de l'opération furent des plus simples. Cependant, quinze jours après, il y eut un érysipèle, qui n'empêcha pas la guérison. M. Alvarez s'est guidé, pour opérer, sur les localisations cérébrales. Ce fait est donc un document complet au point de vue de la trépanation et de ses indications. Il répond victorieusement à l'abstention préconisée par M. Kirmisson. La trépanation, ajoute M. Lucas-Championnière, est, dans ces cas, d'autant plus indiquée que c'est par elle-même une opération sans aucune gravité.

M. POULET a fait l'autopsie du malade de M. Chavasse. Il croit que ce malade ne serait pas mort si on avait fait la ponction. Il propose d'ériger en principe que, si, douze heures après la trépanation, les accidents n'ont pas cédé, le chirurgien est autorisé à fendre la dure-mère et à ponctionner.

M. GILLETTE exprime le regret de n'avoir pas trépané une malade de Bicêtre qui était atteinte d'un abcès du cerveau. Cette femme avait eu une plaie du cuir chevelu compliquée d'érysipèle. Elle avait eu, après cela, douze abcès sur diverses parties du corps; elle guérit. Six semaines après, elle fut prise d'une hémiplégie gauche complète.

M. Gillette, d'accord avec M. Bouchard, pensa qu'il s'agissait d'un abcès du cerveau. M. Bouchard proposa de temporiser. La malade mourut cinq jours après; l'autopsie montra qu'il n'y avait qu'une incision à faire sur la dure-mère pour mettre à jour un foyer purulent. La trépanation aurait probablement guéri cette malade.

M. TERRIER roppelle que les chirurgiens américains, dans ces cas, fendent la dure mère, font dans le cerveau des ponctions exploratives, dans diverses directions, jusqu'à ce qu'ils soient arri-

vés sur l'épanchement, et établissent un drainage. Ils obtiennent des succès.

M. POLAILLON rappelle l'observation qu'il a publiée dans la *Gazette des hôpitaux* il y a trois ans (voyez numéro du 8 août 1882) et dans laquelle il s'agissait d'un malade auquel il a pratiqué la trépanation et qui aurait très probablement guéri sans l'imbécillité de ses parents qui l'emmenèrent de force de l'hôpital.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que le diagnostic d'abcès du cerveau est difficile. On peut facilement confondre avec la méningo-encéphalite. Toutefois, il n'y a pas grand inconvénient à plonger un trocart dans la substance cérébrale. Mais lorsqu'on tombe ainsi sur un abcès, c'est de la chirurgie heureuse. Il insiste sur l'importance qu'il y a à pratiquer la trépanation de bonne heure, au moment des accidents immédiatement consécutifs au traumatisme ; c'est, dit-il, le seul moyen de prévenir des accidents ultérieurs souvent mortels.

M. MARC SÉE cite un auteur allemand qui vient de faire un travail d'ensemble sur la trépanation. Il arrive à cette conclusion que c'est une excellente opération qui doit être pratiquée aussitôt qu'apparaissent des signes de compression cérébrale.

M. POZZI rappelle que la trépanation peut aussi rendre de grands services contre des accidents tardifs survenant à la suite de contusions avec enfoncement du crâne, accidents aboutissant à la paralysie générale et beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit.

M TILLAUX dit que lorsqu'il y a des accidents de compression cérébrale, il faut trépaner. Ce n'est pas discutable. Tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point. Mais M. Lucas-Championnière va plus loin : lorsqu'il y a seulement dépression du crâne, sans accidents cérébraux, il faut, selon lui, trépaner de même. M. Tillaux n'est pas encore converti à cette manière de voir et fait de grandes réserves à ce sujet.

M. BERGER partage complètement les réserves émises par M. Tillaux. Il cite l'exemple d'un jeune homme qui, à la suite d'une fracture du crâne, était tombé dans le coma. Il y avait évidemmeut un épanchement sanguin. M. Berger s'abstint de trépaner et son malade a très bien guéri.

M. LE FORT ne sera pas suspect d'être hostile à la trépanation puisqu'il en a été un des plus fervents promoteurs contre Malgaigne, mais il déclare partager l'avis de M. Tillaux et ne croit pas qu'on doive revenir au trépan préventif.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que la question ne peut être jugée que par une certaine somme de faits et que quelques cas isolés ne prouvent rien. Il y a certainement un grand nombre de cas où l'on n'est pas intervenu et qui se sont terminés par la mort. Dans bon nombre de ces cas, il est bien certain que la trépanation aurait pu sauver les malades. Il y a des cas primitivement légers qui, après six semaines, se compliquent d'accidents promptement mortels, accidents que la trépanation aurait pu prévenir. En somme, dans les cas d'enfoncement du crâne, les malades courent-ils plus de dangers à être trépanés qu'à ne pas l'être? M. Lucas ne le pense pas et il croit qu'il y a tout avantage à trépaner, d'autant plus que la trépanation n'est plus une opération grave.

Blessure par arme à feu. — Amputation du sein. — M. TRÉLAT fait un rapport sur deux observations adressées par M. Gendron : dans la première, il s'agit d'un homme de quarante-trois ans qui s'était tiré un coup de revolver dans l'oreille droite. La balle, du calibre 11, du poids de 10 grammes, a produit des dégâts très peu considérables et est venue s'aplatir sur la crête saillante de la rainure de l'apophyse zygomatique. La balle fut extraite et le malade guérit promptement.

La seconde observation a trait à une tumeur du sein opérée chez une femme de trente-quatre ans, faible, anémique, cardiaque, atteinte de bronchite chronique, avec un procédé d'anesthésie spécial, consistant en une injection de morphine, 4 grammes de chloral en deux fois, le matin de l'opération et, au moment même, en une injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorhydrate de cocaïne. L'opération n'a pas été douloureuse.

Cure radicale des hernies. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente un malade auquel il a pratiqué avec succès la cure radicale d'une hernie congénitale qui ne pouvait être maintenue par aucun bandage.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 novembre 1885. — Présidence de M. Hanot.

COMMUNICATIONS

Bruits extra-cardiaques. — M. FRANCK démontre que les bruits extra-cardiaques coïncident toujours avec la diminution de volume du cœur en systole.

La vaseline et son emploi dans l'alimentation. — M. DUBOIS fait sur ce sujet une communication que nous publierons prochainement.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le nombre des exemplaires de thèses dont le dépôt par le candidat est obligatoire, est fixé comme suit pour la durée de l'année scolaire 1885-1886 :

Faculté de médecine de Paris, 164 exemplaires. — Faculté de médecine des départements, 129 exemplaires. — Écoles supérieures de pharmacie, 104 exemplaires.

— Par arrêté préfectoral, en date du 3 novembre 1885, M. le docteur Josias (Albert) a été nommé inspecteur du service de la vérification des décès pour la septième circonscription (XIIe et XXe arrondissements) de Paris.

— Sont appelés à jouir, pendant l'année scolaire 1885-1886 :

1° D'une des bourses d'enseignement supérieur instituées sur la fondation de Barkow : MM. Copin (Ernest) et Cuvillier (Jean-Henri), étudiants à la Faculté de médecine de Paris.

2° D'une des bourses d'enseignement supérieur instituées sur la fondation Pelrin : M. Lesieur (Maurice-Georges), étudiant à la Faculté de médecine de Paris.

— *Hôpitaux de Paris.* — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien des hôpitaux, sera ouvert le lundi 14 décembre 1885, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administratiou générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, du lundi 16 novembre 1885 au lundi 30 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

— *Hôpitaux de Nancy.* — Ont été nommés : Internes des hôpitaux : MM. Lefranc, Renaud, Licht (Eugène), Wuillaume.

Externes des hôpitaux : MM. Lenez, Guirlet, De Langenhager, Lebrun, Manson, Simon, Sturel, Claude, Vaté, Specker.

— *Hôpitaux de Rouen.* — Un concours pour la nomination à plusieurs places d'interne en médecine s'ouvrira le jeudi 17 décembre 1885, dans la salle des séances de l'hospice général de Rouen.

Les candidats devront se faire inscrire quinze jours au moins avant la date fixée pour l'ouverture de ce concours.

Les internes nommés recevront un traitement de 60 francs plus le logement et la nourriture.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Stef (Henri-Alexandre), bachelier ès lettres et ès sciences, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Blondel, des fonctions de préparateur adjoint des travaux pratiques d'histoire naturelle.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Sont nommés : M. le professeur Layet, premier assesseur, M. le professeur Coyne, second assesseur.

MM. les professeurs Oré, Masse et Guillaud sont nommés membres de la commission scolaire.

MM. Viéron et Rochon-Duvigneau sont nommés aides d'anatomie.

Le prix Godard est décerné à M. le docteur Princeteau.

Le prix de thèse est décerné à M. Bernard; des médailles d'argent sont accordées à MM. Phélippot et Chasseriaud; enfin des médailles de bronze sont accordées à MM. Denigès, Moussons (A), Salvat, Lantier, Dufourcq et Loumeau.

Le prix Gintrac est accordé à M. le docteur Bergonnier.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Benoît, professeur d'anatomie, est autorisé à se faire suppléer dans son cours par M. Jacquemet, agrégé.

M. Bimar, agrégé, est nommé, en outre conservateur des collections de ladite Faculté, en remplacement de M. Grynfeltt, appelé à d'autres fonctions.

— L'Académie des inscriptions et belles-lettres a décerné vendredi dernier, 13 novembre 1885, dans sa séance publique annuelle, une mention honorable à M. le docteur Le Paulmier pour son livre intitulé : *Ambroise Paré, d'après de nouveaux documents découverts aux Archives nationales, et des papiers de famille.*

— M. le docteur Albert Frirot est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Troyes.

— *Clinique Mallez.* — M. le docteur Jardin reprendra ses cours sur l'examen pratique des urines à sa clinique, 3, rue Christine, le mardi 17 novembre 1885, à huit heures du soir, et les continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure. — Consultations gratuites tous les jours de une à trois heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18604.

N° 134. — JEUDI 19 NOVEMBRE 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 19 NOVEMBRE 1885. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Deux questions, qui intéressent au plus haut point la santé et la sécurité publiques, ont occupé la séance d'hier : la question de l'alcoolisme et celle de la rage. La question de l'alcoolisme, cette plaie sociale relativement récente ou qui a pris, du moins, de nos jours des proportions de fréquence et d'intensité vraiment effrayantes, a été portée à la tribune par M. Lancereaux. On sait avec quelle pénétration et quel esprit rigoureux d'observation M. Lancereaux, dans plusieurs publications très connues, a étudié et décrit les symptômes et les lésions anatomiques de l'alcoolisme chronique. Dans ce nouveau travail, le savant académicien envisage la question à un autre point de vue, au point de vue historique et social, dans ses résultats immédiats et dans ses conséquences éloignées ou héréditaires. Il nous le montre, naguère encore et dans l'antiquité, sous d'autres noms et aussi sous d'autres formes et dans ses effets différents, suivant la nature et la composition des boissons en usage à diverses époques et dans divers pays. C'est surtout l'étude comparée des effets produits par les différentes boissons spiritueuses et les conséquences à en tirer au point de vue de la prophylaxie de l'alcoolisme, qui font l'objet principal de ce travail. Nous mettons d'ailleurs nos lecteurs à même de juger de son intérêt en le publiant textuellement.

C'est aussi au point de vue de la prophylaxie qu'il a été question de la rage, dans un rapport de M. Leblanc sur un travail de M. le docteur Chassinat (d'Hyères), contenant la relation d'une épizootie qui a régné dans quelques communes du département du Var. Mais rien de M. Pasteur et de sa méthode de vaccination rabique. Ce serait même à rendre cette méthode prophylactique individuelle superflue ou à diminuer du moins le plus possible les occasions de la mettre en œuvre, que tendraient les mesures de police sanitaire que M. Leblanc a rappelées dans son rapport et qu'il avait déjà exposées précédemment à l'Académie, si elles venaient jamais à être appliquées rigoureusement et à être généralisées. La question reviendra, sous la forme d'une proposition formelle, dans la prochaine séance.

Enfin, c'est encore une question de même ordre, le traitement prophylactique et curatif de la tuberculose, cette autre plaie de notre époque, qui a fait le sujet d'une communication de M. Ferrand, au début de la séance.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

I. Ostéite raréfiante. — II. Ostéite à répétition.

I. J'ai pratiqué samedi une désarticulation de la cuisse chez un malade porteur d'une tumeur considérable de la jambe, et chez lequel j'avais diagnostiqué en outre une fracture spontanée du fémur au-dessus des trochanters, fracture que je considérais comme résultant de l'hypergenèse d'un des éléments de la moelle, qui avait ainsi proliféré et amoindri la résistance des os à la force musculaire. J'avais émis l'hypothèse d'une tumeur myéloïde ou à myéloplaxes. Le diagnostic, d'ailleurs, était fort difficile, car il n'y avait jamais eu de ces douleurs térébrantes, caractéristiques, dans cette tumeur qui siégeait au-dessous du niveau de la fracture. Enfin, je songeais aussi à la possibilité de quelque affection scrofuleuse des os qui les rendait très fragiles, d'une ostéite raréfiante.

Aussi, en raison des doutes que nous avions dû émettre quant à la nature exacte de la lésion, l'examen des pièces anatomo-pathologiques présentait-il un grand intérêt. Voici, en effet, ce que nous trouvons :

Une tumeur extérieure, non formée par les éléments malades de l'os, mais par une infiltration plastique des fibres musculaires du triceps, infiltration si abondante qu'elles sont presque comme étouffées et sont devenues fort dures. Cette infiltration s'était propagée avec une très grande rapidité et avait donné à la tumeur une forme globuleuse. Néanmoins je taillais mon lambeau dans les parties ainsi infiltrées, ce qui ne présentait aucun inconvénient, lorsque tout à coup l'instrument pénétra dans une cavité purulente située profondément dans la masse musculaire et contenant un pus grisâtre assez abondant. La présence de cet abcès pouvait être la conséquence de quelque ostéomyélite. Cependant je continuai mon opération, liant successivement la fémorale superficielle, la fémorale profonde, ainsi que les diverses branches artérielles que je rencontrai. Puis je désarticulai le fémur, taillai mon lambeau postérieur, fis glisser des éponges dans la vaste cavité opératoire et terminai l'opération par les points de suture et le pansement.

Ainsi, pendant l'opération, deux points donc sont à noter: 1° la tumeur n'est pas un sarcome, mais une myosite interstitielle; 2° l'existence d'un abcès profond.

J'ai dit, en commençant, qu'il y avait eu fracture spontanée du fémur; or le foyer de cette fracture était occupé par une bouillie rougeâtre contenant en outre des esquilles osseuses. Les fragments du fémur n'étaient point éloignés l'un de l'autre, car le périoste non plus que les muscles n'avaient cédé. Sous le périoste on trouvait une sécrétion périostale abondante due à un travail inflammatoire sourd, de longue date, à une véritable ostéopériostite. Les extrémités osseuses offraient une résistance, une dureté normales, ce qui doit faire immédiatement repousser encore toute idée d'un ostéosarcome, dans le sens propre du mot. De plus, dans le foyer de la fracture, nous ne trouvons aucune trace d'un néoplasme quelconque, mais une bouillie rouge analogue à celle que l'on rencontre au fond d'un ulcère osseux avec nécrose. Le microscope a d'ailleurs montré à M. Rémy, dans cette bouillie osseuse, la présence des éléments de la moelle en quantité plus ou moins grande, des cellules myéloïdes, mais pas de myéloplaxe. D'autre part, M. Bochefontaine, qui a examiné aussi la pièce, a trouvé :

1° Pour les muscles : la striation conservée pour quelques-unes des fibres, perdue pour d'autres; des noyaux embryonnaires; en somme, une myosite interstitielle ;

2° Du côté des os : les canaux de Harvers tapissés de tissu fibroïde, des noyaux embryonnaires, etc., mais nulle trace de néoplasme, soit une ostéite raréfiante.

Pour moi, tout en admettant volontiers qu'il n'y a point de néoplasme, cependant, j'en reste encore à me demander si cette bouillie rougeâtre que nous avons trouvée dans le foyer de la fracture ne serait pas le début, le premier phénomène d'une tumeur plus ou moins maligne. Le fait n'aurait rien en soi d'extraordinaire et s'est rencontré plus d'une fois. Or, quel a été le processus de la maladie? C'est seulement le 24 du mois dernier que notre opéré s'est fracturé spontanément la cuisse par suite de contractions musculaires normales, et c'est le 14 de ce mois qu'il a été opéré. Vingt jours seulement se sont donc écoulés entre ces deux faits : la fracture et l'opération. C'est là un temps absolument insuffisant pour pouvoir affirmer que la lésion que nous observons sur la pièce anatomo-pathologique n'est pas le début de quelque tumeur maligne.

Quoi qu'il en soit, l'opération que nous avons pratiquée est d'autant plus justifiée, que la consolidation de la fracture était à peu près impossible, vu l'importance des lésions osseuses et autres.

Depuis samedi notre opéré va très bien; il n'a point souffert, il n'a pas eu de fièvre, et, sauf un jour où le thermomètre s'est élevé à 39 degrés, la température n'a pas dépassé 38 degrés.

La plaie suppure à peine; le pus, très peu abondant, provient de la cavité cotyloïde. Nous l'avons pansée exclusivement avec le sublimé. La réunion s'est très bien faite, si ce n'est en un point qui communique avec la cavité cotyloïde; plus de la moitié des fils sont enlevés, et nous avons lieu d'espérer que la guérison sera parfaite dans l'espace d'une quinzaine de jours.

II. Nous allons procéder, chez un de nos malades atteint d'une ostéite à répétition, pour laquelle nous l'avons déjà opéré en 1878, à un nouvel évidement de la malléole externe. Celle-ci est un peu moins volumineuse cette fois que lors de notre première opération, il y a près de sept ans. De petits abcès se sont produits de nouveau, depuis quelque temps; leur ouverture a été suivie de la formation d'un trajet fistuleux, une portion de l'os est nécrosée. Nous préférons pratiquer l'évidement de l'os par le procédé de Sédillot plutôt que la résection, d'abord parce que cette dernière entraînerait l'ouverture de l'articulation, ensuite parce que, après la guérison, la marche serait rendue difficile par ce fait que l'astragale ne se trouverait plus maintenue.

ÉTUDE COMPARÉE

DES EFFETS PRODUITS PAR LES DIFFÉRENTES BOISSONS SPIRITUEUSES. CONSÉQUENCES A TIRER DE CETTE ÉTUDE AU POINT DE VUE DE LA PROPHYLAXIE DE L'ALCOOLISME.

Par M. le docteur Lancereaux.

I

La question de l'alcoolisme est une de celles qui s'imposent de plus en plus à l'attention des sociétés modernes, car l'abus toujours croissant des liqueurs fortes n'est plus seulement un danger pour l'individu, pour la famille, pour la race, il menace jusqu'à l'existence de certaines nations. Ce n'est pas toutefois que nos pères fussent des modèles de tempérance, car, si l'on s'en rapporte aux *Commentaires* de César, les Gaulois et les Germains comptaient parmi eux des buveurs de premier choix. Quant aux Romains, leurs poètes nous disent assez ce dont ils étaient capables. Les peuples qui leur ont succédé n'étaient pas beaucoup plus tempérants. A ces époques reculées, où l'exemple venait des grands, la débauche fut portée à un tel point que Charlemagne, comprenant le danger, édicta des lois contre l'ivrognerie.

Le vin, la bière, le cidre et quelques autres liqueurs enivrantes, provenant de la fermentation du suc d'un petit nombre de plantes, étaient alors les seules boissons spiritueuses connues. Le XIe siècle vit apparaître l'alcool, produit de la distillation du vin. Cette liqueur nouvelle, considérée d'abord comme un poison, devint plus tard un remède, et au XVIe siècle une panacée universelle. En 1514, Louis XII permettait à la communauté des vinaigriers de Paris de distiller des eaux-de-vie, et en 1678 la vente de ces produits, au lieu d'être réservée comme autrefois, se fit publiquement dans les rues de Paris.

Pourtant, les désordres engendrés par l'abus des liqueurs alcooliques n'ont acquis une fréquence véritablement effrayante que dans le siècle où nous vivons, et surtout depuis une quarantaine d'années, c'est-à-dire depuis que se trouvent livrées à la consommation des liqueurs provenant de la distillation des grains, des pommes de terre, des mélasses de betteraves, etc.

Effectivement, si nos ancêtres aimaient parfois à s'enivrer, ils s'alcoolisaient peu. L'ivresse n'avait pour eux que des effets momentanés. L'abus qu'ils faisaient de la bière et du vin n'entraînait pas à sa suite, comme aujourd'hui les excès de boissons distillées, la déchéance physique et morale de l'homme. C'est dans les pays du Nord, en Suède notamment, que l'usage immodéré de ces liqueurs a commencé. C'est là du moins qu'on a tout d'abord remarqué la fâcheuse influence de ces liqueurs sur la santé de l'homme, ainsi que le prouve le savant ouvrage du Dr Magnus Huss.

En France, jusqu'en 1850, le mot alcoolisme était à peine connu des médecins. On se contentait, dans les traités de pathologie, de décrire l'ivresse et le *delirium tremens;* mais depuis lors il a été reconnu que d'autres désordres peuvent être attribués aux excès de liqueurs fortes et que ces liqueurs exercent une action nuisible non seulement sur le système nerveux, mais encore sur tous les appareils de l'organisme, et qu'un de leurs effets les plus constants, ainsi que je me suis efforcé de l'établir pour la première fois en 1865, dans une communication faite ici-même devant cette Académie, est de conduire à une vieillesse prématurée. La vie la

plus longue du buveur, si je m'en rapporte à mes observations, est généralement de cinquante à soixante ans. Étudiez les tissus d'un buveur âgé de quarante ans, abusant des boissons alcooliques depuis une dizaine d'années seulement, et déjà vous les trouverez modifiés à la façon de ceux d'un homme de soixante-dix ans; aussi, s'il vient à contracter une maladie aiguë, une pneumonie, par exemple, celle-ci se comportera comme chez le vieillard, et pourra avoir les mêmes conséquences fâcheuses. Que pendant le cours de ses excès le buveur vienne à procréer, il s'expose à engendrer des enfants mal conformés, de petite taille, physiquement dégradés, d'une intelligence souvent mal équilibrée, avec des instincts vicieux et chez lesquels se développera d'une façon presque certaine, dès la puberté ou un peu plus tard, non pas la tendance à l'ivrognerie ou la passion du vin, mais le besoin impérieux, irrésistible, de faire usage des liqueurs alcooliques. Ne croyez pas, comme cela a généralement lieu, que c'est l'exemple qui conduit le fils à marcher ainsi sur les traces du père; il y a malheureusement plus que cela : une modalité spéciale du système nerveux, une organisation et un tempérament particuliers. Ces besoins, qui se font particulièrement sentir depuis que l'usage des liqueurs de mauvaise qualité s'est répandu parmi nous, sont le propre des populations qui s'y adonnent particulièrement. Vous pourrez en juger par le tableau statistique suivant, dressé d'après le dépouillement de 813 observations recueillies par moi-même, de 1860 à 1875, dans différents hôpitaux de Paris, c'est-à-dire pendant une période de quinze ans.

Effectivement, sur ce chiffre,

180	malades étaient nés à Paris;	
60	—	hors Paris, mais dans l'Ile-de-France;
79	—	en Normandie;
51	—	en Picardie et Artois;
44	—	en Bretagne;
53	—	en Lorraine;
35	—	en Champagne;
21	—	en Maine et Anjou;
19	—	en Flandre;
27	—	en Savoie;
19	—	en Auvergne;
17	—	en Alsace.
605		

Les malades ne faisant pas partie de ce tableau étaient ou étrangers ou originaires de différents départements, parmi lesquels le Jura et la Haute-Vienne tenaient les premiers rangs (1).

Cette statistique, dressée sans aucune idée préconçue, établit de la façon la plus positive ce fait que les malades de nos hôpitaux adonnés aux boissons alcooliques sont précisément ceux qui proviennent des provinces où ne pousse pas la vigne, comme la Normandie, la Picardie, la Bretagne, la Flandre, etc., et où l'usage des eaux-de-vie du commerce est le plus répandu.

Mais, dira-t-on, ce sont là des habitudes de race; je le veux bien, mais alors force est de reconnaître que les races comme les familles et comme les individus, se créent des besoins impérieux, irrésistibles, qui les dominent partout, jusque dans leur émigration. Malheur donc à la race, et malheur surtout aux peuples qui en arrivent à se créer de pareils besoins, car leur chute est assurée. En conséquence, tout gouvernement sage et soucieux de ses intérêts, de la santé et de la moralité de ses administrés, ne peut se désintéresser de la nature et de la qualité des boissons spiritueuses livrées à la consommation.

On peut classer sous trois chefs les boissons le plus généralement répandues dans notre pays et dans toute l'Europe.

(1) Je ferai remarquer que les observations sur lesquelles repose cette statistique ont été prises au hasard, dans le but d'étudier les effets des liqueurs fortes, et qu'à cette époque, qui était celle des grandes constructions, la population des hôpitaux de Paris était surtout composée de malades provenant des départements du centre de la France; or, parmi ces malades, il n'y avait point ou du moins très peu de buveurs.

1° Le cidre et la bière;

2° Le vin et l'alcool de vin;

3° Les alcools ou eaux-de-vie de grains, de pommes de terre, de mélasses de betteraves, etc.

Ajoutons, à ce dernier groupe, les liqueurs fabriquées avec les alcools de l'industrie et dans la composition desquelles il entre des essences diverses, puis cherchons à déterminer le degré de nocuité de chacune de ces boissons pour l'homme qui en abuse.

Le cidre, connu des Égyptiens, puis des Hébreux, et dont l'importation dans les Gaules est due aux Romains, fut une boisson très répandue dans notre pays jusqu'au moment de la culture de la vigne. Charlemagne chercha à en étendre l'usage, mais c'est seulement au XIIIe siècle que son emploi devint général en Normandie et dans les provinces voisines, d'où il fut transporté plus tard en Angleterre, en Russie et en Amérique. Cette boisson, dont la France consomme par année de 8 à 9 millions d'hectolitres, renferme de 4 à 8 p. 100 d'alcool, des acides organiques, du sucre, de l'acide carbonique en dissolution, etc.; agréable au goût, un peu aigrelette, elle est susceptible de produire l'ivresse, mais lorsqu'elle est bien préparée et non falsifiée, elle détermine rarement d'autres accidents, car il n'est pas prouvé qu'elle arrive jamais à engendrer des désordres du genre de ceux que l'on désigne sous le nom d'alcoolisme.

Cette boisson active manifestement la sécrétion urinaire et, par cela même, elle préserve, dans une certaine mesure, des concrétions uratiques les personnes qui y sont prédisposées. Elle est donc quelquefois avantageuse, d'ailleurs sans inconvénients sérieux pourvu qu'elle soit bien préparée et non falsifiée; par conséquent, il y a lieu de chercher à en répandre l'usage.

La bière, inventée à Peluse d'après Hérodote, était une boisson déjà répandue parmi les anciens Égyptiens et aussi parmi les Grecs, car Aristote parle de l'ivresse qu'elle détermine. Les Romains la connaissaient et l'appelaient la boisson pelusienne; les Germains et les Gaulois s'en servaient, et la Normandie elle-même n'eut d'autre boisson que la bière jusqu'au XIVe siècle, époque où elle fut remplacée par le cidre, tandis qu'ailleurs elle était délaissée pour le vin. Sa consommation, par contre, ne fit que croître en Allemagne et en Angleterre, où l'usage en est aujourd'hui très répandu, comme aussi en Belgique et en Hollande. En France, elle tend à s'étendre depuis ces dernières années, ce dont il ne faut pas se plaindre, si toutefois on prend soin d'en surveiller la fabrication et la qualité.

La bière, en effet, bien que pouvant produire l'ivresse, n'est pas une boisson qui engendre, à la façon des alcooliques, des accidents sérieux du côté du système nerveux ou même dans d'autres appareils. Prise en excès, elle peut néanmoins provoquer des indigestions et des diarrhées quand elle n'est pas de parfaite qualité. Par contre, bien faite et non falsifiée, elle ne détermine guère qu'un embonpoint exagéré et quelques troubles digestifs et nerveux sans gravité.

La bière, qui conserve une partie des éléments des céréales, renferme des substances sucrées et gommeuses, des sels alcalins et surtout des phosphates, de l'alcool dans la proportion de 2 à 4 p. 100; elle est, en fin de compte, une boisson utile et des plus avantageuses.

NOTE SUR LA VASELINE
ET SON EMPLOI DANS L'ALIMENTATION.

Par M. le docteur R. DUBOIS.

Les expériences préliminaires dont nous présentons aujourd'hui les résultats ont pour but de répondre à la remarque suivante que nous trouvons dans une récente circulaire de M. le ministre du commerce, relative à la prohibition de la vaseline dans les pâtisseries : « Enfin l'étude de l'action des produits du pétrole dans l'économie, sur le système digestif spécialement, n'est pas même commencée, et personne ne peut affirmer que l'ingestion de ces matières soit sans inconvénients pour la santé.

La prohibition de cette substance a été prononcée à la suite d'une délibération du Conseil d'hygiène, qui s'est justement ému de la substitution d'un produit, dont les effets ne lui étaient pas connus, au beurre ou à la graisse, qui sont généralement employés dans la pâtisserie.

On peut considérer cette substitution comme une falsification, si l'on admet que la préparation et la composition des gâteaux ne pourront être abandonnées à la fantaisie commerciale ou culinaire du pâtissier, à la condition qu'il évite l'emploi de substances toxiques ou nuisibles. »

La vaseline est-elle un produit toxique ou nuisible? Voilà surtout le point important : le Conseil d'hygiène pose la question mais ne donne pas la réponse.

Avant d'entreprendre des expériences sur ce sujet, nous avons cherché dans les divers traités de thérapeutique et dans les recueils spéciaux quelques indications bibliographiques sur l'action de la vaseline, introduite dans l'économie par les voies digestives; nous n'avons trouvé aucun renseignement suffisant.

La vaseline a été employée à l'étranger, particulièrement en Allemagne, dans diverses affections telles que la phthisie, la bronchite, l'asthme, la constipation, et il ne paraît pas que son ingestion ait été suivie d'effets nuisibles.

En France, on a souvent administré des pétroles lourds, et en particulier une huile brute connue sous le nom d'huile de Gabiau qui, en Amérique, est un remède populaire. Nous avons pu nous-même en donner des doses assez fortes à une malade atteinte de dilatation des bronches avec bronchite fétide, et, bien que l'estomac fût très susceptible, le traitement ne donna lieu à aucun trouble notable du côté des fonctions digestives.

Les animaux domestiques tolèrent bien la vaseline et l'acceptent sans répugnance, quand elle est absolument inodore.

Deux chiens ont été mis en observation au laboratoire de physiologie de la Faculté des sciences. Ces animaux (un griffon et un épagneul) ont été exclusivement nourris avec de la soupe dans laquelle la graisse, qui entre ordinairement dans sa composition, est totalement remplacée par de la vaseline : ils ont absorbé en dix jours 400 grammes de vaseline. Le chien griffon, plus vorace que l'épagneul, a mangé 250 grammes environ de ce carbure d'hydrogène, soit 25 grammes par jour, et l'épagneul 150 grammes, soit 15 grammes par jour. Pour un homme du poids de 40 kilogrammes cela représente des doses quotidiennes de 100 grammes et de 60 grammes, le poids de ces chiens étant voisin de 10 kilogrammes, quantité de beaucoup supérieure à celle que l'on peut introduire dans un gâteau.

Malgré cette alimentation dépourvue de graisse et de viande, le poids des animaux a peu varié; il a un peu augmenté cependant. L'état général est très bon; il n'y a eu ni perte d'appétit, ni vomissements, ni diarrhée, mais les matières stercorales sont toujours demi-solides et jaunâtres.

La température rectale n'a pas beaucoup varié non plus, elle a toujours été en moyenne de 39 degrés.

La soif ne paraît pas exagérée; les urines, presque sans odeur, un peu pâles, ne contiennent ni sucre ni albumine. La quantité d'urée rendue est très faible, on n'en trouve guère que 4 à 5 grammes par litre, ce qui donne une quantité totale d'urée rendue par jour de 5 à 6 grammes au maximum. Il convient de faire remarquer que ces chiens ne peuvent trouver d'aliments azotés que dans le gluten du pain qui y existe en faible quantité.

On peut donc dire que les pétroles lourds, inodores, connus dans le commerce sous le nom de vaseline, sont bien tolérés par le tube digestif, malgré la constitution de ces carbures d'hydrogène qui ne se prêtent ni à l'oxydation ni à la saponification comme les graisses.

La vaseline n'est donc pas susceptible, chez les chiens tout au moins, de déterminer des accidents toxiques aigus ou simplement des perturbations de quelque importance lorsqu'elle est administrée à haute dose.

Ces recherches que nous poursuivons nous apprendront si l'usage prolongé de cette substance est également exempt d'inconvénients. Il est nécessaire, avant de se prononcer sur ce point, de multiplier le nombre des expériences et de rechercher chaque jour si quelque modification particulière ne se produit pas dans la nutrition. Il est intéressant, en outre, de savoir si la vaseline introduite dans les voies digestives est réellement absorbée, ce qui n'est pas certain.

L'activité toxique des carbures d'hydrogène retirés du pétrole paraît s'accroître avec le degré de volatilité. J'ai vu se produire chez un militaire des accidents extrêmement inquiétants, à la suite de l'ingestion d'une certaine quantité d'*essence minérale* que je ne puis préciser. Une bouteille dont le contenu servait à alimenter une lampe à essence ayant été remplie de vin, le carbure d'hydrogène avait surnagé, et en cherchant à boire directement dans la bouteille, cet homme avait avalé une certaine quantité de ce pétrole léger. Au bout de quelques instants, un délire violent comparable à celui que produit l'absinthe se déclara; il ne fallait pas moins de trois hommes pour maintenir le malade sur son lit. Des convulsions cloniques agitaient tous les membres et provoquaient des soubresauts violents du corps tout entier. La face était rouge, vultueuse, les vomissements étaient impossibles malgré les efforts du malade, qui accusait une violente sensation de brûlure à la gorge et à l'estomac. La salivation était abondante et le corps couvert de sueur. Ne connaissant pas de contrepoison susceptible de modifier la constitution chimique d'un tel liquide, et n'ayant pas à ma disposition de pompe gastrique, je fis avaler, non sans peine, une grande quantité de charbon animal, dans le but d'absorber l'essence. Au bout de quelques instants, le malade put vomir; ses vomissements, aussi bien que l'air expiré, exhalaient une forte odeur de pétrole. Tous les accidents se dissipèrent assez rapidement, et le lendemain le malade n'accusait plus qu'un peu de céphalalgie, de pyrosis et de courbature.

D'autres carbures liquides, tels que la benzine, sont de puissants anesthésiques et par conséquent des poisons violents.

Mais on ne sait pas encore où commence et où s'arrête la toxicité des pétroles, et il est bon de rechercher à quelle loi elle obéit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 novembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° Une lettre de M. Augouard, notaire, qui annonce le décès de Mme veuve Laborie; il informe en même temps l'Académie qu'elle lui laisse un legs assez important; 2° une lettre de remerciements de M. de Ranse, récemment élu membre correspondant; 3° des lettres de MM. Émile Rivière, Félix Brémond, Galezowski et Durand-Claye, qui se portent candidats à la place vacante dans la classe des associés libres; 4° une lettre de M. le docteur Surmay (de Ham), accompagnant l'envoi d'une brochure sur la résection et la suture du nerf médian.

COMMUNICATION

Traitement et prophylaxie de la phthisie pulmonaire. — Le sanatorium d'Argelès. — M. FERRAND lit un travail sur ce sujet. Après avoir indiqué les heureuses conditions du sanatorium d'Argelès, au double point de vue de la météorologie et de l'hygiène, et les bons résultats obtenus chez les malades qui y ont été traités jusqu'à ce jour, M. Ferrand termine ainsi : « Le professeur Fonssagrives publiait naguère dans un grand journal, sur l'asile d'Argelès, une note dans laquelle il dit : L'idée est passée dans la pratique et peut maintenant être jugée. Elle est excellente autant que généreuse; mais l'œuvre qu'elle a créée, comprimée par l'exiguïté de ses ressources, ne peut prendre le développement auquel elle est certainement appelée. Le budget, alimenté par des cotisations, ne dépasse pas, en effet, 8000 francs; et elle ne peut, dans ces conditions, et encore avec la plus grande parcimonie,

entretenir que vingt jeunes filles. C'était assez avant que l'expérience eût prononcé; c'est peu de chose en présence des résultats à atteindre. »

Le suffrage de ce maître regretté est précieux, vu sa haute compétence en ces matières. Venant de l'Académie de médecine, une parole d'encouragement serait plus précieuse encore. Si vous jugez que l'expérience a prononcé, votre approbation sera une récompense pour les efforts que cette œuvre a suscités. Elle sera comme un gage de succès qui la rendra de plus en plus féconde.

LECTURE

Étude comparée des effets produits par les différentes boissons spiritueuses. Conséquences à tirer de cette étude au point de vue de la prophylaxie de l'alcoolisme. — **M. LANCEREAUX** lit, sous ce titre, un travail que nous publions textuellement. (Voir plus haut, p. 1066.)

RAPPORTS

De la rage. — **M. LEBLANC** fait un rapport, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bouley et Colin (d'Alfort), au sujet d'un travail de M. le docteur Chassinat (d'Hyères), intitulé : *De la rage observée dans le département du Var.*

Le travail de M. Chassinat a pour but d'attirer l'attention de l'Académie sur une épizootie de rage, qui a existé pendant un mois dans le département du Var. Plus de vingt cas de rage ont été constatés dans ce laps de temps, dans vingt communes, sur des chiens dont les autopsies ont été faites. Les vétérinaires qui les ont pratiquées ont donné, en se basant tant sur les symptômes observés que sur les lésions constatées, un avis affirmatif. Plusieurs personnes ont été mordues et quatre ont succombé. M. Chassinat, ne pouvant avoir sur tous les cas des renseignements certains, a dû se borner à recueillir un certain nombre de faits connus, et il y a joint quelques faits qui lui sont particuliers.

C'est le dépouillement de ce travail qui fait le sujet du rapport.

L'auteur nous apprend que quelques mesures ont été prises par les autorités locales pour arrêter le cours de cette épizootie, mais elles ont manqué d'ensemble. Cependant, dit le rapporteur, il existe un règlement d'administration qui prescrit : 1° la défense de laisser circuler sur la voie publique tout chien non muni d'un collier portant les noms et demeure de son propriétaire; 2° l'abattage immédiat des chiens conduits en fourrière, s'ils ne portent pas le collier réglementaire; 3° la faculté laissée aux autorités locales d'imposer aux propriétaires, lorsqu'elles le jugent nécessaire, l'obligation de tenir les chiens en laisse; 4° la conduite que doit tenir le maire, quand un cas de rage est constaté dans la commune; 5° la marque obligatoire des animaux herbivores mordus par un animal enragé, et la défense d'en livrer la chair à la consommation avant un délai fixé par l'autorité locale, et pas moindre de six semaines; 5° la permission d'utiliser la peau des animaux, morts ou abattus, après désinfection dûment constatée.

D'après l'analyse de la note du docteur Chassinat, on peut juger si ces dispositions ont reçu leur exécution. Ce sont ces mesures qui ont été appliquées plus ou moins rigoureusement dans le département de la Seine depuis 1876, en exécution d'un arrêté du préfet de police d'alors, M. Léon Renault.

De la statistique des cas de rage qui se sont produits dans le département de la Seine, pendant les années 1881, 1882, 1883 et 1884, dressée par les soins de M. Dujardin-Beaumetz, il ressort que, de 1881 à 1884, il y a eu une diminution notable, et qu'à partir de 1884, l'augmentation est manifeste.

L'absence ou la mauvaise organisation du service des épizooties dans beaucoup de départements, poursuit M. le rapporteur, empêche d'établir une statistique exacte. Mais on pourra juger en étudiant, au point de vue de la rage, l'état sanitaire du département de la Seine, de ce qui se passe dans le reste de la France. On peut donc affirmer, ajoute-t-il, que l'application des lois concernant la police sanitaire peut prévenir le développement de la rage ; il ne s'agit que de vouloir.

Le rapporteur conclut en ces termes : Il a paru utile à votre commission d'exprimer, à l'occasion de ce travail, le vœu qu'elle fait pour l'application rigoureuse des mesures sanitaires capables d'arrêter, en France, le développement de la rage.

M. LE PRÉSIDENT, avant de mettre les conclusions du rapport aux voix, pense qu'il y aurait lieu d'inviter le rapporteur à résumer son rapport en une ou plusieurs propositions fermes, qu'il soumettrait mardi prochain à l'approbation de l'Académie, pour être transmises ensuite au ministre.

La proposition est accueillie.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

L'Académie se forme en comité secret à 4 h. 15.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Després, dans la séance du 16 novembre, a déposé sur le bureau du Conseil municipal de Paris, une pétition adressée à M. le président et à MM. les membres du Conseil par les malades de l'hôpital Cochin, qui protestent contre la laïcisation projetée de cet établissement.

Sur 279 malades présents dimanche matin 15 décembre, 258 ont signé cette protestation.

— Par décret, en date du 16 novembre 1885, M. Fouquier, aide-pharmacien de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade d'aide-pharmacien dans la réserve de l'armée de mer.

— Le nombre des candidats inscrits à la Faculté de médecine de Paris, pour le concours de l'agrégation (section de médecine, pathologie interne et médecine légale), qui doit s'ouvrir le mercredi 1er décembre 1885, sont au nombre de vingt-trois.

Ce sont, classés par ordre alphabétique, MM. les docteurs Ballet, Barth, Balzer, De Beurmann, Bourcy, Brault, Brissaud, Brocq, Chauffard, Cuffer, Déjerine, Dreyfus, Dubreuilh, Faisans, Gaucher, Grenier, Juhel-Renoy, Launois, Letulle, Merklen, Moussous, Netter et Siredey.

Le jury dudit concours se composera de MM. Hardy, président; Potain, Charcot, Damaschino et Bouchard, professeurs à la Faculté de médecine de Paris; Strauss, agrégé à ladite Faculté; Henri Roger, membre de l'Académie de médecine; Lépine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, et Bernheim, professeur à la Faculté de Nancy, juges titulaires ;

Et de MM. Hayem, Cornil et Laboulbène, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, et Debove, agrégé à ladite Faculté, juges suppléants.

— Par arrêté préfectoral, en date du 28 octobre 1885, le service de l'inspection médicale des écoles publiques des arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis est arrêté ainsi qu'il suit :

1° Arrondissement de Sceaux.— *Charenton.* — Première circonscription (Charenton, Alfort), M. le docteur Guerlin; deuxième circonscription (Saint-Maurice, Gravelle, Joinville-le-Pont, Saint-Maur-Centre), M. le docteur Barborin; troisième circonscription (Nogent-le-Perreux, Bry-sur-Marne), M. le docteur Delthil; quatrième circonscription (La Varenne, Le Parc, Champigny), M. le docteur Roussel; cinquième circonscription (Adamville, Créteil, Bonneuil), M. le docteur Caillette; sixième circonscription (Maisons, Alfortville), M. le docteur Morisson.

Vincennes. — Première circonscription (Vincennes-Prévoyance, Saint-Mandé), M. le docteur Foucher; deuxième circonscription Vincennes-Centre, Fontenay-sous-Bois), M. le docteur Pachot; troisième circonscription (Montreuil-Route), M. le docteur Blesson; quatrième circonscription (Montreuil-Centre, Rosny, Villemomble), M. le docteur Garavel.

Sceaux. — Première circonscription (Issy, Les Moulineaux, Clamart), M. le docteur Vazeille; deuxième circonscription (Montrouge, Bagneux, Châtillon), M. le docteur Soubise; troisième circonscription (Malakoff, Vanves), M. le docteur Baudet; qua-

trième circonscription (Sceaux, Antony, Le Plessis-Piquet, Châtenay, Bourg-la-Reine, Fontenay), M. le docteur Mazars.

2° Arrondissement de Saint-Denis. — *Courbevoie.* — Première circonscription (Courbevoie, Colombes-la-Garenne), M. le docteur Bonnecaze ; deuxième circonscription (Asnières, Bois-Colombes), M. le docteur Farges ; troisième circonscription (Puteaux), M. le docteur de Lagorce ; quatrième circonscription (Suresnes, Nanterre), M. le docteur Neyreneuf; cinquième circonscription (Colombes, Gennevilliers, Villeneuve, Les Grésillons), M. le docteur Neubauer.

Neuilly. — Première circonscription (Neuilly-sur-Seine), M. le docteur Putel; deuxième circonscription (Boulogne), M. le docteur Besançon ; troisième circonscription (Boulogne-Billancourt), M. le docteur Cloquet ; quatrième circonscription (Clichy), M. le le docteur Hellet ; cinquième circonscription (Levallois-Perret), M. le docteur Tariote.

Saint-Denis. — Première circonscription (Saint-Denis, école rue Corbillon, rue Fontaine, boulevard Châteaudun, garçons, rue Suger), M. le docteur Dupuy ; deuxième circonscription (Saint-Denis, école cours Chavigny, Le Barrage, boulevard Châteaudun, filles), M. le docteur Feltz ; troisième circonscription (Saint-Denis, école de la Plaine, cour Ragot, rue de la Charronnerie), M. le docteur Weiss ; quatrième circonscription (Saint-Denis, écoles rue Franklin, rue de la Légion-d'honneur, rue de Strasbourg, île Saint-Denis), M. le docteur Mesnard ; cinquième circonscription (Stains, Pierrefitte, Villetaneuse, Épinay), M. le docteur Serpaggi ; sixième circonscription (Aubervilliers, Quatre-Chemins, La Courneuve), M. le docteur Dumontheil-Grampré ; septième circonscription (Aubervilliers-Centre, Dugny), M. le docteur Michaux ; huitième circonscription (Saint-Ouen-Centre, Saint-Ouen-Gare, école de garçons, école maternelle, Saint-Ouen, boulevard Biron), M. le docteur Thobois; neuvième circonscription (Saint-Ouen-Gare, école de filles, Saint-Ouen-Cayenne), M. le docteur Dubousquet.

Pantin. — Première circonscription (Pantin-Chemins, Pantin-Centre, école de filles), M. le docteur Edelmann ; deuxième circonscription (Pantin-Centre, école de garçons, école maternelle, Pré-Saint-Gervais, Bobigny), M. le docteur Salis ; troisième circonscription (Bagnolet, Romainville, Les Lilas), M. le docteur Augier ; quatrième circonscription (Noisy-le-Sec, Bondy, Drancy, Le Bourget), M. le docteur Pouillet.

MM. les docteurs Reulos, Vosy, Verrollet et Durand restent provisoirement chargés de la circonscription qui leur a été assignée par l'arrêté du 18 juillet 1883, dans le canton de Villejuif.

— A la suite du concours ouvert le 4 de ce mois à la Faculté de médecine de Paris, pour une place de professeur suppléant de pathologie interne et de clinique médicale, vacante à l'École de médecine de Rennes, M. le docteur Bertreux, chef des travaux anatomiques à ladite École a été nommé.

Le jury se composait de MM. Brouardel, président, Damaschino, Debove, Lefeuvre et Bruté, juges titulaires.

Les questions données ont été : 1° pour l'épreuve écrite, « Les embolies pulmonaires »; 2° pour l'épreuve orale, « Le cancer de l'estomac. »

— *Hôpitaux de Nantes.* — Sont nommés : 1° *Internes titulaires,* MM. Chéneau, Monnier, Rivet, Valentin, Voyer et Landois ;

2° *Internes provisoires :* MM. Guimbretière et Bourdon ;

3° *Externes :* MM. Oiry, Dauly, Guibert, Chauvet, Gendron, Magrey, Mirallié, Chaillou, de Bouays, Le Bayon, Joüon, Guépin et Morin.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Debierre, agrégé, est chargé provisoirement du cours d'anatomie.

M. Charpy, chargé des fonctions d'agrégé, est chargé en outre, provisoirement, des fonctions de chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Debierre, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — MM. Baraban, Macé et Garnier, agrégés, sont maintenus dans leurs fonctions de chargés des cours d'histologie, de botanique et histoire naturelle, et de chimie médicale et toxicologie.

— *École de médecine de Nantes.* — Sont nommés :

M. le docteur Olive, chef de clinique médicale ; M. Trouaille de Larabrie, chef de clinique chirurgicale ; M. Colonna, prosecteur ; M. Monnier, aide d'anatomie ; M. Touchaleaume, aide de médecine ophthalmologique ; M. Allaire, préparateur de chimie et pharmacie ; M. Perrouin, préparateur de physique, d'histoire naturelle et de matière médicale.

Ont été proclamés lauréats de l'école :

Élèves en médecine. — Première année : Premier prix, M. Landois ; deuxième prix, *ex æquo*, MM. Guibert et Jeulin ; accessit, M. Dauly.

Deuxième année : Premier prix, M. Valentin ; deuxième prix, M. Rive.

Troisième année : Prix, M. Lapeyre ; accessit, M. Nicolas.

Quatrième année : Prix, M. Gaboriau ; accessit, M. Toché.

Prix de clinique. — M. Gaboriau.

Élèves en pharmacie. — Première année : Prix, M. Allaire.

Deuxième année : Premier prix, M. Lerat ; deuxième prix, M. Charpentier ; accessit, M. Perrouin.

Troisième année : Premier prix, M. Fredet ; deuxième prix, M. Bonnaud.

Prix des travaux pratiques. — Première année : Prix, M. Allaire ; accessits, MM. Maynard et Moyon.

Deuxième année : Premier prix, M. Lucas ; deuxième prix, M. Perrouin.

Troisième année : Prix : M. Fredet ; accessit, M. Soupault.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Pellat, docteur ès sciences, professeur au lycée Louis-le-Grand, est nommé maître de conférences de physique.

M. Pellat, docteur ès sciences, maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Paris, est chargé en outre, à ladite Faculté, des conférences préparatoires à l'agrégation des sciences physiques (physique).

M. Joly, docteur ès sciences, maître de conférences de chimie, est chargé en outre des conférences préparatoires à l'agrégation des sciences physiques (physique).

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Perrigot (Noël-Théodore-Marius), bachelier ès sciences, est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Guillet, démissionnaire.

M. Cotton (Jean-Auguste-Alphonse), bachelier ès sciences, est nommé préparateur adjoint de chimie générale, en remplacement de M. Balland, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Minguin, licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie générale, en remplacement de M. Wolff, démissionnaire.

M. Rollin (Louis), bachelier ès sciences, est délégué dans les fonctions de préparateur de chimie organique pendant la durée du congé accordé à M. Ruttinger.

— M. le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours sur les maladies de l'urèthre et de la prostate, à l'École pratique (amphithéâtre n° 2), le vendredi 20 novembre, à cinq heures. Il le continuera les mardis et vendredis suivants.

— Le jeudi 26 novembre, à quatre heures de l'après-midi, aura lieu, au siège de la Société d'anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine, la conférence annuelle Broca.

M. S. Pozzi traitera des caractères distinctifs du cerveau de l'homme, et M. Letourneau lira le rapport sur le prix Godart. — On trouve des billets au siège de la Société.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18617

1

[RACHITISME, MALADIES DE LA PEAU, SYPHILIS

LE ROB LECHAUX

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, 164, rue Sainte-Catherine (Bordeaux) contient exactement 40 centigr. d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.

« Le ROB LECHAUX est une des meilleures « préparations dépuratives de notre époque. « Toutes les affections dans lesquelles l'hématose « est entravée, toutes les *dyscrasies*, les *accidents* « de la *scrofule* et du *lymphatisme*, sont justi- « ciables de cette médication. Elle rend des « services sérieux dans les *affections organiques* « *du cœur avec cyanose*, *œdème pulmonaire*, « *dyspnée intermittente* ou *continue*; dans la « *scrofule* proprement dite, avec adénites fran- « chement suppuratives ou caséeuses; dans la « *leucémie*, la *lymphadénie* et probablement dans « ces formes morbides peu connues dont les « tumeurs ganglionnaires multiples et inertes « sont les phénomènes les plus saillants; dans « les *affections scorbutiques*, le *purpura*, et enfin « dans beaucoup d'accidents imputables à la « syphilis héréditaire. » (*Abeille médicale*, 12 février 1883.)

Le flacon, **4** francs, dans toutes les pharmacies.

A titre d'expérimentation, envoi gratis d'échantillons à MM. les médecins qui en feront la demande.

133

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales ph[ies].

177

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

84

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

ROYAT, EAU MINÉRALE NATURELLE

S[t]-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.

S[t]-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.

CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, 20 et 30 francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

35

DROGUERIE MÉDICINALE

Médaille d'or de l'École de Pharmacie de Paris.

RENAULT AINÉ ET PELLIOT

FOURNISSEURS DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES,

26, Rue du Roi de Sicile, à Paris.

Maison spéciale pour la fourniture des produits pharmaceutiques aux médecins et aux hospices.

ARMOIRES-PHARMACIES

BREVETÉES S. G. D. G.

et

PHARMACIES PORTATIVES

Tarifs et notices sur demandes.

GRANDES FACILITÉS DE PAIEMENT.

15

CHLORO-ANÉMIE, NERVOSISME, ETC.

Gouttes concentrées de

PEPTONATE DE FER ROBIN

(*15 à 20 g[ttes] par repas ou 0,05[cs] fer assimilable.*)

Gros : TROUETTE-PERRET, 165, r. St-Antoine, Paris.

111

HUILE DE FOIE DE MORUE DE HOGG

Extraite à Terre-Neuve

des foies de morues fraîchement pêchées.

Sans odeur ni saveur des huiles du commerce.

Se vend en *flacons triangulaires* seulement.

HOGG, rue Castiglione, 2, Paris, et toutes Ph[ies].

97

VIN DE BUGEAUD, TONI-NUTRITIF

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et C[ie], 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Ph[ie] Lebeault, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande *directement à MM. Lebeault, Mayet et C[ie]*, recevront une bouteille de vin de Bugeaud, à titre d'échantillon.

215

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

31

HÉMORRHOIDES FISSURES A L'ANUS

Soulagement immédiat et guérison par la **Pommade** et les **Suppositoires** de ROYER (*cum extracto achillæ*).

Sur demande, échantillon f° à MM. les médecins.

Ph[ie] A. DUPUY, suc[r] de ROYER, 225, r. S[t]-Martin.

20

Récompense de 16,600 fr. — Médaille d'OR

à l'Exposition intern[le] médicale de Vienne 1883.

QUINA-LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

Laroche

44

TOPIQUE BERTRAND AINÉ

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles*. Prix : **0[f]50** à 3[f]. Envoi cont. timbres. — **Ph. BERTRAND** aîné, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AINÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

65

VINS D'OSSIAN HENRY

membre de l'Académie de médecine.

Vin de quinquina titré simple. — Titrant 1 gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1000 grammes. — *Tonique*. — *Fébrifuge*.

Vin de quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, longues convalescences*, etc. 5, r. d'Anjou S[t]-Honoré, et dans toutes les ph[ies].

7

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurée. et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales ph[ies].

4

VIN DE VIVIEN

A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

Ce vin, agréable au goût, contient par cuillerée 0[gr],12 d'extrait, soit exactement les principes actifs de la meilleure huile. — 3[f],50 le flacon.

Dragées d'extrait créosote : le f[lon] de 100, 3[f]50.

50, boulevard de Strasbourg.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

22

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Admise première, après analyse, dans les hôpitaux de Paris.

Récompensée à l'exposition universelle 1878.

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande, il contient aussi la fibre musculaire fluidifiée digérée rendue assimilable.

Dose : 1/2 verre à madère après le repas; 4 fr.

ELIXIR DEFRESNE à la PEPTONE, 5 fr., nutriment agréable et reconstituant.

PEPTONE DEFRESNE : 25 p. 100 de peptone.

Dose : 2 cuillerées à la fois dans eau tiède et salée, 5 fr.

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine**, Paris.

10

COLIQUES HÉPATIQUES, COLIQUES NÉPHRÉTIQUES. COLIQUES DES RÈGLES, NÉVRALGIES, MIGRAINES.

CAPSULES BRUEL

Ether Amyl-valérianique (Valérianate d'amyle)

Spécifique des maladies nerveuses en général.

Pharmacie DUROY, 10, faubourg-Montmartre.

140

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE.

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sur la pneumonie lobaire aiguë secondaire.

Dans l'une de nos Revues de cette année, nous avons examiné, avec M. Henry Barth, la question de savoir : si la pneumonie est toujours une maladie infectieuse, et, par conséquent, s'il n'y a qu'une pneumonie unique, due toujours à la même cause, à la présence d'un seul et même microbe ; ou si, à côté de cette pneumonie microbienne, il n'y a pas lieu de continuer à admettre des causes diverses des phlegmasies pulmonaires et à distinguer des pneumonies simples, franchement inflammatoires, dont le type serait la pneumonie *a frigore*, et des pneumonies spéciales comprenant les pneumonies épidémiques et celles dans lesquelles la phlegmasie est manifestement sous la dépendance d'une maladie générale, spécifique. On se rappelle les conclusions réservées de l'auteur de cette importante étude.

M. Broca, interne des hôpitaux et aide d'anatomie à la Faculté, dont le nom oblige et dont les débuts promettent, vient de reprendre en sous-œuvre l'étude d'un des points qui se rattachent à cette grande question, celui des pneumonies lobaires aiguës secondaires.

Dans le travail qu'il vient de publier sur ce sujet, M. Broca a été conduit, en se fondant tant sur l'étude analytique des observations rapportées par les principaux auteurs, que sur ses observations personnelles, à admettre que la pneumonie lobaire aiguë, sans être fréquente, peut se montrer et se montre, en effet, comme phénomène secondaire, dans le cours ou à la suite de la plupart des maladies aiguës, bien qu'exceptionnellement, si on la compare surtout à la fréquence, dans ces cas, des broncho-pneumonies.

C'est principalement sur le groupe des affections fébriles éruptives qu'ont porté les recherches de M. Broca. Voici quels en sont les résultats :

La pneumonie lobaire a été constatée dans la variole, rarement sans doute, mais moins exceptionnellement, comme on le verra tout à l'heure, que dans la scarlatine et la rougeole. Voici deux observations qu'il signale notamment : l'une, de son collègue M. Malicot, est relative à un individu convalescent d'une variole qu'il avait eue deux mois auparavant, et qui fut pris d'une pneumonie lobaire accompagnée de phénomènes typhoïdes et terminée par la guérison. Dans l'autre, la pneumonie précéda, au contraire, l'exanthème variolique. Les signes rationnels du début furent analogues aux prodromes de la variole (douleur lombaire, vomissements). Le lendemain, il y avait des signes de pneumonie franche (râles crépitants, crachats gommeux). Le soir du cinquième jour, éruption de variole. Le tout se termina par guérison.

Dans la scarlatine, les faits de pneumonie franche sont plus rares encore. Plusieurs auteurs, M. Vulpian entre autres, n'en parlent pas. M. Broca n'en a trouvé dans ses recherches qu'un seul cas, dans une statistique de Halbey (de Wetzlar) portant sur un total de 220 cas de scarlatine.

Si les deux pyrexies dont il vient d'être question paraissent avoir peu de tendance aux complications pulmonaires, il n'en est pas de même pour la rougeole; mais, comme tout le monde le sait, il s'agit, dans ce cas, le plus ordinairement de broncho-pneumonies. La pneumonie lobaire ou fibrineuse de la rougeole est contestée ou considérée, du moins, comme extrêmement rare et absolument exceptionnelle. Cependant, M. Cadet de Gassicourt, dans son *Traité clinique des maladies de l'enfance,* dit avoir vu deux fois la rougeole être suivie d'une pneumonie franche, une fois trois jours et une fois cinq jours après l'éruption. Dans les deux cas, il a cru d'abord à une broncho-pneumonie d'une extrême sévérité, à cause de la violence de la fièvre de début. Mais ni les signes physiques, ni les symptômes généraux, ni la marche de la température, ne lui ont laissé à cet égard le moindre doute sur la nature de la complication pulmonaire à laquelle il avait bien eu affaire dans les deux cas.

M. Broca a eu aussi l'occasion de recueillir une observation semblable, dans laquelle, comme dans l'un des cas de M. Cadet de Gassicourt, l'inflammation avait d'abord été centrale, et les signes physiques n'avaient été perçus qu'au bout de deux jours.

Tandis que, d'après Rilliet et Barthez, toutes les pneumonies des diphthéries seraient toujours lobulaires, opinion partagée par M. Vulpian, M. Sanné, dans son *Traité de la diphthérie*, affirme, au contraire, que, pour être moins fréquente que la broncho-pneumonie, la pneumonie franche n'est cependant pas aussi rare qu'on l'a dit; il compte dans

ses observations personnelles 48 cas de pneumonie franche, dont 32 prouvés par l'autopsie.

D'un autre côté, MM. J. Simon et Archambault admettent l'existence de la pneumonie dans la diphthérie, mais à titre de rareté. C'est à cette dernière opinion que se range M. Broca, en se basant sur une autopsie, faite par Lange, d'une jeune fille de seize ans, morte au sixième jour d'une diphthérie, et chez laquelle on constata les caractères nécroscopiques d'une pneumonie lobaire droite accompagnée de pseudo-membranes pharyngiennes et bronchiques; et sur le fait suivant qui lui a été communiqué par son collègue M. Thibierge:

Il s'agit, dans ce dernier cas, d'une jeune fille de treize ans, entrée à l'hôpital des Enfants, qui, trois semaines après avoir eu la rougeole, n'ayant pas cessé de tousser depuis, fut prise de redoublement de toux, d'enrouement et de gêne de la respiration. Le lendemain on constate des fausses membranes sur les deux amygdales, et il survient des accès de suffocation dans la nuit.

Le jour suivant on pratique la trachéotomie. Après quelques jours de fièvre accompagnée d'albuminurie, la malade paraissait entrée en convalescence, lorsque, au bout de trois semaines environ, elle se plaint d'une douleur dans le côté droit de la poitrine, bientôt suivie d'un peu de gêne de la respiration et d'une expectoration d'un jaune clair, adhérente.

On constate de la matité dans la partie supérieure de la fosse sous-épineuse droite, avec souffle intense et râles crépitants abondants dans la même région. En même temps que la pneumonie survinrent des accidents de paralysie diphthéritique. La pneumonie a évolué régulièrement pour se terminer par la guérison.

Passant des pyrexies éruptives à diverses affections infectieuses, telles que la grippe, la méningite cérébro-spinale, le choléra, la fièvre typhoïde, etc., M. Broca nous montre que chacune de ces affections peut donner lieu à une pneumonie lobaire secondaire. Le fait n'est pas douteux pour la grippe, surtout dans certaines épidémies où elle se montre même assez fréquemment, ainsi que nous avons eu plus d'une fois l'occasion de le signaler ici nous-même.

L'étude de la méningite cérébro-spinale épidémique, à ce point de vue, lui a fourni quelques faits intéressants; tels, par exemple, qu'une pneumonie fibrineuse survenant dans le cours de la méningite cérébro-spinale, ou bien, au contraire, la précédant.

Bien que dans ses recherches, il n'ait pas trouvé de mention de pneumonie fibrineuse dans le choléra, M. Broca en rapporte un exemple qu'il a recueilli lui-même à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Lailler. Le malade ayant succombé, il put constater à l'autopsie une hépatisation grise du poumon droit.

Enfin la pneumonie lobaire, bien que tout aussi rare dans la coqueluche que dans la rougeole et la scarlatine, y a été également constatée. M. Roger en a rapporté deux observations concluantes dans ses *Recherches cliniques sur les maladies des enfants,* et il a fait, à cette occasion, cette double remarque, qui peut s'appliquer à la plupart des faits passés en revue dans ce travail par M. Broca, savoir : Que dans les circonstances exceptionnelles où l'on a constaté l'existence d'une pneumonie lobaire, elle était une complication accidentelle, et que ces phlegmasies sont entées sur la pyrexie et non pas engendrées par elle; qu'elles sont, par conséquent, non point secondaires, comme les broncho-pneumonies, si communes dans la plupart des affections éruptives, mais primitives.

L'exposé de ces faits, que nous venons de résumer rapidement, devrait nous conduire à la recherche de leurs rapports avec la doctrine moderne du rôle assigné aux micro-organismes dans la pathogénie des pneumonies. C'est ce que nous ferons dans une autre Revue.

De la contusion et de l'inflammation, comme cause du développement du cancer.

L'attention des chirurgiens s'est portée depuis quelque temps sur l'influence des coups, des contusions ou de l'inflammation sur la manifestation et le développement de certaines tumeurs néoplasiques ou kystiques, etc. Nous avons particulièrement signalé, l'année dernière, l'influence attribuée par quelques observateurs aux contusions sur le développement des kystes hydatiques. Il y a deux ans, M. Nicaise publiait un cas de greffe cancéreuse, mode particulier de développement du cancer secondaire qui, suivant lui, s'observe surtout sur les sarcomes. Ce chirurgien, dans un travail récent, s'est proposé de faire connaître une observation dans laquelle des lésions locales ont favorisé le développement d'un cancer secondaire dans le tissu même qu'elles avaient atteint.

Voici cette observation qui montre nettement pourquoi, chez un malade en puissance de cachexie cancéreuse, le cancer secondaire se développera plutôt dans un point que dans un autre.

Une femme, âgée de cinquante-six ans, employée de commerce, entrée à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. Nicaise, fut prise en 1878, sans cause appréciable, au moment d'une époque cataméniale, d'une métrorrhagie des plus abondantes, lipothymies, vertiges, etc. L'hémorrhagie persista un mois durant, puis reparut cinq ou six fois, à intervalles variables.

Les règles, supprimées pendant deux ans, reparurent en 1880 et persistèrent régulièrement jusqu'à la fin de 1881, époque où la malade fut prise de nouveau d'une métrorrhagie, mélangée d'un flux leucorrhéique qui persiste encore aujourd'hui.

Enfin, un mois avant son entrée à l'hôpital, elle constata qu'à la place d'une hernie ombilicale, qu'elle avait depuis plusieurs années, existait une tumeur extrêmement dure et non réductible. Peu après survinrent des nausées, des vomissements muqueux, alimentaires ou bilieux, et des douleurs abdominales, peu intenses d'ailleurs.

Voici l'état constaté à son entrée dans le service : la région ombilicale est occupée par une tumeur ovoïde à grand diamètre transversal. La cicatrice ombilicale déplissée semblait coiffer la partie culminante de la tumeur. Cette grosseur présentait à son sommet une coloration rouge vineux, sans qu'il existât de phénomènes inflammatoires. Elle formait une masse saillante, parfaitement isolable, ne faisant pas corps avec la paroi abdominale, mais adhérant à la peau de l'ombilic. La pression modérée n'y provoquait que très peu de douleur. La percussion donnait une matité absolue. L'auscultation ne donnait aucune sensation de déplacement de liquide ou de gaz.

Ses dimensions étaient de 13 centimètres dans le sens transversal et de 9 centimètres et demi dans le sens vertical.

Au toucher vaginal, on constatait la disparition complète

du col, à la place duquel existait une ulcération infundibuliforme à parois déchiquetées qui permettait de pénétrer dans l'utérus.

En combinant le palper hypogastrique avec le toucher, on trouvait au-dessus du pubis une masse arrondie, dure, constituée par l'utérus.

Le diagnostic porté fut : épithélioma du col avec propagation aux annexes de l'utérus; tumeur cancéreuse de l'ombilic, probablement développée dans une épiplocèle. On prescrit un traitement tonique; liqueur de Fowler, injections détersives et antiseptiques.

Peu de temps après, sans cause appréciable, la malade fut prise d'un frisson violent, de vomissements porracés, de violentes douleurs abdominales à la pression, avec petitesse et fréquence du pouls; température, 41°,2; bref d'une péritonite aiguë intercurrente qui entraîna la mort au bout de cinq jours.

L'autopsie révéla l'existence d'une dégénérescence cancéreuse de l'utérus envahi dans toute sa hauteur, avec une ulcération s'ouvrant en haut et à droite dans la cavité péritonéale. Les ovaires, les trompes étaient confondus dans une même masse dure, bosselée, faisant corps avec l'utérus.

La tumeur ombilicale était constituée par une portion d'épiploon herniée, ayant subi la transformation cancéreuse, se présentant sous l'aspect d'une masse lardacée, laissant s'écouler par le raclage une grande quantité de suc opalescent, tandis que toute la partie de l'épiploon qui est en deçà de l'anneau ombilical est absolument saine.

M. Nicaise croit pouvoir expliquer cette localisation du cancer secondaire dans la seule portion de l'épiploon herniée, par cette circonstance même que, des deux portions de l'épiploon, tandis que la portion intra-abdominale avait conservé sa texture anatomique normale, la portion herniée avait subi des modifications par suite de la compression et du frottement du bandage et de l'irritation qui en avait été la conséquence. « Elle était devenue, comme il en fait la juste remarque, un terrain patholoqique, un *locus minoris resistentiæ*, où les agents de la généralisation du cancer s'étaient arrêtés et avaient amené le développement d'un cancer secondaire. »

ÉTUDE COMPARÉE

DES EFFETS PRODUITS PAR LES DIFFÉRENTES BOISSONS SPIRITUEUSES. CONSÉQUENCES A TIRER DE CETTE ÉTUDE AU POINT DE VUE DE LA PROPHYLAXIE DE L'ALCOOLISME (1).

Par M. le docteur LANCEREAUX.

II

Le vin, beaucoup plus riche en alcool, renferme de l'acide tartrique, des sels calcaires, du tannin, etc. Cette boisson fermentée, bien connue et très estimée de quelques peuples de l'antiquité, s'est depuis lors répandue dans tout le monde civilisé; aussi est-elle de plus en plus usitée. Ses effets varient suivant ses qualités; mais, d'une façon générale, elle produit une stimulation rapide plus ou moins énergique de l'organisme humain. Pris en excès, le vin détermine l'ivresse plus facilement que la bière, il est bien moins supporté par l'estomac et de plus il peut causer des accidents sérieux du côté du foie et du système nerveux. Les désordres hépatiques, bien connus sous le nom de cirrhose, consistent en une induration spéciale du foie tout entier, qui résiste sous le doigt, crie sous le scalpel et rebondit sur le sol. Cette induration est le fait de l'irritation que déterminent les principes du vin au moment de leur passage à travers les capillaires de la veine-porte, et qui a pour effet la végétation des éléments conjonctifs de ces capillaires et du tissu interstitiel environnant, et en fin de compte la formation d'un tissu fibroïde assez semblable au tissu de cicatrice. En se rétractant, ce tissu fait saillir les lobules et donne au foie un aspect granulé, uniforme tant sur sa face libre que dans sa profondeur. Ce genre de cirrhose est commun dans certains pays vignobles, et particulièrement dans ceux que baigne le lac Léman. Chez nous, à Paris notamment, elle n'existe guère que chez les buveurs de vin, comme j'ai pu m'en assurer depuis longtemps. Les désordres nerveux dus aux excès de vin se traduisent par de l'insomnie, des cauchemars, quelques sensations subjectives aux extrémités des membres, et enfin dans quelques cas par le syndrome *delirium tremens*.

L'abus du vin prédispose en outre d'une façon manifeste à la tuberculose. Les tonneliers, les camionneurs de l'entrepôt, hommes généralement robustes, sont fréquemment atteints de cette maladie qui, tout d'abord limitée au sommet droit du poumon, reste stationnaire pendant quelque temps, puis finit par se généraliser et par amener une mort rapide. Les porteurs à la halle, qui font excès de vin, sont également exposés à la même maladie, avec localisation habituelle du côté du péritoine. D'un autre côté, dans les campagnes où la tuberculose est exceptionnelle, il est facile de remarquer que non seulement les excès d'eau-de-vie, mais même les excès de vin y prédisposent manifestement. Des observations personnelles enfin m'ont permis de constater depuis plusieurs années que la méningite tuberculeuse se rencontrait de préférence chez les jeunes enfants auxquels on faisait boire du vin au delà de ce que comporte cet âge de la vie, en raison de l'activité du développement du système nerveux. Cependant, si les mauvais effets des boissons vineuses sur l'organisme peuvent compromettre l'existence d'un certain nombre d'individus, ils constituent rarement un danger sérieux pour la société, en ce sens qu'ils ne créent pas de besoins impérieux aux descendants des buveurs de vin et ne modifient pas d'une façon sensible leur organisation physique ou morale.

L'alcool de vin, dont la fabrication est en décroissance depuis un certain nombre d'années, n'est pas beaucoup plus dangereux que le vin, du moins si on s'en rapporte aux expériences pratiquées sur les animaux par différents observateurs, notamment par MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé. Malheureusement, il n'en est pas de même des autres alcools et surtout des alcools de grains et de pommes de terre.

La consommation de ces alcools en France remonte à l'année 1845; elle ne s'est d'abord répandue que peu à peu, mais depuis un certain nombre d'années elle a acquis un accroissement capable d'inspirer des craintes sérieuses pour l'avenir du pays; car les phénomènes pathologiques engendrés par ces liqueurs se manifestent non seulement sur celui qui en abuse, mais encore sur sa descendance. Quoique variables suivant la quantité et la qualité des boissons usitées, ces désordres consistent d'une façon générale en désordres de la sensibilité, du mouvement, des fonctions vaso-motrices et des facultés intellectuelles.

Les désordres de la sensibilité sont subjectifs ou objectifs. Les désordres subjectifs se manifestent par des sensations de fourmillements, de picotements et d'élancements douloureux qui ont pour siège plus spécial les extrémités des membres et particulièrement celles des membres inférieurs.

Les désordres objectifs se révèlent par une analgésie plus ou moins accusée, localisée d'abord aux extrémités des membres et qui s'étend ensuite d'une façon symétrique vers leurs racines, beaucoup plus rarement par de l'hyperalgésie; ajoutons qu'en pareil cas, le réflexe plantaire est le plus souvent aboli.

Les désordres du mouvement sont caractérisés par un tremblement spécial des membres supérieurs, des crampes, des contractures des membres inférieurs, et quelquefois par des paralysies

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 novembre 1885.

symétriques et ascendantes des extrémités des membres et surtout des jambes.

Les désordres vaso-moteurs ont le même siège et consistent en des troubles circulatoires du tégument externe qui est pâle ou violacé, refroidi ou, au contraire, d'une température au-dessus de la normale ; et, enfin, en troubles sécrétoires se manifestant par des sueurs abondantes sous l'influence de la moindre émotion.

Les désordres des facultés intellectuelles se traduisent par de l'insomnie, des rêves terrifiants, plus rarement par des hallucinations, et par de la tendance au suicide, de la folie ou un abrutissement progressif, le marasme et la mort. Toutefois, s'il survient une maladie aiguë ou même un simple trouble gastrique, il est assez commun de voir se produire un délire violent qui, s'il n'est combattu énergiquement, ne tarde pas à épuiser le système nerveux des malheureux buveurs et à amener la mort.

Ce délire qui vient compliquer la plupart des affections aiguës rend ces états des plus graves chez l'alcoolique, dont le système nerveux est toujours plus ou moins ébranlé, et dont les tissus, ainsi que je l'ai signalé, ont subi prématurément des modifications qui les identifient à ceux des vieillards. Ajoutons enfin que la tuberculose, toujours menaçante chez le buveur d'eau-de-vie du commerce, finit en général par trancher son existence, lorsqu'il n'est pas emporté par les désordres nerveux ou une maladie aiguë.

Les liqueurs fabriquées avec les mêmes alcools et des essences diverses, telles que : vulnéraire, absinthe, anis, etc., causent des désordres assez semblables, mais elles produisent en outre des troubles particuliers portant spécialement sur la sensibilité. Les sensations subjectives de picotements et de fourmillements sont des plus intenses et mettent assez ordinairement le malade dans la nécessité de sortir ses jambes du lit; mais ce qui caractérise d'une façon plus spéciale l'usage immodéré des boissons, c'est une excitabilité réflexe exagérée de la plante des pieds, des téguments des membres, de ceux du tronc, au niveau des émergences nerveuses, principalement de chaque côté de la ligne blanche, à la partie inférieure de l'abdomen (points dits ovariens), plus rarement de chaque côté de la colonne vertébrale. La sensibilité à la douleur est en même temps exagérée, au point que le moindre pincement, la moindre piqûre tire des cris au malade dont les traits se contractent et la figure se congestionne.

Là ne se bornent pas les désordres résultant de l'abus des eaux-de-vie fournies au commerce par la distillation des grains, des pommes de terre et des mélasses de betteraves. Ces boissons pernicieuses, en même temps qu'elles créent dans la descendance du buveur le besoin impérieux de faire usage de l'alcool, modifient profondément cette descendance tant dans son organisation physique que dans ses facultés morales. Sans parler des désordres matériels et des arrêts de développement qui surviennent pendant la vie intra-utérine ou pendant la première enfance, et qui sont la cause la plus commune de l'idiotie, disons que les modifications physiques observées chez le descendant du buveur se traduisent sinon toujours à la première, du moins à la seconde ou à la troisième génération, par une diminution de la taille et un certain degré d'infantilisme qui prédispose à la tuberculose.

La diminution de la taille est un fait observé non seulement en France, mais encore dans d'autres pays, la Suisse notamment, et la preuve que cette diminution se lie à l'abus des boissons spiritueuses de mauvaise qualité, c'est qu'elle se rencontre surtout dans les lieux où ces boissons sont prises en excès et coïncide avec le moment de leur introduction dans la consommation.

Telle est la donnée générale, mais le fait particulier est facile à vérifier; il suffit de voir ce qui se passe dans un petit endroit, un simple village de campagne, depuis une trentaine d'années. C'est ce que je constate chaque fois que je me rends dans mon propre village. En effet, les jeunes gens grands et forts que j'y voyais dans ma jeunesse se trouvent remplacés aujourd'hui par des individus souvent chétifs et d'une taille beaucoup inférieure à celle de leurs aînés.

Pareille observation m'a été communiquée par M. le docteur Rotureau. pour le canton de Passais dans l'Orne, où l'usage de l'eau-de-vie de poiré est très répandu. J'en appelle d'ailleurs au témoignage de tous mes collègues, et je suis assuré qu'ils reconnaîtront, comme moi, que là où existe l'abus des liqueurs distillées du commerce, la taille et la force physique ont sensiblement diminué. Quant aux tendances morales des alcooliques héréditaires, elles sont trop bien connues pour que nous ayons à en parler; notons seulement que les tendances les plus mauvaises, celles principalement qui portent au crime, se rencontrent d'une façon plus spéciale dans les milieux où l'on abuse des eaux-de-vie et, partant, si l'on veut arriver à préserver la société des effets fâcheux des boissons spiritueuses, il est clair que ce sont surtout les eaux-de-vie de grains, de pommes de terre et de betteraves que le législateur doit viser, tant au point de vue de la fabrication que du débit.

C'est à notre Académie surtout qu'il appartient de dévoiler le mal et d'insister pour qu'il y soit porté remède, d'autant plus que dans un pays où règne le suffrage universel le législateur est en général peu disposé à sévir contre les débitants de boissons.

Les moyens les plus propres à employer par les autorités administratives seraient selon nous les suivants :

1° Accorder une liberté absolue à la vente des boissons peu ou pas nuisibles, telles que cidre, bière et vin, à la condition que ces boissons soient de bonne qualité et non falsifiées;

2° Exercer une surveillance sur la fabrication des eaux-de-vie de grains, de betteraves et de pommes de terre; accorder des primes d'encouragement pour améliorer ces liqueurs, soit en les débarrassant des substances nuisibles, soit en transformant ces substances en d'autres moins mauvaises et qui les rapprocheraient des alcools de vin;

3° Frapper les eaux-de-vie du commerce d'un impôt aussi élevé que possible, suivant les lieux; limiter le débit de ces liqueurs et exiger des débitants des *licences* sévères et une moralité reconnue;

4° Punir les personnes trouvées en état d'ivresse, et établir des maisons de refuge pour celles qui ne peuvent éviter l'abus des liqueurs fortes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 novembre 1885. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Plaie du cerveau par arme à feu. — M. LE DENTU communique une observation de plaie du cerveau par balle de revolver, suivie d'encéphalite suppurée étendue et s'étant terminée par la mort, sans intervention chirurgicale. Il s'agit d'un homme qui entre à l'hôpital avec une plaie dans la région frontale, à gauche de la ligne médiane. Le lendemain, on constate une monoplégie brachiale, de l'aphasie incomplète et des vomissements. M. Le Dentu pense donc que la balle a traversé le lobe frontal et est allée se perdre dans le cervelet ou le lobe occipital. Un traitement par les émissions sanguines amène une très notable amélioration. Mais bientôt apparaissent des troubles mentaux avec, de nouveau, la faiblesse du membre supérieur et un certain degré d'aphasie. Ces symptômes vont s'aggravant et le malade tombe dans le coma. Avant de se décider à trépaner, M. Le Dentu plonge un petit trocart qu'il enfonce à 3 centimètres sans donner lieu à aucun écoulement purulent ou autre. Craignant un ramollissement traumatique étendu, il s'abstint de toute autre intervention. Le malade mourut. L'autopsie montra l'existence d'une encéphalite suppurée partant tout près du point où avait pénétré le trocart jusqu'à la partie postérieure du lobe occipital. La trépanation aurait donc été inutile.

Application de la pression hydraulique à la compression chirurgicale. — M. POZZI fait un rapport sur un appareil présenté par M. Desplatz (de Lille), destiné à l'application thérapeutique de la compression hydraulique. Il fait remarquer que

M. Chassagny (de Lyon) avait déjà, en 1877, employé des appareils analogues pour la compression par l'air et par l'eau. Mais il est juste d'ajouter que la compression était obtenue par M. Chassagny en refoulant directement le liquide dans les coussins compresseurs, tandis que M. Desplatz utilise simplement l'influence de la pesanteur et les principes de l'hydrostatique.

Influence des ovariotomies doubles sur la menstruation. — M. TERRIER a étudié, à l'aide de ses faits personnels, les rapports de l'ovariotomie double avec la menstruation. Sur 28 ovariotomies doubles, dont 26 en une seule séance et 2 en deux séances successives, il y a eu 6 insuccès, soit une mortalité de 21 p. 100, mortalité supérieure à la mortalité moyenne de l'ovariotomie simple (19 p. 100). Il reste donc 22 cas sur lesquels il a pu étudier les modifications de la menstruation.

Il a noté, après l'opération, 14 fois la disparition absolue des règles, 2 fois leur disparition après un seul retour, 3 fois leur disparition après des retours plus ou moins nombreux, 1 fois leur disparition après trois ans et demi. La suppression des règles, après l'ovariotomie double, doit donc être considérée comme la règle, mais chez quelques opérées on les voit reparaître un certain nombre de fois, probablement par suite de l'habitude des congestions ovariennes. Dans trois cas, les règles n'ont pas disparu et persistent après l'opération depuis quinze mois, vingt mois et sept ans. Dans ces cas, M. Terrier pense qu'il a pu laisser une certaine portion d'un des deux ovaires, ce qui suffit à expliquer la persistance des règles. Toutefois, il est des cas d'une interprétation difficile, entre autres un cas de Schatz, dans lequel il s'agit d'une malade qui non seulement est restée réglée après une ovariatomie double, mais encore eut une grossesse et accoucha cinq ans après l'opération. L'examen des deux ovaires montra que le gauche, entièrement kystique, avait été enlevé avec la trompe, et que le droit, enlevé sans la trompe, était encore partiellement sain et contenait des ovules dont une certaine partie avait pu être laissée en place.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que quand on enlève un kyste de l'ovaire, on ne sait jamais exactement la quantité d'ovaire qu'on a pu laisser. Or la persistance des menstrues après une double ovariotomie peut tenir à ce fait qu'il a pu rester une partie d'ovaire. Il faut aussi tenir compte de ce fait que, chez beaucoup de femmes ovariotomisées, la menstruation est, pour ainsi dire, lancée, c'est-à-dire que les règles persistent pendant un certain temps, par le fait même de l'habitude. Par exemple, en 1879, M. Lucas-Championnière a fait une opération de Porro, dans laquelle il est bien certain d'avoir enlevé la totalité des ovaires; or cette femme, qui était privée des deux ovaires et de l'utérus, a eu, pendant deux ans, une série de poussées menstruelles du côté du rectum. Aujourd'hui il n'y a plus rien, bien qu'elle n'ait encore que trente ans. Il y a donc, en dehors des états pathologiques, certaines habitudes physiologiques qui finissent par disparaître avec l'âge.

M. TILLAUX trouve qu'il est très difficile de savoir pourquoi, à la suite d'une ovariotomie double, certaines femmes conservent leurs règles, tandis que d'autres les voient disparaître. Il a opéré deux femmes dans les mêmes conditions; l'une a cessé de voir ses règles immédiatement; l'autre, une jeune fille de dix-neuf ans, a continué à avoir ses règles pendant un an et demi.

M. TERRIER ajoute qu'il y a bien des cas où l'on peut se tromper et où l'on peut croire avoir enlevé les deux ovaires, alors qu'on a laissé une partie de l'un d'eux.

LECTURES

M. HOUZEL (de Boulogne) lit une observation de *fracture de la cuisse gauche*, de *luxation de l'épaule gauche*, de *fracture de l'astragale* du côté droit, suivies de guérison. Chez cet homme, qui avait eu des fièvres intermittentes quatorze ans auparavant, le traumatisme et, un peu plus tard, la résection de l'astragale, ont réveillé le paludisme. (Comm. : MM. Marc Sée, Berger et Richelot.)

M. KIRMISSON lit une observation de *plaie de la moelle* par un instrument tranchant, suivie de paralysie complète des membres inférieurs, guérison. (Comm. : M. Berger.)

M. PEYROT donne lecture d'une observation de *cancer du corps thyroïde;* ablation, récidive locale, généralisation, mort. (Comm. : MM. Duplay, Tillaux, Richelot et Humbert.)

Staphylome conique. — M. GALEZOWSKI fait une communication sur ce sujet. (Comm. : M. Terrier.)

PRÉSENTATIONS

Néphrectomie. — M. POLAILLON présente la malade dont il a communiqué l'observation à l'Académie en mai 1885. (Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1885, pp. 420 et 515.)

Cette malade, à laquelle il a enlevé le rein gauche, est restée complètement guérie. Il insiste sur le procédé opératoire qu'il a employé : il a d'abord pratiqué une incision verticale en arrière, allant de la douzième côte à la crête iliaque, puis une incision horizontale allant d'arrière en avant jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure, de façon à avoir une incision en L, la seule vraiment possible quand il s'agit d'extraire une tumeur rénale volumineuse. Encore cette incision eût-elle été insuffisante si une portion ne s'était rompue pendant que l'opérateur la décollait, ce qui lui a permis d'extraire facilement une grande quantité de calculs. Cela fait, il a pu alors assez aisément faire sortir la tumeur en totalité, lier le hile en masse avec deux ligatures au catgut fort, puis sectionner. Il a ensuite suturé ses deux lambeaux, placé deux grands drains et fait des lavages antiseptiques. Malgré ces pansements, la capsule adipeuse du rein s'est sphacelée et il y a eu une suppuration qui a duré deux mois. Le rein droit fonctionne bien. La malade rend une quantité normale d'urine et 11 à 12 grammes d'urée, ce qui est une quantité moyenne pour son poids qui n'est que de 35 kilogrammes.

M. LE DENTU, dans la première néphrectomie qu'il a pratiquée, a fait son incision en dehors de la masse sacro-lombaire. Il rappelle que le malade continue à se très bien porter. Dans sa seconde néphrectomie, il a fait son incision plus en dehors et il a dû réséquer la douzième côte. Le malade a également très bien guéri. M. Polaillon s'est servi du bistouri pour sectionner les parties superficielles et du thermo-cautère pour sectionner les muscles. M. le Dentu a renoncé au thermo-cautère et préfère n'avoir recours qu'au bistouri.

Enfin, dans la troisième néphrectomie qu'il a pratiquée samedi avec M. Verneuil, on a fait une incision verticale recourbée en avant à une petite distance au-dessus de la crête iliaque. On arrive ainsi très facilement sur le rein. M. Le Dentu a pu lier séparément l'urétère, l'artère et la veine.

M. POLAILLON fait observer que l'incision de choix est l'incision en arrière. Quand on la fait en avant, c'est qu'il s'agit d'une erreur de diagnostic et qu'on croyait avoir affaire à un kyste de l'ovaire. Il ajoute que l'incision des muscles au thermo-cautère ne l'a pas empêché d'obtenir une réunion immédiate.

Polype naso-pharyngien. — M. TILLAUX présente une tumeur qu'il a extraite le matin même à l'Hôtel-Dieu et qui est un type de myxo-fibrome du pharynx. Cette tumeur faisait une saillie considérable dans la bouche, débordait le voile du palais, envoyait un prolongement dans le pharynx, un autre dans les fosses nasales, et s'implantait à l'extrémité du bord postérieur du vomer.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Échos du palais.

La troisième chambre de la Cour d'appel de Paris a jugé récemment une cause des plus originales.

En 1874, dit la *Gazette des Tribunaux*, M. Coirre, pharmacien à Paris, eut l'idée d'exploiter, comme produit pharmaceutique, la farine de gruau d'avoine et la présenta au public, comme destinée

à l'alimentation des enfants en bas-âge, pour suppléer aux allaitements insuffisants et aider au sevrage : il donna à ce produit le nom de *farine Morton*.

Ce produit obtint rapidement une notoriété relativement importante, et, en 1876, M. Hugot, droguiste à Paris, en acquit l'exploitation.

Hugot mourut, et de sa succession deux parts furent faites : la maison de droguerie fut vendue à M. Carmouche, et, séparément, la farine Morton, à MM. Piot frères, autres droguistes.

Pourquoi M. Coirre avait-il baptisé sa farine du nom de Morton? Parce que Morton est un nom bien frappé, qui sonne bien à l'oreille, de nature à se graver promptement dans les circonvolutions du souvenir.

Pour ces raisons, il fut adopté et fit fortune. Et cependant il a failli devenir funeste au produit qu'il patronnait d'abord.

MM. Piot frères ne tardèrent pas à s'apercevoir qu'ils n'étaient pas seuls vendeurs de *farine Morton*. Ils purent se convaincre que M. Carmouche vendait, lui aussi, un produit similaire, sous le même nom, et dans des boîtes semblables, avec imitation des étiquettes déposées par M. Coirre, et plus tard par eux-mêmes au tribunal de commerce de la Seine. De là, procès : action intentée à Carmouche, à l'effet d'obtenir des dommages-intérêts, et la cessation d'un commerce déloyal.

M. Carmouche riposte et soutient que non seulement il a le droit de vendre de la farine Morton, mais encore qu'il est seul fondé à vendre un produit de ce nom, comme dépositaire d'un Morton vivant et authentique, marchand de comestibles à Londres et producteur de farine d'avoine. La Cour vit comparaître en effet un M. J.-T Morton, de Londres, qui répondait à ce signalement; ce négociant vint plaider son droit de vendre ou faire vendre une farine de son nom, et demanda en outre que défense fût faite à un autre de se servir de son nom.

L'artifice était trop évident : les juges n'eurent aucune peine à reconnaître que le traité d'association, intervenu entre M. Carmouche et le Morton qu'il avait découvert en Angleterre, était postérieur de beaucoup à l'acte de propriété de MM. Piot frères.

Il devint manifeste aussi que le fait de trafiquer d'une marchandise similaire à celle vendue par les successeurs légitimes de Hugot et de Coirre, sous une dénomination identique et en imitant leurs prospectus et l'aspect extérieur de leurs boîtes, la couleur et le contexte de leurs étiquettes, constituait un acte de concurrence déloyale.

En conséquence, M. Carmouche a été :

1° Condamné à des dommages-intérêts et aux dépens envers MM. Piot frères;

2° Interdiction lui est faite d'employer les mots de *farine Morton*, autrement que selon la formule qui figure sur les étiquettes de J.-T. Morton en Angleterre, c'est-à-dire : farine d'avoine d'Écosse de J.-T. Morton, de Londres ou d'Aberdeen, à son choix.

Comme on le voit, la Cour s'est appliquée à bien différencier les deux produits, afin qu'il ne puisse pas y avoir de confusion possible : farine Morton, d'une part, et farine d'avoine d'Écosse de J.-T. Morton, de Londres, d'autre part.

Il y a lieu de supposer que M. Coirre en choisissant à sa progéniture pharmaceutique, dans le calendrier des noms de fantaisie, le nom sonore de Morton, ne se doutait pas que ce patron pût susciter de pareilles difficultés à ses successeurs. On ne pense pas à tout.

Et nunc erudimini, si vous voulez prescrire de la véritable farine Morton.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 novembre 1885, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Zuber, médecin-major de première classe.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Roberdeau, Desmons, Lasserre, Comte, Follenfant; M. le médecin aide-major de première classe, Hassler; M. le pharmacien-major de deuxième classe, Dauphin; Mme Laroche, en religion sœur Marie de la Croix, supérieure des sœurs de l'ambulance d'Haïphong.

— Par décret, en date du 14 novembre 1885, M. Lemarchand, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les jurys des différents concours de prix de la Faculté sont constitués de la manière suivante :

1° *Prix Montyon :* MM. Jaccoud, Brouardel, Damaschino, Grancher et Proust;

2° *Prix Barbier :* MM. Richet, Le Fort, Duplay, Tarnier et Lannelongue;

3° *Prix Châteauvillard :* MM. Sappey, Trélat, Guyon, Duplay et Gautier;

4° *Prix des thèses :* MM. Béclard, Regnauld, Hardy, Ball, Panas, Laboulbène, Brouardel, Tarnier et Lannelongue.

— *Hôpital de la Charité de Lille.* — Sont nommés : 1° internes titulaires, MM. Bruyelle et Lancial; — 2° internes provisoires, MM. Phélisse et Leplat; — 3° externes, MM. Delbecq, Briquet, Vaneuwersyn, Catoire, Lenys, Collinet, Chérigié, Gars, Dumont et Grand.

— La Société de chirurgie, dans son comité secret du 11 novembre, a décidé que les aides-médecins de la marine nommés au concours pourraient être assimilés aux internes des hôpitaux et auraient le droit de concourir pour le prix Duval.

— Le mercredi 25 novembre 1885, à deux heures, dans l'amphithéâtre des sciences naturelles de la Sorbonne, M. François soutiendra une thèse ayant pour sujet : « Contribution à l'étude du système nerveux central des hirudinées », pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique obstétricale, par M. Rodrigues dos Santos, docteur en médecine de la Faculté de Rio-de-Janeiro, accoucheur-directeur de la Maternité municipale de *Santa-Isabel*, à Rio, etc., précédée d'une préface de M. le docteur Adolphe Pinard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. Tome Ier. Un vol. in-8° de 375 pages, avec 57 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Leçons sur le venin des serpents du Brésil et sur la méthode de traitement des morsures venimeuses par le permanganate de potasse, publiées par le professeur D.-J.-B. de Lacerda, sous-directeur du laboratoire de physiologie expérimentale du musée national de Rio-de-Janeiro, commandeur de l'ordre impérial de la Rose, etc., avec trois planches chromolithographiées. Un vol. de 200 pages grand in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Étude sur l'œdème du larynx (œdème de la glotte), par le docteur J. Charazac, ancien préparateur à la Faculté des sciences de Bordeaux. Une broch. grand in-8° de 115 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Étude clinique sur l'ostéomyélite gommeuse des os longs, par le docteur J.-F. Perret. Une brochure grand in-8° de 115 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Éloge du professeur Ch. Lasègue, lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique du 27 avril 1885, par le docteur Ant. Ritti, secrétaire général de la Société, etc. Une broch. in-8° de 55 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, O. Doin.

Traitement médical de la diphthérie, par le docteur René Couetoux. Une broch. in-8° de 50 pages sur papier de luxe. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Variations de composition et réactions chimiques des humeurs normales et morbides de l'appareil génital de la femme, par le docteur P. Ménière (d'Angers). Une broch. in-8° de 35 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Nature et traitement curatif de l'angine de poitrine vraie, par le docteur Henri Huchard, médecin des hôpitaux de Paris (hôpital Bichat). Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18631

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les causes des maladies du cerveau (1).

HÉRÉDITÉ. — NÉVROSES. — ALCOOLISME. — DIATHÈSES.

II

Il semble établi que la folie devienne plus commune au fur et à mesure que la civilisation fait plus de progrès. L'abus croissant de certaines substances toxiques, particulièrement de l'alcool, que nous retrouverons dans un instant, n'y est certainement pas étranger. Mais il faut aussi attribuer pour une bonne part la multiplicité des vésanies et des névroses chez les peuples les plus civilisés, et dans les classes élevées de la société, à la suractivité des fonctions nerveuses, entretenue par l'accroissement des besoins et les exigences d'une lutte plus rude et plus âpre pour la vie. On s'explique de la même façon que les professions qui réclament un surmènement habituel de l'intelligence, les professions libérales entre toutes, fournissent un nombreux contingent à la neuropathologie. Ainsi encore, et pour des raisons analogues, les gens placés dans une situation sociale difficile ou irrégulière, les célibataires et les veuves, par exemple, ou les individus dont l'éducation a été vicieuse, plus sentimentale que positive, ceux chez lesquels on a développé jusqu'à l'excès les tendances religieuses ou les idées mystiques, sont des candidats plus spécialement désignés aux maladies qui nous occupent.

En somme, vous le voyez, le mécanisme pathogénique que nous venons d'étudier se réduit à ceci : d'une part, l'organisation défectueuse de la cellule nerveuse, qui est particulièrement apte à dévier du fonctionnement régulier, pour peu qu'elle soit actionnée sans précautions suffisantes; de l'autre, provoquant l'orage et amenant les désordres, soit un choc brusque et violent de cette cellule, soit son surmènement.

C'est peut-être parce qu'elles retentissent d'une façon plus ou moins prolongée et continue sur les éléments du névraxe, que certaines irritations ou affections organiques sont susceptibles de jouer, au même titre que les éléments moraux et intellectuels, un rôle dans l'étiologie de certaines névroses, particulièrement des folies dites sympathiques. Un fait qui ne paraît plus douteux aujourd'hui, c'est que le mal comitial, chez les individus prédisposés, puisse reconnaître pour cause occasionnelle la présence d'un tænia dans l'intestin. Le tænia agit ici comme agissaient tout à l'heure la frayeur et les émotions. Il n'a pas fait naître l'épilepsie de toutes pièces, *ipso facto*. Il a simplement provoqué l'éclosion d'un mal comitial qui couvait. La preuve en est que, chez un certain nombre de malades, l'expulsion du tænia ne fait pas disparaître les accès convulsifs. Le mal comitial a fait son apparition grâce au tænia qui a servi d'agent provocateur, il est dès lors établi à poste fixe et va se comporter comme s'il se fût développé à la suite d'une impression morale quelconque.

De même, les désordres viscéraux, particulièrement les affections utérines ou gastro-intestinales, amènent à leur suite ces folies dénommées sympathiques, qui ne sont pas des folies spéciales, mais des folies reconnaissant une cause occasionnelle spéciale. Je dis cause occasionnelle, je ne dis pas cause déterminante, car l'élément qui domine l'étiologie des folies sympathiques est encore et toujours la prédisposition nerveuse.

C. Mais la cellule nerveuse qui, par suite de son organisation vicieuse et d'une fâcheuse prédisposition héréditaire, est susceptible de dérangement dans ses fonctions, sous l'influence d'une excitation passagère ou prolongée, la cellule est aussi disposée à se laisser troubler, si le milieu dans lequel elle vit, auquel elle emprunte les éléments de sa nutrition, est lui-même modifié. C'est là ce qui explique la facilité avec laquelle les *nerveux* et les *cérébraux* présentent des troubles psychiques dans les cas où la circulation encéphalique se fait mal, ou lorsque les vaisseaux charrient des substances toxiques ou des agents infectieux qui sont de nature à impressionner fâcheusement les cellules cérébrales.

J'ai eu déjà l'occasion de vous parler ici-même des troubles intellectuels qu'on observe dans les cas de congestion ou d'anémie cérébrale, que ces désordres circulatoires soient consécutifs à une poussée fébrile, à une hémorrhagie, ou dépendent d'une affection cardiaque. Et je me suis attaché à vous montrer la part respective qu'il convenait de faire dans la pathogénie des phénomènes observés, d'une part à la diminution ou à l'accroissement de l'afflux sanguin vers la substance cérébrale, d'autre part à la prédisposition ner-

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 novembre 1885.

veuse de l'individu. Je ne m'appesantirai pas à nouveau sur ce sujet. Je me contenterai de vous rappeler avec quelle facilité délirent les personnes dites nerveuses, les femmes, les enfants surtout et les héréditaires, sous l'influence du moindre accès de fièvre qui vient modifier pour un instant les conditions des échanges moléculaires et de la nutrition du cerveau.

Il en est des intoxications comme de la congestion et de l'anémie. Sans doute, les substances toxiques introduites dans la circulation peuvent y être assez abondantes ou assez actives pour déterminer des désordres cérébraux, sans y être aidées par la moindre prédisposition de la cellule nerveuse. Et, à la vérité, ce serait aller un peu loin que d'admettre l'intervention nécessaire de cette prédisposition dans la genèse des troubles cérébraux si fréquemment produits par le plomb, le mercure, ou par les poisons végétaux ; par l'alcool, l'opium, la belladone, le datura ; plus rarement par l'éther, l'ergot de seigle et quelques autres. Et cependant, tant est grand le rôle de l'hérédité nerveuse dans l'étiologie des névroses et des maladies mentales, que ce rôle apparaît là encore lorsqu'il s'agit des effets produits par un agent dont l'action personnelle et propre est cependant d'une incontestable puissance. Écoutez ce que dit Lasègue de l'alcoolisme et des alcooliques. Cette page magistrale vaut bien la peine de vous être citée :

« Il y a deux catégories d'individus : les uns sont absolument réfractaires à l'alcoolisme ; les autres sont absolument sensibles à l'alcoolisme.

« Les premiers sont des gens bien constitués, pouvant parfois, sans inconvénient pour leur santé ou pour leur raison, absorber d'assez grandes quantités d'alcool. Parmi eux, il n'est pas rare de trouver de gros buveurs, des impuissants à l'alcoolisme. Ces tolérants au delà de la mesure sont des incorrects.

« Les seconds sont en majeure partie de petits buveurs. Ils « ne supportent pas le vin ». Loin d'en ressentir comme les autres les effets heureux, on les voit souvent tristes et engourdis, alors que leurs camarades en sont arrivés à la douce et familière expansion que fait toujours naître la consommation d'une ou de plusieurs « tournées ». La plupart d'entre eux rentrent dans une des trois catégories suivantes : Ou bien ils sont *héréditaires* au point de vue d'accidents cérébraux ; ou bien ils ont un vice de conformation ; ou bien enfin ils sont devenus cérébraux par un mécanisme quelconque.

« Reprenons chacune de ces trois variétés.

« 1° Les *héréditaires*. — Leurs ancêtres ont eu des troubles cérébraux quelconques, allant de la folie à la simple bizarrerie. En cherchant bien, on trouve dans les antécédents de famille des gens singuliers soit par leur genre de vie, soit par leur costume, soit par une ou plusieurs de leurs habitudes. L'héréditaire a eu souvent une jeunesse bizarre. Irrégulier dans ses affections, dans son intelligence, dans ses occupations, présentant en un mot des troubles intellectuels plus ou moins profonds, il ne commence à boire qu'à un certain âge, lorsque se produit la période alcoolique. Alors la maladie se manifeste, et elle procède par crises. C'est par intervalles seulement que le sujet est disposé à subir l'influence de l'alcool ; en un mot, l'héréditaire est intermittent, et son intermittence existe pour l'alcool comme elle existe pour bien d'autres choses encore..... »

Vous le voyez, n'est pas alcoolique, ou du moins alcoolique cérébral, qui veut. Il ne suffit pas de boire pour le devenir. Prenez trois ou quatre de ces forcenés buveurs qui font, avec une régularité ponctuelle, tout ce qu'il faut pour devenir de parfaits intoxiqués, et vous verrez que si tous s'empoisonnent, ils ne s'empoisonnent pas avec égale facilité, et pas tous de la même façon. Chez l'un, les conséquences de l'intoxication se manifesteront surtout du côté de l'estomac ; chez l'autre, du côté du foie ; chez le troisième seulement, du côté du cerveau. L'alcool, en d'autres termes, localise de préférence ses effets sur le *locus minoris resistentiæ*. Or ce *locus minoris resistentiæ* chez les nerveux héréditaires, c'est le cerveau ; voilà pourquoi ces héréditaires sont entre tous, lorsqu'ils s'alcoolisent, exposés aux manifestations cérébrales de l'empoisonnement.

Ce n'est pas seulement par les substances toxiques directement introduites du dehors dans l'économie par les diverses voies, que le cerveau peut être impressionné. Il l'est aussi d'une façon fâcheuse lorsque le sang renferme des produits de désassimilation de l'organisme fabriqués en trop grande quantité ou insuffisamment éliminés. C'est ce qui a lieu dans l'ictère grave, l'urémie, le diabète, où les accidents délirants, convulsifs ou comateux, revêtent parfois une si redoutable gravité.

Enfin, les maladies infectieuses se traduisent fréquemment, elles aussi, par des manifestations cérébrales. Parmi celles qui sont susceptibles de déterminer des troubles psychiques, qui ne sont pas liés habituellement à des lésions constatables à la nécropsie, je me contenterai de vous rappeler la malaria, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde surtout. Vous savez avec quelle fréquence cette dernière s'accompagne de délire ou de stupeur pendant sa période d'état, et d'affaiblissement intellectuel permanent après sa guérison. Ces désordres sont difficiles à interpréter. Ils peuvent être mis sur le compte de la congestion, ou de la fièvre, ou plus vraisemblablement attribués à l'action directe de l'agent infectieux sur le cerveau. Mais c'est là une question sur laquelle je ne saurais m'arrêter longuement.

Les développemeuts qui précèdent auront suffi, je pense, pour vous donner une idée nette des groupes de causes susceptibles de déterminer des troubles cérébraux plus ou moins marqués (sans lésions connues consécutives à ces troubles), et aussi pour vous faire saisir le mécanisme général qui préside à l'intervention de ces causes. Je vais aborder maintenant l'étiologie des affections cérébrales qui correspondent à un substratum anatomique déterminé.

CALCUL VÉSICAL VOLUMINEUX

DE PHOSPHATE AMMONIACO-MAGNÉSIEN CHEZ UNE FEMME. — LITHOTRITIE A L'AIDE D'UNE TENETTE LITHOCLASTE. — GUÉRISON.

Par le docteur Hamon Du Fougeray (du Mans).

Le 16 juin 1885, je fus appelé auprès de Mme B..., âgée de quarante-sept ans, fermière à Domfront (Sarthe), atteinte depuis longtemps d'une affection grave de la vessie. Dans mon interrogatoire de la malade, je note que son père est mort, il y a trois ans, d'une tumeur à marche envahissante siégeant au grand angle de l'œil, mais n'a jamais présenté rien de particulier du côté des voies urinaires. Sa mère, qui a eu quatre enfants, vit encore et est en bonne santé. Elle a un frère et deux sœurs qui se portent également bien et n'ont jamais éprouvé aucun accident du côté des reins ou de la vessie. En résumé, rien de bien particulier à noter parmi ses proches parents pour le sujet qui nous occupe ici.

Mme B... a été réglée à seize ans ; quoique les règles se soient établies sans difficulté, elle a été prise de fièvre et est restée,

vers cette époque, assez souffrante, sans qu'il soit possible, d'après ses renseignements, de bien préciser la cause de cette maladie.

Mariée, elle a eu trois enfants. Ses couches se sont assez bien passées, excepté la dernière, en 1873, qui a été suivie d'hémorrhagie assez abondante. Elle a eu la variole en 1870.

Il y a environ quatre ans qu'elle a ressenti les premiers symptômes de l'affection qui nous occupe aujourd'hui, sans cause déterminante connue.

Au début, difficulté dans la miction, urines chargées, douleur au niveau du pubis. Les mictions deviennent de plus en plus fréquentes, surtout le jour. De bonne heure, la marche, le saut ont commencé à produire des douleurs parfois assez vives localisées en arrière et au-dessous du pubis. Les urines contenaient, dès 1881 déjà, un abondant dépôt.

A cette époque, Mme B... fut traitée pour un catarrhe vésical, par des médications variées, sans éprouver un soulagement notable et surtout persistant.

L'affection augmentant d'intensité et se prolongeant, la malade consulta divers médecins. Le toucher vaginal fit reconnaître alors une tumeur sur le compte de laquelle on ne fut pas bien fixé d'abord, puis que l'on considéra comme étant un néoplasme. Enfin le cathétérisme fit découvrir, il y a trois mois seulement, que l'on avait affaire à un calcul de la vessie.

Depuis neuf mois la malade est alitée; elle ne peut marcher que pliée en double et encore avec beaucoup de peine; mouvements fébriles fréquents, presque continus; douleurs constantes au niveau de la vessie, très vives et s'exaspérant par le changement de position.

Les urines sont fortement ammoniacales et purulentes. Enfin, ajoutons qu'à plusieurs reprises la malade a uriné du sang.

Ne pouvant être opérée à Domfront, Mme B... vint à l'hôpital du Mans, d'où elle sortit au bout de quinze jours, ne voulant pas se soumettre à l'opération de la taille, qui l'effrayait.

Le 16 juin 1885, je suis appelé pour la première fois auprès de Mme B...; elle est sortie la veille de l'hôpital du Mans, et voici dans quel état je la trouve :

Émaciation considérable; faiblesse générale très grande; inappétence; langue rouge, sèche, dépouillée. T. A. = 39 degrés; P. 100. L'abdomen est douloureux à la pression, surtout au-dessus du pubis; miction fréquente avec sensation de brûlure au méat; urines très fortement ammoniacales, purulentes.

La sonde introduite dans la vessie a à peine franchi le col qu'elle vient buter sur un bloc volumineux à surface rugueuse rendant un son mat.

Le doigt introduit dans le vagin rencontre une tumeur que l'on peut ainsi limiter entre le doigt et la sonde. Cette tumeur s'étend davantage en longueur qu'en largeur et paraît remplir toute la vessie. L'exploration que je pratique est douloureuse et, surtout si je cherche à mobiliser le corps étranger, elle fait pousser des cris à la malade.

Des fragments du calcul, provenant de tentatives opératoires antérieures et expulsés pendant la miction, me sont présentés; ils permettent, par l'analyse chimique, de reconnaître que leur composition est du phosphate ammoniaco-magnésien presque pur, assez facilement friable.

Après avoir examiné la malade avec grand soin et avoir porté d'une manière bien arrêtée le diagnostic de calcul vésical volumineux de phosphate ammoniaco-magnésien, je pris conseil d'un de mes excellents confrères, M. le docteur Le Bêle, chirurgien honoraire de l'hôpital du Mans, et auquel, je dois le dire dès à présent, je suis profondément reconnaissant, tant des excellents avis qu'il m'a donnés que de la gracieuseté avec laquelle il a bien voulu m'aider dans cette circonstance.

Il fut décidé qu'il fallait opérer, mais auparavant qu'il était nécessaire d'attendre que l'état général de la malade, mauvais en ce moment, devînt plus satisfaisant.

Quelques jours après, le traitement institué produisit une amélioration qui fut suffisante, le 9 juillet, pour permettre l'intervention chirurgicale.

Pour ce qui est de cette intervention, j'avais à choisir entre deux procédés : la taille ou la lithotritie. Voici pourquoi je m'arrêtai à cette dernière opération : le calcul, quoique très volumineux, puisqu'il mesurait 6 centimètres de diamètre transversal et 11 centimètres de diamètre longitudinal, était composé d'une substance peu résistante et pouvait être facilement broyé.

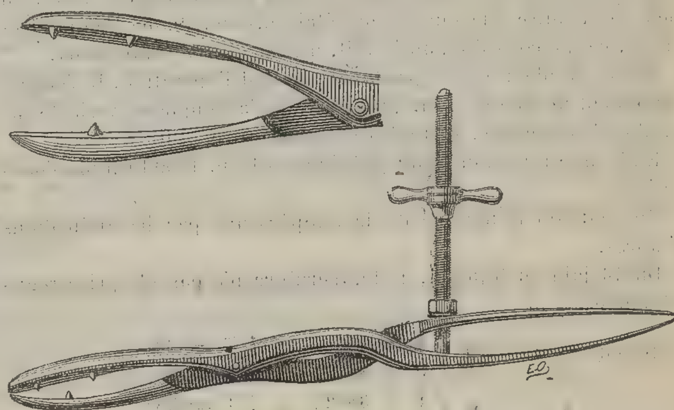
Pour pratiquer la taille, étant donné son fort volume, on ne pouvait penser qu'à la taille vésico-vaginale ou à l'hypogastrique, et l'on sait que ces deux méthodes ne laissent pas d'être parfois dangereuses.

En effet, la première expose aux fistules et à l'incontinence d'urine qui en résulte; la seconde, malgré les beaux succès obtenus à toutes les époques et surtout depuis l'emploi des moyens antiseptiques, effraie les malades plus que la lithotritie, sans compter qu'elle est plus difficile à pratiquer, surtout en province dans une maison particulière.

D'autre part, la lithotritie est plus facile à faire chez la femme, à cause de la brièveté de longueur, de la rectitude et de la dilatabilité plus grande du canal de l'urèthre. Toutefois, chez Mme B..., l'état maladif de la vessie faisait que, plus que dans les cas ordinaires, j'étais exposé à pincer et même à arracher des lambeaux de muqueuse, ce qui pouvait entraîner des accidents sérieux, et enfin j'ajouterai que le volume considérable du calcul était tel qu'aucun des instruments ordinaires de la lithotritie ne me paraissait pouvoir être utilisé, car je dois dire que l'écartement des branches devait être de plus de six centimètres pour saisir le calcul.

Pour arriver à broyer le calcul dans ces conditions, j'ai eu l'idée de me servir d'un instrument un peu différent de ceux qui sont employés dans la pratique courante. Je fis donc construire au Mans même, par M. Chemin, coutelier-bandagiste, une tenette lithoclaste qui me semble avoir atteint le but. Cette tenette est analogue à celle à doubles coins, agissant par pression, de Nélaton et employée par lui dans la taille pour broyer les trop gros calculs. C'est, en somme, l'application du principe du céphalotribe, et l'instrument que j'ai fait fabriquer ne diffère de la tenette de Nélaton que par la disposition de ses mors.

La figure ci-jointe le représente mieux que la description que j'en pourrais faire.



On peut voir que les mors sont assez puissants, mais aussi assez peu volumineux pour passer par un urèthre dilaté à 2 centimètres et demi.

La disposition des mors permet de bien saisir, comme avec une pince, le calcul; et les trois petits coins placés à leur face interne, et qui s'endentent, en font un véritable lithoclaste.

En résumé, l'instrument agit par pression et, grâce à la disposition des trois petits coins, en faisant éclater la pierre; de sorte que tout peut se traduire par pression et éclatement.

Le but que je cherchais à atteindre était, on le comprend, d'éviter de pincer la muqueuse vésicale, devenue tomenteuse par une irritation de longue date, tout en opérant presque à sec, puisque la brièveté de l'urèthre dilaté ne permettait pas de maintenir du liquide injecté dans la vessie.

J'y suis arrivé en procédant comme il suit : l'instrument fut introduit fermé par l'urèthre préalablement dilaté; une fois les mors dans la vessie, je les poussai doucement, de façon à venir les placer, toujours fermés, directement au-dessus du calcul. Ce temps de l'opération fut fait, naturellement, très doucement et avec beaucoup de précautions. Puis j'ouvris lentement les mors et, lorsqu'ils le furent assez largement, je laissai glisser l'instrument en bas et la pierre se plaça ainsi d'elle-même entre les mors. Je dois dire que j'arrivai à ce résultat par tâtonnements, mais assez facilement et assez vite.

Je serrai un peu avec la main, de façon à maintenir l'instrument en place, et, au moyen de la vis, j'opérai le broiement avec lenteur et précaution. Pendant ce temps, si la pierre était mal saisie et qu'elle vînt à glisser entre les mors, il suffirait de fermer très doucement l'instrument et de recommencer comme ci-dessus.

Mais je dois dire qu'en pareil cas, ce qu'il faut avant tout, c'est une grande lenteur et beaucoup de ménagements en opérant. On arrive ainsi à saisir le calcul sans meurtrir la vessie, puisque les faces externes des mors sont parfaitement lisses. Par ailleurs, on est, je crois, certain de ne pas pincer la muqueuse, pourvu qu'on opère doucement et lentement.

Tel est le détail du procédé que j'ai employé le 9 juillet 1885 et qui m'a réussi. J'ai d'abord injecté dans la vessie une solution phéniquée faible, puis j'ai procédé au broiement, après avoir dilaté l'urèthre, d'abord avec une pince, puis avec le doigt. Au cours de l'opération, j'ai fait de nombreuses injections vésicales, de façon à me débarrasser d'une partie du sable fin qui s'accumulait au fond de la vessie ; puis, tant avec mon instrument qu'avec de petites tenettes droites, j'ai extrait la plupart des fragments un peu volumineux.

La chloroformisation, grâce à M. le docteur Le Bêle, s'est faite facilement et a pu être maintenue pendant une heure.

Quand l'extraction des fragments fut regardée comme terminée, il ne restait plus dans la vessie qu'une cuillerée de sable fin, qui a été expulsé ultérieurement avec l'urine.

Les fragments extraits pèsent, secs, 62 grammes, ce qui fait que l'on peut évaluer à 80 grammes le poids du calcul total, un quart environ ayant été perdu à l'état de sable fin.

La densité de ce calcul étant de 1,459 relativement à l'eau, on peut en déduire que son volume était environ de 55 centimètres cubes, ce qui constitue, on le voit, un calcul très volumineux.

Aucun accident ne se produisit pendant l'opération. Il s'écoula seulement un peu de sang provenant de la muqueuse vésicale ramollie et fongueuse, surtout à l'endroit où reposait le calcul.

Enfin une injection d'eau phéniquée à 10 p. 1000 termina l'opération.

On peut voir la marche de la température par les indications ci-après.

Du 16 juin au 3 juillet, la température n'a pas été prise régulièrement.

Juillet 3. . .	M.	T = 37°; P = 86;	S.	T = 38°. P = 96.
— 4. . .	M.	T = 38°2; P = 86;	S.	T = 38°3. P = 86.
— 5. . .	M.	T = 37°9; P = 84;	S.	T = 39°. P = 96.
— 6. . .	M.	T = 39°; P = 96;	S.	T = 39°4. P = 96.
— 7. . .	M.	T = 37°6; P = 70;	S.	T = 38°2. P = 80.
— 8. . .	M.	T = 37°5; P = 80;	S.	T = 37°2. P = 76.
— 9. . .	M.	T = 37°9; P = 72;	à 4 h. du soir.	T = 38°. P = 76.
			à 8 h. du soir.	T = 40°3. P = 124.
— 10. . .	M.	T = 37°3; P = 84;	S.	T = 37. P = 84.
Juillet 11. . .	M.	T = 37°; P = 96;	S.	T = 37°1. P = 80.
— 12. . .	M.	T = 37°3; P = 82;	S.	T = 37°5. P = 82.
— 13. . .	M.	T = 37°5; P = 80;	S.	T = 37°5. P = 82.
— 14. . .	M.	T = 37°; P = 80;	S.	T = 37°2. P = 80.
— 15. . .	M.	T = 37°3; P = 76;	S.	T = 37°2. P = 76.
— 16. . .	M.	T = 37°3; P = 80;	S.	T = 37°8. P = 96.
— 17. . .	M.	T = 38°8; P = 106;	S.	T = 39°. P = 106.
— 18. . .	M.	T = 38°8; P = 100;	S.	T = 39°. P = 100.
— 19. . .	M.	T = 37°8; P = 96;	S.	T = 39°. P = 100.
— 20. . .	M.	T = 38°; P = 96;	S.	T = 38°5. P = 96.
— 21. . .	M.	T = 37°3; P = 76;	S.	T = 37°3. P = 76.
— 22. . .	M.	T = 37°; P = 72;	S.	T = 37°2. P = 76.
— 23. . .	M.	T = 37°; P = 72;	S.	T = 37°2. P = 72.

A partir du 23, la température a été normale.

On peut voir, d'après ce qui précède, que quelques heures après l'opération, le thermomètre est monté à 40°3; mais il est promptement tombé à 37°3.

Le 17 juillet, sept jours après l'opération, les urines étant redevenues un peu ammoniacales, la malade a eu un peu de fièvre pendant quelques jours.

J'ai employé comme traitement interne le sulfate de quinine, l'alcool et la résorcine qui m'a donné de bons résultats.

Comme traitement local, je me suis borné à quelques lavages antiseptiques à l'acide borique (5 p. 100), surtout pendant la période fébrile. L'expérience paraît me prouver qu'il ne faut pas en abuser quand la température est normale.

Enfin la malade, parfaitement remise, a pu retourner chez elle, à Domfront, le 27 juillet, c'est-à-dire dix-huit jours après avoir été opérée.

Elle était en pleine convalescence et suivra un régime fortement réparateur, auquel j'ai joint l'emploi de la thérébenthine et du goudron.

Les urines déposent encore un peu, mais n'ont plus la moindre odeur.

Je dois ajouter, de plus, que la malade n'a pas eu, ni après l'opération ni depuis, d'incontinence d'urine, et la miction se fait facilement à intervalles normaux.

SUR LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA PAR L'EAU

Par M. le docteur A. Netter,
Bibliothécaire universitaire à Nancy.

Je crois utile et opportun de reproduire les conditions de ce traitement, telles que je les ai formulées la plupart dans mon ouvrage : *Vues nouvelles sur le choléra... avec une étude sur les injections faites dans les veines.* (Paris. — Berger-Levrault et J.-B. Baillière, 1874.)

On peut employer l'eau gommeuse édulcorée et mélangée d'eau de Seltz, ou bien *l'eau de veau* (30 grammes de rouelle de veau par 2 litres d'eau). Cette dernière boisson, prescrite jadis, diffère peu de l'eau pure ; elle renferme néanmoins quelques matières nutritives pouvant remplacer celles du sérum perdu, et c'est une *décoction*, c'est-à-dire une eau qui a été préalablement purifiée par l'ébullition.

Les boissons ne doivent être ni chaudes, ni tièdes, étant ainsi désagréables aux malades, *ni très froides non plus*, les vomissements ne devant pas être contrariés. Il faut les donner telles quelles, à la température des appartements. (Tourrette prescrivait l'eau très froide, et cela seulement dans la période de la cyanose ; dès que les vomissements réapparaissaient, il en faisait suspendre l'emploi; de là, selon moi, ses insuccès relatifs.)

Il faut y recourir dès le début du mal, dès que la soif les réclame; déjà dans la diarrhée initiale, si la soif s'est établie.

On les administrera, coup sur coup, mais verre par verre ; si on laissait le malade ingurgiter, sans désemparer, par exemple, un bidon plein, on risquerait de déterminer l'atonie du tube digestif.

Il faut qu'une personne reste en permanence devant le malade, pour lui faciliter l'exécution de ces prescriptions.

Il ingurgitera ainsi 10, 15, 20 litres et plus.

Il ne faut nullement s'effrayer des vomissements. Quelque violents qu'ils soient, ils n'ont pas plus d'importance que ceux du mal de mer, et c'est au milieu des vomissements, dans l'intervalle des crises, qu'il faut tendre au malade ou porter à ses lèvres un verre après l'autre.

Aucune drogue, aucune, ne doit être administrée. (Voir Tissot, sur le *Trousse-galant*.)

Dans la période de la cyanose généralisée, tant qu'il reste un souffle, un indice de vie, on introduira dans le tube digestif une quantité considérable de ces boissons, au besoin avec la sonde œsophagienne.

Ces moyens suffisent pour conjurer le mal et le rendre aussi inoffensif qu'autrefois (*nulli morbo minore momento succurritur*, Celse).

Cependant l'expérience ayant démontré qu'une injection aqueuse dans les veines ressuscite brusquement le moribond, on recourra à cette opération dans les moments extrêmes. Mais cela fait, et la circulation s'étant rétablie, il faut aussitôt faire ingurgiter les boissons indiquées, malgré tous vomissements qui réapparaîtraient. (Lorain se trouve avoir traité son moribond de cette manière. *Pesé* avant l'opération, le malade a offert 71 kilogrammes. — On lui injecta 400 grammes d'eau. — La circulation rétablie, il y a eu vomissements, sueurs, perte d'eau dans l'expiration pulmonaire. Pesé de nouveau le lendemain, le malade, malgré toutes ces pertes, offre 71 kilogrammes 450 grammes. — C'est que, selon les expressions mêmes de Lorain, *il a bu plus qu'il n'a excrété*.)

L'injection faite, on peut prescrire aussi des lavements simples, en se conformant à la stipulation de Lizars, celle de faire comprimer momentanément l'anus, afin de donner à la muqueuse le temps nécessaire pour l'absorption.

On ne recourra à une deuxième injection qu'en cas de rechute dans la prostration.

Dès que la réaction est établie, prescrire le soluté des gargarismes acidulés et faire nettoyer la bouche, le pharynx et les fosses nasales. (Durant la cyanose, les malades avaient respiré la bouche ouverte, de sorte que les germes ordinaires de l'atmosphère se sont accumulés sur les muqueuses desséchées de ces cavités.)

En temps d'épidémie de choléra, mieux vaut traiter les diarrhées subites par la diète et les tisanes, qu'au moyen de drogues qui, absorbées, pourraient, d'un moment à l'autre, l'algidité s'établissant, n'être plus éliminées.

Nota. — Quand on a recours aux injections dans les veines, il faut imiter Lorain : injecter de l'eau à 40 degrés, et aussitôt faire boire abondamment. (Si les globules du sang éclatent et se détruisent au contact de l'eau, ce sont les globules normaux, dans les laboratoires d'histologie, tandis que, d'après le succès de Lorain, chez le cholérique algide, les globules desséchés reviendraient à leur état normal.)

Je renvoie pour toutes autres explications à mes publications antérieures, notamment à l'ouvrage *Vues nouvelles*.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 novembre 1885. — Présidence de M. d'Arsonval.

COMMUNICATIONS

La spartéine. — M. **LABORDE** a étudié l'action physiologique de la spartéine, alcaloïde du spartium (genêt d'Espagne). La formule de la spartéine est $C^{15} H^{26} Az^2$. Il y a deux atomes d'hydrogène de plus que dans l'aconine dont la formule est : $C^{15} H^{24} Az^2$. Il ne s'en suit pas qu'il y ait la moindre parité entre l'action de la spartéine et celle de l'aconine. M. Laborde a employé pour ses expériences le sulfate de spartéine, qui est soluble dans l'eau. Ce sel, à la dose de 5 à 6 centigrammes, chez le cobaye, détermine des troubles auxquels on peut assigner deux phases bien distinctes, l'une caractérisée par de l'inquiétude, de l'hyperexcitabilité, du tremblement ; l'autre par des convulsions cloniques et toniques, des phénomènes asphyxiques et la mort par la respiration, avec persistance des battements du cœur. Mais il est un point tout particulier de l'action physiologique de la spartéine, c'est l'action spéciale qu'elle exerce sur le cœur.

Chez la grenouille, à la dose de 5 à 6 milligrammes, cette substance détermine un renforcement énorme dans les pulsations cardiaques, ainsi qu'on peut le voir très aisément sur les tracés cardiographiques que M. Laborde met sous les yeux de la Société. La hauteur de ces tracés est triple de celle des tracés normaux; cette action présente une durée et une persistance vraiment remarquables; après deux heures, elle s'exerce encore chez le chien. Une injection intra-veineuse de 1 centigramme de sulfate de spartéine donne lieu à un renforcement considérable dans la pulsation cardiaque. Du côté de la respiration, on constate le processus asphyxique; mais ce n'est pas sur elle que s'exerce l'action prédominante, c'est sur le cœur.

M. Germain Sée a commencé, sur cette même substance, des études cliniques qu'il doit communiquer prochainement à l'Académie de médecine. Il a administré ce médicament à la dose de 10 centigrammes chez l'homme et en a obtenu de très bons effets, et des effets persistants, principalement dans les cas d'asystolie.

M. **FRANCK** fait observer que, pour compléter les études entreprises par M. Laborde sur cette substance, comme sur beaucoup d'autres alcaloïdes, il faudrait avoir recours à la méthode des circulations artificielles, à l'injection de sang défibriné contenant la substance active elle-même. On aurait ainsi une notion très exacte de l'action directe de cette substance sur le tissu même du cœur.

M. **LABORDE** a l'intention de compléter de cette façon ces études; mais il fait remarquer qu'en limitant ainsi l'action d'une substance sur un seul organe, on s'écarte des conditions d'action générale sur l'économie, c'est-à-dire des conditions véritablement physiologiques.

Arthropathies tabétiques. — M. **PITRES** (de Bordeaux) présente une colonne vertébrale et les fémurs provenant d'un tabétique. La première de ces pièces ne laisse aucun doute sur l'existence de l'arthropathie tabétique de la colonne vertébrale.

La maladie pyocyanique. — M. **CHARRIN** fait une communication sur le mécanisme de la maladie pyocyanique.

Il rappelle les phénomènes déjà signalés par lui dans une précédente séance, et en ajoute de nouveaux observés au laboratoire du professeur Bouchard : amaigrissement des lapins inoculés par voie vasculaire, mécanisme de l'albuminurie, contagiosité certaine des urines et des matières fécales dans certains cas, contagiosité possible du sang dans la moitié des cas (maladie intermédiaire entre les hémo-sepsies et les histo-sepsies), voies d'élimination des microbes par les reins et l'intestin, rarement des parésies, des rétentions d'urine, des ophthalmies, la moelle et l'humeur aqueuse dans ces cas faisant apparaître la pyocyanine dans les bouillons, forme aiguë et forme chronique de l'affection suivant la virulence des cultures, passage inconstant du microbe dans le fœtus.

J'avais donc, dit M. Charrin, une maladie constante, son microbe pathogène, la substance chimique définie cristallisable fonction de ce microbe. J'ai débarrassé les cultures de tout microbe; j'ai injecté le liquide filtré, riche en pyocyanine; j'ai injecté également de la pyocyanine cristallisée ; j'ai vu que cette substance n'était presque pas toxique. D'autre part, les organes des lapins morts renferment peu ou pas de pyocyanine. Donc il est probable que pour faire la maladie, le microbe ne se sert que faiblement de la substance chimique. Mais il crée une néphrite ou une entérite intenses et met ainsi les lapins dans les conditions des brightiques, chez lesquels les produits normaux des actes de la nutrition et non des substances étrangères au corps sont des toxiques. Pas de conclusions générales, ce serait méconnaître la diversité des microbes. Il faut éviter de couler dans un même moule toutes les maladies infectieuses.

Deux modèles d'hémato-spectroscope. — M. HÉNOCQUE présente deux nouveaux modèles d'hémato-spectroscope. Le premier modèle est composé d'un spectroscope à vision directe, monté sur un pied ressemblant à celui d'un microscope. Destiné aux étudiants, il permet l'étude des spectres d'absorption et l'examen clinique de la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine à la surface unguéale du pouce, suivant le procédé de l'auteur.

Le second modèle est formé d'un spectroscope à vision directe avec échelle spectrométrique; il est disposé pour l'examen des liquides et des cristaux à réactions spectroscopiques; il est articulé de façon que les objets peuvent être étudiés dans le sens horizontal ou perpendiculaire, et la production des mouvements micrométriques est combinée de façon à assurer la précision des observations et à en rendre la démonstration facile. Ces appareils ont été construits par M. Lutz, opticien, fabricant à Paris, sur les indications de M. Hénocque.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

317. M. BUHOT. Contribution à l'étude de la colotomie des cancers du rectum. Nouveau procédé opératoire de M. le professeur Verneuil. — 318. M. NAUDIN. Essai sur la tarsotomie. — 319. M. MITRY. Étude sur le ptosis congénital. — 320. M. MAREVERY. De la mort subite. Statistique de la Morgue, de 1871 à 1884.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 novembre 1885, M. le médecin principal de première classe Weber a été promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Villemin, admis dans la section de retraite.

— Par décret en date du 21 novembre 1885, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. Vincent, médecin de première classe.

— Les candidats inscrits dans les diverses Facultés de province pour le concours de l'agrégation (section de médecine, pathologie interne et médecine légale), qui doit s'ouvrir le mercredi 1er décembre 1885, à Paris, sont au nombre de douze. Ce sont :

Faculté de médecine de Lille, MM. les docteurs Chuffart et Lober;

Faculté de médecine de Lyon, MM. les docteurs Audry, Boinet, Dufourt, Lemoine et Weill.

Faculté de médecine de Montpellier, MM. les docteurs Brousse et Sarda.

Faculté de médecine de Nancy, MM. les docteurs Colin, Parisot et Simonin.

Soit, avec les candidats inscrits à la Faculté de médecine de Paris, 35 candidats pour les quatorze places d'agrégés à pourvoir, lesquelles se répartissent ainsi par Facultés : Bordeaux, 2; Lille, 2; Lyon, 2; Montpellier, 2; Nancy, 2, et Paris, 4.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Durand-Fardel est nommé préparateur des travaux pratiques d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Babinski.

M. Toupet, interne des hôpitaux, est nommé moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Durand-Fardel.

M. le docteur Coudray est chargé des fonctions de préparateur du cours de pathologie externe, en remplacement de M. Frémont.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Boursier, agrégé, est chargé du cours de clinique externe, en remplacement de M. Denucé, nommé professeur honoraire.

M. le professeur Pitres est nommé, pour cinq ans, doyen, en remplacement de M. Denucé, nommé doyen honoraire.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Un congé d'un an, sans traitement, est accordé, sur sa demande, à partir du 1er décembre 1885, à M. de Guerne, préparateur d'histoire naturelle.

M. Wallez est nommé aide-préparateur de physiologie, en remplacement de M. Fisson, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Rafin est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Gouilloud.

M. le docteur Blanc est nommé chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Peilon.

M. le docteur Audry est nommé chef de clinique médicale.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Un concours pour une place de médecin des hôpitaux s'ouvrira le 5 avril 1886.

— *Hôpital de Mustapha.* — Sont nommés : 1° internes titulaires, MM. Kuster, Deny, Armynot, Duchâtelet, Nourry et Montgorget. — Internes provisoires, MM. Azoulay, Fassina et Kadda-Ouled-Morsly.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rabuteau, décédé le 21 novembre 1885, à l'âge de quarante-neuf ans. — On se réunira, le mardi 24 novembre, à midi très précis, à la maison mortuaire, rue de Rennes, 72.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Foubert, ancien médecin inspecteur des bains de mer de Villers, décédé à l'âge de cinquante-huit ans; et de M. Dumollard, externe à l'hôpital de la Charité de Lyon.

— M. Chassaing a obtenu à l'exposition d'Anvers une nouvelle médaille d'or pour l'exposition de ses ferments physiologiques et en particulier pour ses *pepsine et diastase.*

— M. Yves Delage, chargé du cours de zoologie, anatomie et physiologie comparée, à la Faculté des sciences de Paris, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1885-1886, commencera ses leçons mardi prochain 24 novembre 1885, à trois heures et demie, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Le cours aura pour objet cette année l'histoire des protozoaires, rayonnés et mollusques. Les manipulations et les conférences, dirigées par le professeur chargé du cours, commenceront le mercredi 25 novembre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bibliothèque anthropologique. Tome II, *le Darwinisme*, leçons professées à l'École d'anthropologie par Mathias DUVAL. 1 vol in-8° avec 7 figures intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Du diabète sucré chez la femme, par le docteur Lecorché. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Des influences modificatrices de l'organisme dans leurs rapports avec la maladie, par le docteur Andrieu. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Société des sciences médicales de Gannat. Compte rendu des travaux de l'année 1884-85. Tome XXXIX. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18649

N° 137. — JEUDI 26 NOVEMBRE 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 26 NOVEMBRE 1885. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Cette séance a été consacrée tout entière à la lecture des rapports sur les prix et à deux élections qui ont eu pour résultat la nomination de M. Desgranges (de Lyon) au titre d'associé national, et celle de M. Cazin (de Berck-sur-Mer) au titre de correspondant.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy.

Accidents syphilitiques et herpès génital simple.

Hier est entré à l'hôpital, dans le service de M. Peter, salle Saint-Jean-de-Dieu où il est actuellement couché au n° 7, un homme, marié depuis quelques années, se plaignant d'une céphalée vespérine et surtout nocturne, et portant sur tout le corps une éruption constituée par de légères papules. De plus, il présente dans le sillon balano-préputial une excoriation dont la largeur égale celle d'une pièce de 50 centimes.

En un mot, cet homme est en puissance d'accidents spécifiques. Interrogé par nous sur leur origine, il prétend que l'excoriation de la verge serait survenue ces jours derniers, à la suite de rapports conjugaux avec sa femme, dès son retour tout récent de l'hôpital où elle aurait séjourné pendant trois ans pour une affection de l'utérus, affection qu'il s'efforce de laisser supposer de nature syphilitique. Rien ne nous le prouve cependant, et un séjour de trois années me paraît bien plutôt avoir été nécessité par l'existence de quelque affection génitale organique : métrite ou autre.

Quoi qu'il en soit, les accidents que nous constatons sur la verge n'ont aucun rapport avec l'exanthème papuleux dont son corps est couvert, ils sont récents et paraissent s'être manifestés sur une lésion plus ancienne et indurée. Aussi ne serions-nous nullement surpris qu'il ait parcouru d'autres prés que les prairies conjugales, et dont il aurait tondu plus que la largeur de sa langue.

Cette question de la contamination de la syphilis est une des plus difficiles et des plus délicates, surtout en ville ; elle exige les plus grandes réserves, et cependant elle est souvent d'une haute importance au point de vue du diagnostic et du pronostic. Ainsi, il y a trois jours, nous avions, au n° 15 de la salle Sainte-Madeleine, une jeune femme entrée pour un urticaire, et qui se plaignait en même temps aussi d'un peu de gonflement douloureux de la grande lèvre droite. Celle-ci, tuméfiée en effet, présentait trois petites érosions d'un rouge vineux avec fond induré, de telle sorte qu'au premier moment j'aurais été tenté de considérer cette femme comme entachée de syphilis et ses érosions comme des accidents secondaires. Poursuivant donc mes recherches dans ce sens, tout en interrogeant avec prudence la malade, j'appris qu'elle était mariée seulement depuis un mois et qu'elle s'était toujours très bien portée. Néanmoins, ses réponses étaient pleines de réticences et nous laissaient à penser qu'elle n'était pas loin de soupçonner son mari d'être l'auteur des érosions en question, en un mot de l'avoir contaminée. Mais l'interrogatoire poussé plus loin nous apprit aussi qu'elle était assez fréquemment sujette, quelques jours avant l'époque menstruelle, comme d'ailleurs nombre de femmes, à des poussées d'herpès du côté de la figure, sur le bord des narines et le menton. Ce renseignement était fort important, car il devait modifier notre première pensée du tout au tout. En effet, il s'agissait d'un herpès ayant évolué dans les conditions ordinaires, mais sur les parties génitales au lieu de la face : au début, malaise général, sensation de froid, mal de tête et, quarante-huit heures après, petits boutons sur la grande lèvre. Ceux-ci, irrités par des rapports conjugaux plus ou moins accentués, s'excorient plus ou moins profondément, s'indurent à la base et peuvent donner lieu à l'apparition de ganglions doubles, à droite comme à gauche, et, par suite, entraîner, si l'on n'y prend garde, à une erreur de diagnostic, semer des suspicions dangereuses dans l'esprit du mari comme de la femme.

La question est donc des plus délicates, je le répète, et je ne saurais trop insister; car, d'autre part, le contraire peut aussi arriver et pareils accidents rentrer tout à fait dans la syphilis. J'ai vu, il n'y a pas encore bien longtemps, un homme se marier alors qu'il était en puissance d'accidents secondaires et qu'il le savait pertinemment; mais, disait-il, il le faisait par point d'honneur, parce qu'il ne pouvait pas retirer sa parole! Et cependant il savait très bien qu'en se mariant il s'exposait de gaieté de cœur à contaminer sa jeune épouse et à déterminer chez elle des accidents spécifiques!

Mais j'en reviens à ma malade. Chez elle, je disais donc qu'il s'agissait bien d'un herpès dont les vésicules avaient été déchirées par les rapprochements sexuels, et non pas de syphilis. D'ailleurs on ne trouvait sur elle aucune trace d'accidents primitifs. Je sais bien que cette recherche est des plus difficiles, car, trois fois sur quatre au moins, la lésion première survient soit sur le col utérin, soit dans les plis du vagin; mais j'ai dit aussi qu'il ne s'agissait pas de syphilis, parce que, chez cette femme, nous ne trouvions aucune trace non plus de l'adénopathie caractéristique intermédiaire entre les accidents primitifs et les accidents secondaires, et ce nulle part, non plus en rapport avec quelque lésion des parties génitales que du mamelon, de la bouche, etc., en un mot aucun ganglion.

Enfin, et j'y reviens encore, cette femme n'était nullement malade avant les premiers malaises qui ont précédé de quarante-huit heures l'apparition des vésicules herpétiques de la grande lèvre droite.

J'ai cru devoir appeler toute votre attention sur ce fait, pour vous montrer les erreurs de diagnostic possibles et vous mettre bien en garde d'éveiller, par le moindre mot, une suspicion toujours dangereuse. D'ailleurs, avec le temps, c'est-à-dire au bout de peu de jours, l'événement viendra mieux encore éclairer votre diagnostic, et comme, dans le cas où il s'agirait d'une lésion de nature spécifique, il n'y aurait nul péril en la demeure d'attendre un peu pour instituer le traitement *ad hoc*, il sera parfaitement sage de ne pas vous prononcer trop tôt.

Quant au malade dont je vous ai parlé en premier, à cet homme du n° 7 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, c'est un intérêt de même ordre qui a guidé ma conduite. Pendant les trois ans que sa femme a passés à l'hôpital, il lui a été loisible de donner plus d'un coup de canif dans le contrat. D'ailleurs, en dehors de l'excoriation qu'il présente dans le sillon balano-préputial, n'est-il pas atteint d'accidents secondaires qui ne laissent aucun doute? Si fait, et l'examen des amygdales, son ancienne lésion de la verge, son exanthème papuleux, enfin la succession des phénomènes et la céphalée vespérine et nocturne surtout, nous montrent bien qu'il s'agit chez lui de syphilis, d'une syphilis arrivée à la période secondaire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. GUIBOUT.

Affections parasitaires ; prurigo pédiculaire ; gale.

Parmi les causes dont l'action extérieure et locale irrite la peau et y détermine des lésions, se place, au premier rang, l'exercice de certaines professions, qui ont le fâcheux privilège d'y faire naître et d'y développer des affections ou maladies appelées, en raison de leur étiologie, *maladies ou affections professionnelles*.

A côté de ces causes professionnelles, il y en a d'autres, qui ne sont pas moins dangereuses pour la peau ; ce sont des causes *parasitaires*. Les végétaux qui nous abritent de leur feuillage sont habités par des êtres animés, qui se nourrissent de leur substance et se multiplient à leur surface; et sur les tiges, comme sur les feuilles de nos arbres, poussent d'autres végétaux, d'espèces étrangères et toujours malfaisantes ; ce sont des *parasites*.

Il en est de même pour la peau ; elle a, comme les plantes, ses parasites animaux et ses parasites végétaux. Douée d'une sensibilité, d'une vitalité, d'une impressionnabilité qu'expliquent les vaisseaux et les nerfs dont elle est largement pourvue, et qui se ramifient à l'infini dans l'épaisseur de sa trame délicate, elle ne supporte pas impunément la présence de ces parasites ; elle s'en irrite, et cette irritation qu'elle en ressent se traduit par un état pathologique particulier, par des lésions, par des altérations spéciales, qui constituent de véritables affections ou maladies, appelées *maladies* ou *affections parasitaires*.

Or comme il y a des parasites animaux et végétaux, il y a, par conséquent, des affections parasitaires animales et végétales. Occupons-nous aujourd'hui des parasites animaux et des affections qu'ils occasionnent.

Il y a deux parasites animaux principaux que nous observons dans nos climats tempérés ; c'est le *pou* (*pediculus*) et le *sarcopte*, ou *acarus scabiei*. Ces deux parasites habitent la peau, et y déterminent chacun des lésions qui leur sont spéciales.

Le genre POU a trois espèces :

1° Le *pediculus capitis* vit sur le cuir chevelu ; il le mord pour y trouver du sang ; il pullule, il se multiplie à sa surface, et, par cela même, il y détermine des démangeaisons et une inflammation qui se traduit par une poussée d'impétigo. Les cheveux, agglutinés par le pus, emportent avec eux les croûtes impétigineuses qui leur sont attachées, sous forme de granulations, ce qui a fait donner à cette nature parasitaire d'impétigo, le nom d'*impétigo granulata*. Son siège le plus habituel est à la région occipitale. Pour le guérir, il faut couper les cheveux; faire deux ou trois onctions avec l'onguent napolitain, qui tue les parasites; et quelques cataplasmes émollients font ensuite prompte justice de l'impétigo.

2° Le *pediculus corporis* fait naître, sur la peau, des papules de prurigo, dont la nature parasitaire sera indiquée par le siège même de ces papules, à la base du cou, entre les deux épaules. Un ou deux bains, ayant chacun, en dissolution, 30 ou 40 grammes de sublimé, détruiront les parasites; et ensuite cinq ou six bains sulfureux effaceront le prurigo, d'une guérison facile et rapide, comme toutes les affections de cause locale ou externe.

3° Le *pediculus pubis* habite la région pubienne ; il y cause des démangeaisons et y fait naître des pustules plates, qui se recouvrent de croûtes brunâtres. Un ou deux bains de sublimé, ou bien quelques onctions avec l'onguent napolitain, détruisent ce parasite dégoûtant ; et ensuite quelques bains émollients et quelques cataplasmes effaceront ses traces inflammatoires et pustuleuses.

GALE.

La *gale*, ou *psore*, est une affection produite par le *sarcopte*, ou *acarus scabiei*. Le pediculus habite la surface de la peau, tandis que l'acarus vit, se meut, se multiplie dans l'épaisseur de la couche la plus profonde de l'épiderme, et en contact direct et immédiat avec la couche la plus superficielle du derme. Sa présence dans l'épaisseur de la peau y détermine trois lésions différentes que l'on peut appeler les lésions INTRINSÈQUES, ou pathognomoniques de la gale ; ces trois lésions sont : 1° une vésicule, petite, acuminée, blanchâtre, isolée, sans aucune trace inflammatoire; 2° un sillon longitudinal, droit ou courbe, ayant deux extrémités, l'une extérieure, ouverte, par laquelle l'insecte entre et sort pour se promener à la surface de la peau ; l'autre ex-

trémité, renflée, appelée *éminence acarienne ;* c'est là où se tient l'acare, où il pond ses œufs, où on peut le saisir avec une pointe d'aiguille ; 3° une papule plate, rosée, traversée souvent, comme la vésicule, par le sillon ; c'est dans le sillon que se développent les larves acariennes, c'est par le sillon que l'acare chemine. Les démangeaisons très vives et constantes de la gale résultent précisément du cheminement de l'insecte : en cheminant, il décolle l'épiderme, il le sépare du derme, il creuse ainsi sa galerie, son sillon, et c'est ce travail qui donne lieu aux démangeaisons. C'est sous l'influence de la chaleur que l'insecte a le plus de vigueur et qu'il se meut davantage, voilà pourquoi les démangeaisons sont plus fortes la nuit, à la chaleur du lit.

Les sièges d'élection de la gale sont les espaces interdigitaux, les poignets, les plis des bras, le ventre, les seins, les cuisses ; jamais la gale ne siége au cou ni à la tête.

Le *traitement de la gale*, admirablement formulé par M. Bazin, et ensuite par M. Hardy, consiste à mettre l'acare en contact direct avec l'agent parasiticide, qui est le soufre. Voici comment se fait ce traitement. On pratique d'abord, sur tout le corps, une friction avec le savon noir, pour nettoyer la peau et ouvrir les sillons acariens ; puis on plonge le malade dans un bain émollient. Pendant ce temps-là on soumet ses vêtements à des fumigations sulfureuses, ou à la température de 100 degrés, dans une étuve, afin de détruire les insectes, ou les œufs qui pourraient s'y trouver. Au sortir du bain, le malade est frictionné avec la pommade parasiticide composée de :

Axonge.	200 grammes.
Soufre sublimé.	50 —
Sous-carbonate de potasse. .	25 —

Cette pommade doit rester deux jours au contact de la peau ; le malade devra changer tout son linge de lit, de peur qu'il ne s'y trouve quelques acares. Au bout de quarante-huit heures, il prend un bain pour nettoyer la peau, et tout est fini : il est guéri. Dans le cas où la peau serait irritée par la pommade parasiticide, quelques bains de son détruiraient cette irritation.

Les lésions *extrinsèques*, ou *de complication* de la gale, résultent de l'inflammation produite par le séjour prolongé des acares au sein de la peau ; cette inflammation se traduit par des poussées aiguës d'eczéma, de lichen, d'ecthyma. Dans ce cas, il faut d'abord traiter cette inflammation par des bains émollients, des cataplasmes de fécule ; au bout de quelques jours, ces poussées inflammatoires polymorphes sont guéries, et c'est alors *seulement que l'on peut soumettre le malade au traitement de la gale.*

PANCRÉATITE AIGUË PASSÉE A L'ÉTAT CHRONIQUE

Par M. le docteur SOURROUILLE.

La pathologie du pancréas, encore fort obscure, offre cependant quelques symptômes particuliers qu'on ne saurait confondre avec ceux qui caractérisent certaines affections de l'estomac et de l'appareil digestif.

Une de mes clientes, Mlle P..., d'une constitution robuste et n'ayant jamais été malade, s'alite après quelques jours d'un malaise général.

Le mal débute par une perte subite de l'appétit, par une fièvre intense suivie de prostration, par une douleur dorso-spinale très vive et située transversalement au niveau de la douzième vertèbre dorsale. Pouls à 120. Température oscillant entre 38°,8 et 39 degrés.

La percussion, à laquelle j'ajoute une importance capitale sous le rapport du diagnostic dans ce cas si rare, révèle, sur la limite des régions épigastrique et ombilicale, une douleur profonde occupant tout le trajet du pancréas et offrant une liaison commune avec celle du dos qui s'exaspère ou s'atténue sous une pression forte ou légère. Rien d'anomal d'ailleurs du côté du tube digestif; ni météorisme, ni gargouillement dans la fosse iliaque droite, ni taches lenticulaires sur l'abdomen.

En attendant des symptômes plus accusés, je prescris, le matin, une limonade Rogé; le soir, des sangsues autour de la partie douloureuse, ménageant ainsi une place nécessaire pour l'application éventuelle de vésicatoires et d'autres révulsifs.

Le lendemain, Mlle P... souffrait un peu moins; mais la persistance de la fièvre devenait inquiétante.

Traitement : limonade gazeuse, 1 gramme de sulfate de quinine, bouillon léger.

L'odeur du bouillon gras horripile Mlle P...; une cuillerée à soupe lui donne des nausées suivies de vomissements. Il est remplacé par des potages maigres qui sont parfaitement tolérés.

Les jours suivants, état pseudo-muqueux, sans céphalalgie; fièvre continue, moins forte ; pouls à 110, température, 38°,2 à 38°,4.

Traitement : lavements émollients; potions alcool et kina; potages maigres ; eau vineuse.

Les urines et les selles examinées matin et soir ne présentent rien de saillant.

Le huitième jour, la douleur dorso-spinale devient plus aiguë, intolérable, et s'accompagne d'une salivation extrêmement abondante et d'une fétidité toute particulière. Le liquide est clair, filant, de consistance gommeuse, intarissable; c'est ce qui fatigue beaucoup la malade.

Traitement : application d'une rangée de vésicatoires sur le trajet douloureux et pansés avec la pommade épispastique verte; alcool et quinquina; eau gazeuse à la soif.

La révulsion énergique de la toile vésicante donne les résultats que j'attendais, elle modifie sensiblement l'état général et procure quelque répit. En effet, la fièvre cède, entre dans la période de décroissance ; la température s'abaisse notablement.

Néanmoins la salivation continue, moins abondante toutefois, moins incommodante, mais conservant toujours son caractère limpide et fétide.

Les jours précédents, les urines et les selles, examinées avec un soin minutieux, ne présentaient rien d'anomal. Mais, le neuvième jour, elles paraissent saturées de matières graisseuses qui surnagent à leur surface.

Leur aspect confirme mon diagnostic réservé jusqu'alors.

La malade éprouve, comme au début, la même répugnance pour les aliments gras. Pour obvier à cet inconvénient, m'inspirant du traitement si rationnel de Chauvin, qui consiste à produire avec succès les digestions artificielles, je recommande de prendre simultanément le malt, la pepsine et l'eau de Vichy.

Cette médication donne les résultats les plus satisfaisants. Sous son administration prolongée, la salivation disparaît, et les urines, comme les selles, ne présentent plus la moindre trace de matières graisseuses.

L'amélioration continue; l'appétit se maintient.

Mlle P... s'alimente chaque jour de plus en plus, et ne redoute nullement l'usage de la viande et des bouillons gras qui sont du reste fort bien tolérés.

Les forces reviennent rapidement, et l'embonpoint, si regretté de Mlle P..., reprend son état primitif. En un mot, la guérison s'établit franchement.

Elle s'est maintenue jusqu'en ces derniers temps.

Aujourd'hui, la période menstruelle et les émotions morales ne sont pas étrangères au retour de la maladie. D'autres raisons encore, qui échappent à mon investigation, produisent sur le pancréas un retentissement qui se révèle par les symptômes déjà décrits. Le mal, comme on le voit, est passé à l'état chronique.

Quelle peut bien être la cause des troubles fonctionnels du pancréas?

Est-ce une inflammation de l'organe? Ce serait mon avis. Car on ne saurait se reporter à l'atrophie, à l'hypertrophie, à la cirrhose, à la dégénérescence graisseuse, aux tumeurs cancéreuses de la glande, dont les symptômes, particuliers à chaque maladie, invariables même, ont un retentissement bien plus fâcheux sur l'organisme que ceux mentionnés dans cette observation sommaire.

Il faut donc croire, avec MM. Mondière, Bécourt et Delorme, que l'inflammation du pancréas est un fait acquis.

THÉRAPEUTIQUE

Guérison des névroses convulsives en Italie.

Par M. le professeur DARINI GIUSEPPE.

Dans un voyage récent à Paris, j'ai été frappé des résultats obtenus dans le traitement des névroses convulsives par le bromure de potassium administré d'une certaine façon. Je pense donc faire un acte utile en résumant ici ce que j'ai observé dans les hospices spéciaux que j'ai attentivement visités.

J'ai vu un certain nombre de malades en proie à des convulsions, épileptiques, hystéro-épileptiques, hystériques et choréiques, ne plus ressentir du tout l'atteinte de leur mal. Les médecins leur avaient prescrit tout simplement une dose moyenne de 3 à 6 grammes de bromure de potassium chimiquement pur, chaque jour, pendant huit ou dix mois, un an ou dix-huit mois, sans jamais associer le sel bromique à une autre préparation médicamenteuse. C'est le sel bromique à base potassique qui seul conduit au succès. Le fait n'est contesté par personne. Voici d'ailleurs la loi clinique et thérapeutique qui est promulguée chaque jour à Paris par les médecins qui s'occupent de neurologie : « 1° Les névroses convulsives, à la suite d'un traitement bromuré progressif et non discontinué, sont guéries dans la moitié des cas, et sensiblement améliorées dans un quart des cas; 2° le bromure de potassium doit être d'une grande pureté chimique et il ne doit être associé à aucun autre médicament. »

Le bromure de potassium est presque introuvable à l'état de pureté chimique; aussi est-il resté entre les mains de quelques rares spécialistes. D'après ce que j'ai remarqué, le sirop de Henry Mure, qui s'exporte partout aujourd'hui et que nous prescrivons beaucoup en Italie, est tout à fait en possession de la confiance publique. Je lui dois personnellement quelques beaux succès dans ma pratique, et, en particulier, la guérison du fils d'un de nos plus savants confrères, atteint d'épilepsie depuis l'âge de sept ans. Ce jeune homme est actuellement élève en médecine et n'a rien éprouvé à partir de 1879.

Le sirop de Henry Mure n'est pas seulement la ressource enviée et suprême des épileptiques; mais il conduit, à ma connaissance, à des résultats très précieux contre l'hystéro-épilepsie, l'hystérie et la chorée. Nous avons peut-être à nous reprocher de n'avoir pas mis ces malades en traitement pendant des siècles et de les avoir un peu trop abandonnés à eux-mêmes. Le remède est maintenant à côté du mal. A Milan, à Florence, à Rome et à Naples, nous avons tout à fait accepté la méthode française, et nous nous en trouvons bien.

Un médecin distingué de Londres, en rendant compte l'an dernier du congrès de Copenhague, a émis à ce sujet l'opinion si autorisée que voici : « A l'étranger, dit-il, la fantaisie s'est malheureusement introduite dans la thérapeutique des névroses convulsives. On s'est mis, par exemple, sous le prétexte que le bromure de potassium réussissait très bien, à imaginer des associations malencontreuses de bromure de potassium avec la belladone, le camphre, le zinc, le fer, la picrotoxine, l'arsenic ou le chloral; on a substitué au bromure de potassium primitif le bromure de sodium, le bromure de cadmium, d'ammonium, de calcium, de lithium, de fer, d'argent, de cuivre ou d'or, et l'on a enfin proposé une association de plusieurs bromures, des tribromures ou des polybromures! Le plus grand désordre règne dans ces travestissements d'un médicament hors ligne, si justement appelé par Gubler le sulfate de quinine des névroses convulsives.

Il est bien démontré aujourd'hui que le bromure de potassium est d'autant plus actif qu'il est administré seul, et qu'il est d'autant moins efficace qu'il est associé à un autre médicament, même à un autre bromure alcalin. Que l'on prescrive, en effet, du bromure de sodium ou d'ammonium à un épileptique ou à un hystérique, et l'on n'arrive qu'à un résultat absolument négatif. A quoi bon alors associer deux substances inertes à un médicament des plus actifs? »

Le sulfate de quinine se prescrit seul, les sels mercuriques se prescrivent seuls, et tous les médicaments héroïques se prescrivent seuls. Les associations laissent une prise énorme au hasard et à l'inconnu, et elles constituent des produits bâtards et sans sanction.

Croit-on que le sirop de Henry Mure serait parvenu, dans le traitement des névroses convulsives, à un succès aussi considérable dans le monde entier, s'il eût été capricieusement composé d'agents divers? En aucune façon. Les médecins de tous les pays savent que ce sirop renferme un bromure de potassium exceptionnellement pur, que chaque cuillerée à bouche contient mathématiquement deux grammes de sel, que cette préparation a déterminé des guérisons partout, et ils la prescrivent avec une entière confiance. Tout le secret est là.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre 1885. — Présidence de M. BERGERON.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° un travail manuscrit de M. le docteur Surbled (de Corbeil) sur la mortalité infantile dans cette ville; — 2° une note manuscrite de M. le docteur Bruneau sur les propriétés physiologiques du propylène (comm. : MM. Vulpian, Brouardel et Gauthier); — 3° une note de M. le docteur Chesnais (de Lohérac) sur une épidémie de diphthérie dans cette ville; — 4° une note de M. le docteur Pigeon (de Fourchambault) sur le rôle de l'électricité dans notre économie; — 5° un travail de M. le docteur Martel (de Saint-Malo), intitulé : *Du raccourcissement méthodique des os des membres dans le traitement des lésions avec destruction étendue des parties molles* (comm. : MM. Gosselin, Tillaux, Polaillon); — 6° des lettres de MM. Peligot et Blache, candidats au titre de membre associé libre.

ÉLECTIONS

L'Académie procède : 1° à l'élection d'un associé national :

La liste de présentation porte : en première ligne, M. Desgranges (de Lyon); en deuxième ligne, M. Tholozan (de Téhéran); en troisième ligne, M. Lafosse (de Toulouse).

Le nombre des votants étant de 67, majorité 34,

M. Desgranges obtient.	50 voix.
M. Tholozan	14 —
M. Lafosse.	2 —
M. Heurtaux	1 —

En conséquence, M. Desgranges est élu.

2° Élection d'un correspondant national dans la deuxième section (chirurgie).

La liste de présentation porte : en première ligne, M. Berne (de Lyon); en deuxième ligne, M. Heurtaux (de Nantes); en troisième ligne, M. Paquet (de Lille); en quatrième ligne, M. Cazin (de Berck-sur-Mer); en cinquième ligne, M. Bitot (de Bordeaux); en sixième ligne, M. Surmay (du Mans).

Au premier tour de scrutin, sur 64 votants, majorité 33,

M. Cazin obtient . . . . 21 voix.
M. Berne. . . . . 20 —
M. Heurtaux . . . . 20 —
M. Surmay. . . . . 3 —

Aucun candidat n'ayant réuni la majorité, on procède à un deuxième tour de scrutin.

Au deuxième tour,

M. Cazin obtient. . . . . 26 voix.
M. Berne. . . . . 18 —
M. Heurtaux . . . . 13 —

La majorité n'ayant pas encore été acquise, l'Académie procède à un troisième scrutin de ballottage entre les deux membres qui ont obtenu le plus de voix.

Sur 50 votants,

M. Cazin obtient . . . . 41 voix.
M. Berne . . . . 9 —

En conséquence, M. Cazin est proclamé élu.

L'ordre du jour appelle la suite des rapports sur les prix.

RAPPORTS

M. SIREDEY donne lecture du rapport sur les épidémies pendant l'année 1884.

M. CONSTANTIN PAUL lit le rapport sur le service des eaux minérales pendant l'année 1883.

M. PETER fait un rapport sur les mémoires adressés pour le prix Portal (concours de 1885).

M. MESNET lit le rapport sur les mémoires pour le prix Civrieux (année 1885).

A cinq heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des rapports de M. Roger (prix Itard, 1885), de M. Vidal (prix Desportes, 1885), de M. de Villiers (prix de la commission de l'hygiène de l'enfance, 1885).

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LVIII

Dans ma pratique médicale, je me suis constamment inspiré des grands et immortels principes de l'école hippocratique, et aussi de quelques préceptes puisés dans l'expérience des praticiens les plus recommandables de l'époque moderne. Je reproduis ici volontiers ces adages que j'inscrivais à la première page des journaux annuels de ma clientèle urbaine et rurale :

« Medicamentorum varietas ignorantiæ filia est. » (Bacon.)

« Nulla viro in applicando remedio temeritas,
Nulla in observando effectu festinatio,
Nulla in sinistris eventibus occultatio,
Nulla in extollendis prosperis jactantia. » (Boerrhaave.)

« Un médecin qui établit par de bonnes observations la cure des maladies les plus communes fait beaucoup plus pour la société, que celui qui s'attache aux observations peu fréquentes, précieuses sans doute dans une collection académique, mais de peu d'usage dans la pratique... De bonnes observations ne doivent pas être mêlées de raisonnements; il faut décrire les phénomènes tels qu'ils se présentent dans la nature et non tels qu'on les juge. »
(Zimmermann, *Tr. de l'expérience*, t. I, p. 213.)

« L'alliage n'est jamais aussi parfait que le métal auquel on l'associe; il en est de même de l'amalgame des remèdes. »
(Clerc, *Hist. nat. de l'hom. malade*, t. I, p. 316.)

« Trop de richesses corrompt les mœurs, trop de remèdes détruit le tempérament. » (Clerc, *loc. cit.*, p. 317.)

« Les médicaments simples que la nature nous donne excèdent beaucoup nos besoins et ont plus de vertu que lorsque l'art les altère. » (*Ibid.*, p. 321.)

« Pour l'homme de bien, la médecine est la plus cruelle des professions; le médecin qui en remplit tous les devoirs est le plus à plaindre des hommes. » (*Ibid.*, p. 37.)

Boerhaave proteste que jamais il ne vit de malades au commencement de sa pratique sans écrire toutes les circonstances et les signes de la maladie dans l'ordre où ils se présentaient, et qu'il est incroyable combien il avait profité de cette conduite. « Si vous en faites autant, disait-il à ses élèves, vous n'aurez pas plutôt connu quatre ou cinq maladies de la même classe, que vous les reconnaîtrez aisément le reste de votre vie. »

« On a vu des hommes assez téméraires pour faire éprouver à leurs malades les excès les plus périlleux, afin de paraître les guérir par les traitements les plus extraordinaires. Cette manière de fixer l'attention du public est révoltante, et le motif en est odieux. » (Bacher, *Hydrop.*, p. 699.)

« Tous les cas où la médecine *agissante* est applicable dans la pratique se réduisent aux suivants :

1. Quand le principe morbifique étant connu, il est attaquable par des moyens moins dangereux qu'il ne l'est lui-même;
2. Quand la nature, dans l'usage des forces qu'elle exerce pour retrouver l'équilibre qu'elle a perdu, va évidemment au delà des bornes d'une juste modération;
3. Quand la nature, dans l'emploi de ces mêmes forces, demeure en deçà des bornes d'une activité salutaire;
4. Quand la nature s'égare évidemment dans la direction de ces forces et qu'elle les porte ou les concentre vers des organes sur lesquels elles peuvent devenir funestes.

Tous les cas qui ne se rapportent pas aux précédents doivent, sans aucune exception, être livrés à la médecine expectante. »
(Vouloune, *Mém.*, p. 58.)

« Pessimâ medendi methodo non omnes trucidantur. »
(Hildembrandt, *Typhus*, p. 227.)

« Bonum aliquandò medicamentum est nullum adhibere medicamentum. » (Hippocrate.)

« Q'on diminue le nombre des médecins, et il y en aura de moins mauvais; qu'on s'abstienne de l'usage trop fréquent des remèdes, et l'on aura moins besoin des médecins; dans les deux cas, le nombre des malades diminuera de même. » (Selle.)

VOYAGE MÉDICAL AUX PYRÉNÉES.

En juillet 1816, je fis avec mes amis et confrères Dufau (de Mont-de-Marsan) et H. de Poudeux (de Dax) un voyage d'exploration dans les établissements de nos Pyrénées-Occidentales, soit pour étudier *de visu* les qualités de ces eaux et leurs divers modes d'administration, soit pour apprécier la portée médicale des inspecteurs des diverses stations thermales.

Nous savions théoriquement, et, pour ainsi dire, sur la foi de la voix publique, quelles étaient les vertus généralement accordées à ces sources tant vantées : on conseille généralement Cauterets pour les maladies d'estomac, les Eaux-Bonnes pour celles de la poitrine, Bagnères-de-Luchon pour les affections de la peau, Saint-Sauveur pour les maux de nerfs, Barèges pour la guérison des ulcères et des plaies, Bagnères-de-Bigorre pour la mélancolie et les obstructions; mais nous voulions acquérir des notions plus exactes et nous espérions obtenir des renseignements plus précis des médecins habitués à l'administration des eaux thermo-minérales. Je désirais aussi, en revoyant des lieux que j'avais parcourus vingt ans auparavant dans l'intérêt de la botanique, reprendre, pendant quelques instants de loisir, les recherches et l'étude des plantes pyrénéennes, ne fût-ce que pour en renouveler dans mon herbier les échantillons. J'extrais de mes cahiers-journaux de ce voyage les notes relatives aux établissements thermaux.

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 novembre 1885.

Eaux de Cauterets.

A Cauterets, il y a deux groupes de sources bien séparés :

A. Les *Sources de l'Est*, au nombre de quatre, savoir : César, Pause, les Espagnols, Bruzeaud. Ce sont les plus anciennement connues; on trouve des vestiges des établissements romains. Elles sont situées à la base du *pic des Bains*, et portaient autrefois, du temps de Théophile de Bordeu, en 1748, le nom d'*Eaux des Bains*. Leur situation à pic au-dessus de la ville fait qu'on s'y rend en chaise à porteurs : 1° *Bains de César* ou *Bains d'en haut*, température 38°3/4, thermomètre Réaumur; il y a 4 baignoires et 2 douches. C'est à cette source que l'on puise les eaux minérales que l'on exporte dans l'intérieur de la France. Cet établissement appartient à l'État; aussi, l'installation laisse beaucoup à désirer; 2° *Bains de Pause* (du nom d'un chirurgien), assez joli établissement placé au-dessous du précédent, à 200 mètres au-dessus de la ville; 16 baignoires dans 12 cabinets, 2 douches; température, 36°,5 (Réaumur); 3° *Bains des Espagnols*, contigus à Pause, mal tenus; 2 baignoires, 1 douche, 38°; 4° *Bains Bruzeaud* (du nom du propriétaire), établissement presque neuf, proprement tenu, avec galerie et jardin, à quelques mètres au-dessus de la ville; 2 douches, 1 buvette, température du premier réservoir, 30°5, du deuxième, 28°5, du troisième, 22°4. Suivant M. Labat, inspecteur, cette source contient plus de soude et moins de matière onctueuse que la Raillère; aussi en recommande-t-il les bains dans les circonstances où il est nécessaire de ranimer les forces languissantes, comme dans les engorgements scrofuleux, les affections asthéniques de l'utérus, etc.; comme boisson, il prescrit de préférence l'eau de Pause.

B. Les *Sources du Sud* sont situées à une demi-lieue de Cauterets en remontant le Gave; les principales sont la *Raillère*, le *Petit-Saint-Sauveur*, le *Pré*, le *Bois*, le *Mahourat*. 1° La *Raillère* (nom d'un seigneur distingué de la province qui allait ordinairement prendre les eaux à cette source); cet établissement, le plus fréquenté de tous, est situé sur la rive gauche du Gave, au pied de la montagne; il appartient à l'État et est fort négligé sous le rapport de l'agrément et de la propreté ; 16 baignoires, nombre tout à fait insuffisant; ni galerie ni jardin; température de l'eau des bains, 31°3, celle de la buvette, 27°5; celle-ci est très fréquentée. L'odeur est bien sulfureuse, mais le goût n'en est pas très désagréable; on en prend 2, 3, 4 verres à différents intervalles. Quelques personnes mitigent l'activité de l'eau sulfureuse en la mélangeant de lait. Ces eaux déposent dans les tuyaux de conduite en contact avec l'air extérieur une assez grande quantité d'une matière grasse, onctueuse, blanchâtre ou grisâtre; cette substance est regardée comme une sorte de savon formé par la combinaison de l'huile de pétrole avec la soude résultant de la décomposition du sulfure; 2° le *Petit-Saint-Sauveur*, placé sur la rive droite du torrent, un peu plus loin que la Raillère ; 6 cabinets, dont 4 à 2 baignoires; température inférieure à celle de la Raillère; 3° le *Pré*, voisin du précédent, assez bien tenu; baignoires, douche, buvette; température des bains, 36 degrés, de la buvette, 38 degrés; 4° le *Bois*, diffère bien peu du Pré; température, 36°6; 5° le *Mahourat* (mauvais trou), cette source surgit dans l'anfractuosité d'un rocher, à quelques pas de la rive droite du torrent; on ne peut la mettre en usage qu'en boisson; il n'y existe aucun établissement de bains, pas de douche; température, 37°2. Il y a encore trois autres sources désignées sous les noms de *Bayard*, d'*Amour*, des *Œufs*, qui sont plus ou moins recouvertes par les eaux du Gave; leur température très élevée ne peut être rigoureusement appréciée tant qu'elles ne seront pas garanties de la filtration des eaux pluviales.

Toutes les eaux de Cauterets surgissent du sein de bancs schisteux; elles sont éminemment sulfureuses et exercent par conséquent une action plus ou moins excitante ou tonifiante sur nos organes; il est donc prudent de ne les prescrire que dans les affections caractérisées par la débilité et la langueur des forces vitales; il convient donc aussi de les bannir du traitement de toutes les maladies accompagnées d'un état d'exaltation des propriétés vitales, des inflammations, et en général de toutes les affections aiguës.

Combien peu de praticiens se conduisent d'après ces principes !

Une bonne analyse chimique des eaux de Cauterets manque à la science.

Froides et exposées à l'action de l'air, elles paraissent perdre toutes leurs vertus.

D'après le docteur Labat, voici l'échelle progressive de leur qualité excitante (prises en boisson) : la Raillère, Pause, Pré, Mahourat, Espagnols, César.

Nous eûmes un long entretien avec ce confrère qui, décorant les eaux de Cauterets de l'épithète *vitales*, les préconise excessivement. D'après lui, toutes les eaux thermales des Pyrénées se trouvent à Cauterets : les Eaux-Bonnes à la Raillère, Barèges à Pause et César, Saint-Sauveur-de-Luz au Petit-Saint-Sauveur, etc.; et, bien entendu, les exemples de cures merveilleuses pullulent dans sa pratique; il vante leur emploi dans les engorgements des viscères abdominaux; on commence par la Raillère qui est moins active; dans le cas d'éréthisme ou de douleur, il coupe l'eau minérale avec de l'eau d'orge; il la prescrit aussi en boisson et demi-bains dans les catarrhes pulmonaires chroniques accompagnés de crachats visqueux et sans irritation, dans l'asthme humide, dans les hémoptysies passives; dans les maladies atoniques de l'estomac, il coupe les eaux avec une légère décoction de quina, de valériane, etc., et leur associe des sucs d'herbes. La Raillère et le Petit-Saint-Sauveur sont recommandés dans les affections hémorrhoïdaires; dans les scrofulies, les bains et douches de Bruzeaud sont efficaces (à cause de l'excès de soude); la préférence donnée à la Raillère dans les affections nerveuses avec éréthisme paraît dépendre de ce que ces eaux renferment une plus grande proportion de la substance onctueuse et blanchâtre qui se dépose dans les tuyaux de conduite; Pause et César, en bains et douches, pour les paralysies, le rhumatisme chronique. Les bains et douches du Bois sont préconisés dans les rétractions musculaires par vice arthritique; dans le cas de stérilité par atonie ou engorgement muqueux de l'utérus, l'usage de Pause, en injections et demi-bains, est recommandé.

La situation élevée de Cauterets (900 mètres au-dessus du niveau de la mer), son air vif, sa température variable et assez généralement froide, la fréquence des brouillards, me paraissent être des conditions très défavorables pour la cure des maladies de la poitrine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 novembre 1885, a été promu dans le corps de santé militaire, au titre du Tonkin, pour prendre rang dudit jour, et a été maintenu, par décision du même jour, dans son emploi actuel.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Lhéritier de Chezelle, médecin aide-major de deuxième classe aux ambulances du corps du Tonkin.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les laboratoires d'enseignement de zoologie, anatomie et physiologie comparée, de la Sorbonne, s'ouvriront le 25 novembre 1885, sous la direction de M. le professeur de Lacaze-Duthiers, et de M. Yves Delage, professeur à la Faculté des sciences de Caen, chargé de cours.

Les travaux pratiques auront lieu tous les jours de onze heures à quatre heures. Ils consisteront en dissections, exercices pratiques et conférences d'anatomie, physiologie et zoologie, dont les sujets seront pris dans les programmes de la licence et de l'agrégation des sciences naturelles. Les laboratoires de recherches seront ouverts pendant toute l'année scolaire, à la Sorbonne; aux stations maritimes de Roscoff (Finistère) pendant l'été, et de Banyuls-sur-Mer, laboratoire Arago (Pyrénées-Orientales) pendant l'hiver.

On s'inscrit de deux heures à quatre heures au secrétariat de la Faculté des sciences. Réunion et classement des élèves en séries à midi et demi au laboratoire de zoologie de la Sorbonne.

— *Muséum.* — Le laboratoire de botanique (classifications et familles naturelles) de M. le professeur Bureau sera ouvert pour

les travaux d'études et de recherches, tous les jours, à partir du 1er décembre 1885, de onze heures à quatre heures. Les étudiants qui se proposent d'y travailler peuvent se faire inscrire, de midi à quatre heures, aux galeries de botanique du Muséum d'histoire naturelle. Les conférences commenceront au printemps en même temps que le cours de botanique.

— M. le docteur Léon Labbé reprendra ses conférences de clinique chirurgicale, à l'hôpital Beaujon, le mardi 1er décembre, à neuf heures du matin, et les continuera les mardis suivants.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des maladies du système nerveux, par le professeur J. Grasset, suivi d'un appendice sur l'électrothérapie en général, par le docteur Regimbeau. 3e édition, 1 fort vol. in-8o avec 73 figures intercalées dans le texte et 16 planches, dont 7 en chromolithographie, eau-forte et photographie. — Prix : 28 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Anatomie pathologique du système nerveux, cours complémentaire, professé à la Faculté de médecine de Paris par le docteur Raymond. 1 vol. in-8o avec 114 figures intercalées dans le texte et 2 planches en chromolithographie. — Prix : 9 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Manuel de chirurgie d'armée, par le docteur Audet, médecin-major de deuxième classe, etc. 1 vol. in-18 avec 43 figures intercalées dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Des influences modificatrices de l'organisme dans leurs rapports avec la maladie, par le docteur Andrieu. In-8o. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18662

N° 138. — SAMEDI 28 NOVEMBRE 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 28 NOVEMBRE 1885. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Fistules ombilicales pariétales.

Les auteurs admettent quatre ou cinq variétés de fistules ombilicales, distinctes les unes des autres, soit par leur origine, soit par la nature des produits morbides auxquels elles donnent issue : les fistules pariétales ou péritonéales, conséquences, pour la plupart, de phlegmons dans l'épaisseur ou à l'une des surfaces des parois abdominales, les plus communes et les plus simples de toutes ; les fistules biliaires ou hépatiques causées et entretenues soit par un abcès du foie, soit par des calculs biliaires ; les fistules vésicales ou urinaires ; enfin la grande catégorie des fistules intestinales, diverticulaires, pouvant donner lieu à l'issue d'une grande variété de produits provenant des intestins. On y pourrait ajouter encore la variété très rare des fistules kystiques. De ces différentes variétés, M. Trélat, en se basant sur ses observations personnelles, n'en admet que quatre : les fistules pariétales, les biliaires, les vésicales et les intestinales. L'existence de ces fistules est, du reste, assez rare pour que, pendant une période de huit années de son enseignement clinique, il n'en ait pas observé en tout plus de cinq cas, y compris celui qui se trouve en ce moment dans son service, et qui a été l'occasion des quelques considérations qu'il a émises dans l'une de ses dernières leçons, et que nous allons reproduire en partie.

Voici comment se décomposent les cinq cas observés par M. Trélat : deux cas de la variété la plus simple, où la fistule a été consécutive à un phlegmon suppuré de la région ombilicale, tous deux suivis de guérison ; trois cas fort graves et très difficiles.

On en jugera, du reste, par la relation suivante de l'un de ces trois cas, qui s'est terminé d'une manière fatale.

Une jeune fille de seize à dix-sept ans entra, il y a trois ans, en 1882, dans le service de M. Trélat, alors à l'hôpital Necker, pour une affection dont le début remontait, à cette époque, à une douzaine d'années. Elle n'avait guère que trois ans ou quatre au plus, en effet, lorsqu'on s'aperçut que, sans causes appréciables, son ombilic était devenu gros et rouge ; bientôt il s'y fit au centre une ouverture qui donnait passage à des matières de très mauvaise odeur, très probablement fécaloïdes. L'enfant, soignée à l'hôpital Sainte-Eugénie, en sortit au bout de quelque temps guérie, portant un bandage ombilical, qu'elle garda jusqu'à l'âge de quatorze ans. A cette époque, le bandage ayant produit de la gêne, elle cessa d'en faire usage. Peu de temps après, apparut, au-dessus de la cicatrice ombilicale, une nouvelle tumeur qui rougit et s'abcéda, donnant issue à un mélange de pus et de sang. L'orifice de cet abcès resta fistuleux, se refermant par moments pour se rouvrir de nouveau. Il y avait trois ans que cet état persistait, lorsque cette jeune fille, alors âgée de dix-sept ans, entra à l'hôpital Necker. Voici ce qui fut constaté à ce moment :

Il existait à la région ombilicale, un peu au-dessus et à gauche de la cicatrice, une petite saillie du volume de la pulpe du doigt, petite tumeur herniaire, réductible. Au-dessous et à droite de l'ombilic, on voyait un petit orifice entouré d'un bourrelet rouge, rosé ; c'était l'orifice de la fistule.

Un stylet, introduit par cet orifice dans le trajet qui lui faisait suite, pénétrait jusqu'à une profondeur de 5 à 6 centimètres. La palpation de la région sous-jacente à la fistule indiquait l'existence, du côté droit et suivant le trajet d'une ligne qui joindrait l'ombilic à la partie moyenne de la fosse iliaque, d'une induration profonde, tout à fait indépendante des téguments et présentant des adhérences probables avec l'intestin.

D'après ces caractères, M. Trélat se crut fondé à considérer cette fistule comme une fistule entéro-ombilicale, causée par la présence d'un corps étranger, s'appuyant en cela sur les motifs qui devaient faire exclure l'idée de fistule biliaire, ou de fistule urinaire, ou d'une fistule diverticulaire congénitale.

Sur ces entrefaites, M. Trélat ayant quitté le service pour passer à l'hôpital de la Charité, le chirurgien qui fut chargé passagèrement de le remplacer, pratiqua sur cette jeune fille une opération sérieuse, qui provoqua, malheureusement, une péritonite mortelle.

Tout récemment, M. Trélat a eu l'occasion d'observer un autre cas de fistule ombilicale, mais de nature bénigne cette fois. Il s'agissait d'un homme de quarante-deux à quarante-trois ans, vigoureux, bien portant d'ailleurs, d'une grande activité, qui, sans cause appréciable, fut pris de douleurs et d'inflammation de la région ombilicale ; on se borna à appliquer des cataplasmes ; il se forma un abcès qui s'ouvrit

par la profondeur de l'ombilic et laissa, après l'évacuation, une ouverture fistuleuse. Lorsque M. Trélat le vit, pour la première fois, il constata l'existence d'une fistule dans les profondeurs de l'ombilic, mesurant un trajet de 7 à 8 centimètres environ. L'indication était précise. Il fit une large incision qui, en mettant le trajet fistuleux à découvert, fit reconnaître la cause très singulière et très inattendue des accidents qui s'étaient manifestés : irritation locale de la région, phlegmon, abcès, fistule ; c'était une boule de matière sébacée. Or, le malade en question était un homme du monde, d'une tenue parfaite, et ayant des habitudes de très grande propreté. Des faits de ce genre ont été observés quelquefois chez des enfants, par les chirurgiens des services d'enfants. M. Lannelongue en a vu, paraît-il, quelques cas à l'hôpital Trousseau ; mais aucun des chirurgiens d'hôpitaux d'adultes n'a dit en avoir vu.

Arrivons au malade qui est en ce moment dans le service. C'est un homme de vingt-sept ans, jusque-là sans antécédents pathologiques, lorsque, il y a trois ans, après avoir subi un refroidissement, il a été pris d'un frisson, suivi de douleurs abdominales, qui ont persisté pendant deux mois, s'accompagnant d'une légère tuméfaction de la région ombilicale, et l'ont obligé de suspendre tout travail. Au bout de ces deux mois, se sentant mieux, il reprit son travail, mais de temps en temps il éprouvait de semblables douleurs qui l'obligeaient à l'interrompre de nouveau. Il y a deux mois et demi, il a eu pendant la nuit une de ces crises douloureuses, plus violente que les autres. A partir de ce moment, la tumeur augmenta de volume et acquit graduellement les dimensions du poing ; il y éprouva des élancements ; le 1er novembre, elle s'abcéda spontanément par l'ombilic.

Voici ce que l'on constata à son entrée dans le service : une tuméfaction de la paroi abdominale très appréciable au toucher, dans la région médiane sous-ombilicale, légèrement saillante, occupant toute l'épaisseur de la paroi abdominale. La compression détermine l'issue d'un pus épais par l'ombilic. Un stylet introduit par l'orifice fistuleux, d'où émerge ce pus, pénètre jusqu'à 9 centimètres dans la direction du petit bassin, en bas et en arrière.

A laquelle des catégories de fistules ci-dessus énumérées pouvait-on rattacher celle-ci ? Ce n'était ni une fistule biliaire, ni une fistule vésicale ou urinaire, ni une fistule intestinale ; elle ne présentait aucune des conditions, aucun des caractères de ces trois variétés. Restait la catégorie des fistules péritonéales ou pariétales. Devait-on voir ici un de ces phlegmons sous-péritonéaux, décrits dans le temps par M. Féréol, ayant pour origine ou pour point de départ une péritonite tuberculeuse ?

La question pouvait être posée ici, d'autant que cet homme présentait, en effet, quelques signes suspects du côté de la poitrine, de petits craquements au sommet des poumons. Mais une péritonite tuberculeuse qui daterait de trois ans sans avoir fait depuis aucun progrès, et sans avoir laissé d'autres traces ni donné lieu à aucun accident nouveau, n'était pas une hypothèse admissible. M. Trélat, en conséquence, s'est arrêté au diagnostic d'une fistule due à un phlegmon pariétal sous-ombilical, le phlegmon sous-ombilical d'Heurtaux.

Restait la question d'étiologie, très obscure et très difficile à résoudre dans ce cas.

Quelle était ici l'indication curative ? Elle était des plus simples : donner issue au pus retenu dans la tumeur, au moyen d'un trocart volumineux ; dilater l'orifice de la fistule, afin de pouvoir introduire un gros drain. C'est ce qu'a fait, séance tenante, M. Trélat, se réservant plus tard, si ces moyens restaient insuffisants, de procéder à une opération plus importante.

La pneumonie lobaire aiguë primitive et les pneumonies secondaires au point de vue de la théorie microbienne (1).

Les partisans de l'unité de la pneumonie expliquent les pneumonies secondaires par la débilitation qui ouvre une voie facile au germe morbide. Si la présence d'un seul et même microbe chez tous les pneumoniques était démontrée, disait M. H. Barth dans le travail que nous avons cité, ce serait un argument décisif en faveur des nouvelles doctrines. Cette démonstration est-elle faite ou près de se faire ? C'est ce qu'un avenir peut-être prochain nous apprendra. Quant à M. Broca, dont nous continuons à analyser ici le récent travail, il se borne à dire, à ce sujet, que dans sa dernière observation personnelle (pneumonie au cours du choléra), le coccus capsulé de Friedländer a été trouvé par M. Balzer tant dans les crachats que dans les liquides obtenus par le raclage du poumon.

Voici quelques-uns des arguments que M. Broca déduit de ses observations pour l'étude de cette question :

Sans doute, dit-il, dans les pneumonies secondaires, la marche clinique de l'affection pulmonaire peut être plus ou moins déviée de son type classique. Mais n'y a-t-il pas des cas où elle garde complètement son allure caractéristique ? C'est la règle quand on la voit survenir pendant la convalescence. Il se demande où sera alors la limite entre les pneumonies simples et les pneumonies spécifiques. Dira-t-on qu'une pneumonie survenant deux mois après une variole (comme dans l'observation de M. Malécot citée plus haut) est encore de nature variolique ? Bien que cela paraisse peut-être un peu excessif, cependant dans le cas précité la pneumonie a eu un aspect infectieux bien autrement manifeste que dans celles qui ont été constatées par plusieurs observateurs après la défervescence de la fièvre typhoïde.

La même difficulté se présente pour les observations de pneumonie précédant la fièvre typhoïde. Tantôt il y a une transition et comme une fusion à peu près inappréciable entre la pneumonie et la fièvre typhoïde, ou même simultanéité d'évolution, comme dans les observations rapportées par M. Cadet de Gassicourt. D'autres fois, au contraire, notamment dans un cas recueilli par un auteur allemand, ce n'a été que le vingt et unième jour après l'invasion d'une pneumonie franche, dont l'évolution avait duré onze jours, que se manifestèrent les premiers symptômes d'une fièvre typhoïde à laquelle le malade succomba en sept jours.

Doit-on voir, dans ce fait, entre la fièvre typhoïde et la pneumonie un lien pathogénique qui ferait de ces deux manifestations morbides successives les deux phases d'une pneumotyphoïde ? Ou bien y a-t-il eu deux maladies distinctes, indépendantes l'une de l'autre ? Ne peut-on pas se faire la même question pour la plupart des cas rapportés dans ce travail, où la pneumonie se serait greffée, comme pure complication, sur la maladie infectieuse principale, éruptive ou autre ? Auquel cas, ces phénomènes lobaires ne devraient plus être considérés comme des affections secondaires, au même titre que les broncho-pneumonies de la

(1) Voir la Revue clinique du 21 novembre 1885.

variole, de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche, mais bien comme des pneumonies primitives ou simplement compliquantes.

La question soulevée par M. Broca est-elle susceptible, dans l'état actuel de la science, d'être résolue par les recherches microbiennes récentes?

On sait que les résultats des premières recherches faites sur les micro-organismes de la pneumonie aiguë ont manqué de concordance, et qu'il a fallu les expériences réitérées du docteur Afanassiew pour arriver à distinguer, dans les véritables parasites de la pneumonie découverts par Friedländer et contrôlés depuis par Talamon et par Babès, trois variétés de micro-organismes : un grand micrococcus rond, un micrococcus petit et rond, et un microbe ovoïde ou lancéolé, ce dernier seul étant caractéristique de la pneumonie.

Voici en quels termes MM. Cornil et Babès, dans leur bel ouvrage récent sur *les Bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses*, résument l'état présent de ce point de la science, en ce qui concerne la pneumonie :

« Il est bien démontré, par le nombre considérable d'examens histologiques qui ont été faits de l'exsudat fibrineux de la pneumonie ou de la pleurésie qui l'accompagne, par Friedländer, Talamon, Afanassiew, par nous-mêmes, par tous les anatomo-pathologistes, qu'on trouve toujours, dans la pneumonie aiguë, les microcoques caractéristiques..... De l'amphithéâtre et du laboratoire, ces données ont passé dans les salles de malades. Les cliniciens ont trouvé ces mêmes microcoques dans les crachats. » C'est ainsi que parmi nous MM. G. Sée et Labadie-Lagrave, dans le deuxième volume de leur *Médecine clinique*, traitant des *Maladies spécifiques (non tuberculeuses) du poumon*, ont déduit de ces données toutes les conséquences et déductions cliniques qu'elles comportent.

Cette tendance à unifier toutes les pneumonies et à en ramener toutes les variétés et tous les degrés à un type originaire commun, n'a cependant pas encore rallié tous les cliniciens, et elle n'est pas à l'abri d'objections plus ou moins sérieuses, que nous avons déjà énoncées à plusieurs reprises dans nos Revues. MM. Cornil et Babès ne font d'ailleurs aucune difficulté de reconnaître qu'il reste toujours une distinction à faire en clinique entre les pneumonies franches considérées comme le résultat d'une inflammation simple et les pneumonies infectieuses. « Il est certain, disent-ils, qu'on rencontre constamment les mêmes lésions du poumon et de la plèvre et les mêmes microbes dans toutes les pneumonies aiguës franches, aussi bien que dans celles qui pourraient mériter le nom d'infectieuses. Les mêmes lésions et les mêmes microbes caractérisent toutes les pneumonies aiguës lobaires primitives, franches ou d'apparence infectieuse. Elles ne diffèrent, au point de vue anatomique, que par leur étendue et par les lésions qui les accompagnent. »

Quant aux pneumonies secondaires, celles précisément qui nous intéressent plus particulièrement ici, les études microscopiques ne sont pas encore assez avancées à cet égard, pour qu'on ait pu jusqu'ici se prononcer sur leur assimilation aux pneumonies primitives au point de vue de l'identité de leur microzoaire. La question est réservée. Elle l'est également pour les pneumonies dues aux corps étrangers et aux traumatismes.

COEXISTENCE DE L'ÉRYSIPÈLE ET DE LA SCARLATINE

Par M. le docteur A. Vigot,
Chef de clinique médicale à l'École de médecine de Caen.

Dans son numéro du 6 octobre, la *Gazette des hôpitaux* publiait des observations de M. le professeur Grancher, sur la « coexistence sur le même sujet de la rougeole et de la scarlatine ».

« Aujourd'hui, dit M. Grancher, la coexistence de deux ou trois virus sur le même malade est une question jugée et admise par tous ; la contemporanéité et la superposition de deux fièvres éruptives sont actuellement reconnues. »

Nous venons de voir un exemple de cette coexistence de deux virus : le virus érysipélateux et le virus scarlatineux, ou autrement la superposition, la contemporanéité du microbe érysipélateux et du microbe scarlatineux. L'érysipèle pouvant être assimilé à une fièvre éruptive, cette coexistence de l'érysipèle et de la scarlatine peut donc être comparée à la coexistence de la rougeole et de la scarlatine.

Pes..., fillette âgée de onze ans, rive droite du canal. Elle s'est fait, à l'école, une plaie contuse au niveau de la queue du sourcil droit, il y a cinq ou six jours. Depuis deux jours, elle a de la fièvre, quelques nausées, la langue sale.

Autour de la plaie est apparue une rougeur avec saillie de la peau et bourrelet sur les limites. Les paupières du côté droit sont œdématiées et ne peuvent s'ouvrir.

Je vois l'enfant à ce moment, 25 juin. La température est de 38°,4; le pouls à 92. Le diagnostic ne souffrait aucune difficulté : nous étions en présence d'un érysipèle.

Le 27, l'enfant se plaint de mal de gorge. Je constate une légère angine. Température, 39°,8 ; pouls à 110. La plaque érysipélateuse n'a guère progressé, elle est restée à la partie supérieure de la joue.

Mais en regardant le corps de l'enfant, on découvre des taches rouges, par plaques plus ou moins larges, taches avec piqueté d'un rouge plus accentué. Dans l'intervalle de ces plaques, la peau est saine. En passant l'ongle sur ces plaques rouges, on détermine une raie blanche qui ne tarde pas à disparaître.

Les jours suivants, la température baisse et l'éruption disparaît. Je fais garder la chambre à l'enfant.

Le 18 juillet, vingt et un jours après l'éruption, l'enfant présente de l'œdème des paupières et un léger nuage albumineux dans l'urine. La desquamation n'est pas encore terminée.

Le 22 juillet, on me rappelle pour sa petite sœur (quinze mois) qui a contracté la scarlatine (fièvre, angine, éruption). L'issue dans les deux cas a été favorable.

Voilà une observation où il n'y a point lieu de mettre en doute la coexistence des deux fièvres éruptives. La marche, la nature de l'éruption, la température et la contagion elle-même ne laissent place à aucune hésitation.

Notons que la petite fille de quinze mois, que l'on n'avait pu isoler, n'a contracté la scarlatine que vingt-cinq jours après l'éruption de sa sœur aînée, dans la période de desquamation, comme cela arrive toujours, et non dans la période d'éruption, l'incubation étant de six jours environ.

L'influence des deux fièvres l'une sur l'autre a été presque nulle. Cependant l'érysipèle a peut-être été moins long. Quant à la scarlatine, elle a suivi son évolution normale. Pour le pronostic, il n'en a pas été aggravé.

THÉRAPEUTIQUE

Le taffetas Berthault, par M. le docteur ACHENNE.

Nous recevons fréquemment des échantillons ou spécimens de nouveautés pharmaceutiques, j'entends parler ainsi de produits nouveaux, soit par la forme ou le mode de préparation, soit par leur nature même ou leur composition. Il nous est absolument impossible, de toutes façons, de les signaler tous. Mais il en est qui méritent une mention, parce que ce sont de véritables contributions de la pharmacie à la thérapeutique.

Nous appelons aujourd'hui l'attention de nos lecteurs sur le taffetas Berthault, une des plus élégantes et des plus intéressantes parmi ces inventions nouvelles.

Jusqu'à présent, nous avions, pour appliquer le pansement par occlusion aux coupures, à certaines plaies et aux éruptions eczémateuses et impétigineuses, les divers sparadraps adhésifs, c'est-à-dire des toiles relativement épaisses sur lesquelles étaient étendues et adhérentes des couches d'emplâtres divers, simples ou composés; nous avions les divers taffetas noirs et roses et la baudruche gommée, et, depuis quelques années, des toiles de caoutchouc, de gutta-percha laminée, etc., etc. En somme, notre arsenal, à ce point de vue, paraissait abondamment pourvu et même riche d'engins perfectionnés.

Malgré tout, cette richesse apparente cachait une disette réelle, si l'on en juge par les défauts et les inconvénients de ces topiques si nombreux. Quoi qu'il en soit, on peut affirmer que le dernier venu de ces moyens nouveaux laisse très loin de lui tous ses aînés.

Le taffetas Berthault est diaphane; il a la transparence de la très mince lame de verre qui sert de couvre-objet au microscope; son épaisseur est celle d'une pelure d'oignon. Il représente un épiderme artificiel et translucide, au travers duquel on peut voir, comme à nu, l'état du derme ou des tissus sur lesquels il est appliqué.

Il est souple et élastique comme le caoutchouc; sa résistance est grande contre toute vraisemblance.

Il donne l'idée d'une très mince lame de gélatine ou d'une couche légère de collodion; mais il est infiniment supérieur à ce dernier.

Il est adhésif sur ses deux faces, ce qui permet de l'appliquer sur lui-même, et, au besoin, de multiplier les couches. Il est imperméable aux liquides et insensible aux variations de température.

Au point de vue chimique, il est neutre, inattaquable par les acides et les alcalis, et par les liquides de l'économie.

Toutes ces propriétés sont faciles à contrôler. Il en est d'autres pour la vérification desquelles il serait nécessaire de recourir aux procédés de la chimie. Cette préparation admet dans sa composition quelques-uns des principes que l'expérimentation a démontrés doués de propriétés antiseptiques.

Je n'hésite pas à prédire, avec la conviction la plus absolue, à ce nouveau-né de la pharmacie le plus large succès.

Je ne connais rien de plus parfait pour le pansement des coupures, des gerçures de toute sorte, des brûlures, des plaies chirurgicales, où le mackintosh et la protective lui céderont la place aussitôt qu'il sera connu des chirurgiens; pour le pansement des eczémas dans le traitement desquels il a fait déjà ses preuves. Mieux que tous les masques, il se prête à recouvrir les surfaces les plus inégales.

Le taffetas Berthault doit incontestablement prendre un des premiers rangs dans la grande et la petite chirurgie. Il doit aussi être un des objets de pansement les plus nécessaires dans la médecine domestique.

Il trouvera son emploi toutes les fois qu'il y a lieu d'isoler des surfaces, de pratiquer l'occlusion et l'antisepsie. L'isolement, l'occlusion, l'antisepsie, ne voilà-t-il pas les trois termes qui marquent tous les progrès réalisés par la chirurgie contemporaine?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 novembre 1885. — Présidence de M. DUPLAY.

COMMUNICATIONS

Persistance des règles après l'ovariotomie double. — **M. DUPLAY**, à propos du procès-verbal, cite plusieurs faits qui tendent à prouver que la persistance des règles, après l'ovariotomie double, est due le plus souvent à des ovaires supplémentaires.

M. TERRIER a reçu de M. Ménard Saint-Yves, sous-directeur du Jardin d'acclimatation, une note sur un fait de médecine vétérinaire se rapportant au sujet en discussion. Il s'agit d'une vache du Jardin d'acclimatation qui, étant atteinte de certaines poussées qui avaient pour effet de diminuer la quantité de son lait, a subi la double castration, ainsi qu'on la pratique dans ces cas; ces mêmes poussées ayant continué après l'opération, cette vache fut abattue, et, à l'autopsie, on trouva que le pédicule avait été placé sur le tissu ovarien lui-même; l'ovaire était congestionné; il y avait des ovules sur cet ovaire. On se trouvait donc exactement dans le cas d'une ovariotomie incomplète.

Arrachement du médius. — **M. POLAILLON** fait un rapport sur une communication de M. Cravin, relative à un arrachement du médius chez une femme qui était occupée à essuyer, avec un chiffon, une roue de transmission en mouvement. Le chiffon ayant été accroché, le médius fut arraché. M. Farabeuf a démontré que pour arracher ainsi un médius il fallait une force de 150 kilogrammes. L'arrachement se fait au niveau des phalanges plutôt qu'au niveau des articulations. C'est ce qui eut lieu dans le cas présenté par M. Cravin. On voit en effet sur la pièce que la rupture s'est faite au niveau de la deuxième phalange. Les tendons superficiels ainsi que les tendons profonds ont été arrachés. M. Cravin signale, dans son observation, l'absence complète de douleur au moment de l'accident et l'extrême bénignité des suites.

Traitement des kystes hydatiques du foie par la laparotomie. — **M. RICHELOT** rappelle que M. Verneuil a proposé d'opérer les kystes hydatiques du foie par la ponction avec un gros trocart, remplacé ensuite par un gros tube en caoutchouc rouge. Malgré les succès assez nombreux obtenus par ce procédé, il y avait lieu de rechercher si l'on ne pourrait aller plus loin et si la laparotomie ne créerait pas de nouvelles ressources pour le traitement de ces kystes. Il y a quelques mois, M. Terrier présentait à la Société une observation de kyste hydatique du foie, pris pour un kyste de l'ovaire, et traité, avec succès, par la laparotomie. Il s'agissait ici d'une erreur de diagnostic; mais M. Richelot se demande s'il n'y aurait pas lieu d'ériger la laparotomie en méthode générale de traitement des kystes hydatiques du foie.

Passant en revue les divers modes de traitement employés jusqu'ici, M. Richelot rappelle que l'électrolyse paraît avoir donné de bons résultats; il déclare n'avoir sur cette méthode aucune expérience personnelle. Les ponctions capillaires ont donné bien rarement une guérison véritable et définitive. En outre, ces ponctions, répétées, amènent la suppuration. Elles peuvent avoir d'autres dangers; M. Richelot en cite un exemple: un malade atteint de kyste hydatique du foie avait subi, à l'Hôtel-Dieu, deux ponctions capillaires. M. Richet, devant une troisième récidive et la suppuration, avait eu recours à la méthode de Récamier. Pour achever le traitement commencé par M. Richet, M. Richelot, qui le remplaçait dans son service, choisit un gros trocart et fit une ponction suivie d'une injection phéniquée au quarantième. Le malade mourut le lendemain de péritonite suraiguë. A l'autopsie, on reconnut que l'escharification s'était faite au niveau d'une péritonite suppurée, prise pour une récidive de kyste hydatique du foie. Ce fait prouve que les ponctions capillaires peuvent avoir un sérieux danger. Le traitement de Récamier est long, douloureux et non sans danger; aussi n'a-t-il plus beaucoup de partisans. Quant au traitement de M. Verneuil par le gros trocart, *a priori*, il semble devoir être plus dangereux encore que les ponctions capillaires. Cepen-

dant il a fourni un assez grand nombre de succès. Ces succès, selon M. Richelot, peuvent s'expliquer par la présence d'adhérences, beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. La mortalité est encore de 23 p. 100, d'après M. Rendu, auteur de l'article FOIE du *Dictionnaire Dechambre*.

Parmi les méthodes modernes, il y a le traitement de Wolkmann, qui consiste dans l'incision franche du péritoine. Ici, on voit ce que l'on fait, on a une ouverture large du kyste et une guérison beaucoup plus rapide. L'incision franche du péritoine permet d'appliquer ensuite aux kystes hydatiques du foie le mode de traitement qui convient le mieux, suivant les cas. C'est ainsi qu'a procédé M. Richelot dans le cas suivant :

Il s'agit d'un homme de quarante-six ans, qui entre à l'hôpital Bichat le 3 juillet 1885. Une ponction pratiquée le 28 juillet donne un liquide puriforme. Le 27 août, le kyste s'étant reproduit, M. Richelot pratique l'opération suivante : incision abdominale de 10 centimètres, descendant à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic, permettant d'arriver sur le kyste, décollement de quelques adhérences. Ayant reconnu que ces adhérences étaient générales, M. Richelot se décida à ouvrir le kyste et à en faire l'évacuation totale, à suturer ce qu'il en restait aux parois de l'abdomen, à pratiquer une injection de sublimé, à suturer, etc.; pansement à l'iodoforme, injections qui font sortir des membranes hydatiques. Le 15 octobre, il n'y avait plus rien, et le malade sortait guéri le 21 octobre.

M. Richelot pense que, d'une façon générale, on peut appliquer au traitement des kystes hydatiques du foie l'incision franche du péritoine, la traction de la poche au dehors, sa résection aussi complète que possible, la suture de ce qui reste à la plaie abdominale, ainsi qu'on le fait dans les cas d'ovariotomie incomplète.

M. TERRIER rappelle les deux cas qui ont été opérés il y a peu de temps : l'un sur un agrégé de la Faculté, par un chirurgien étranger; l'autre, par lui-même. Dans ces deux cas, on a fait la laparotomie, on a attiré la poche kystique au dehors, on en a réséqué le plus possible, et on a suturé ce qui restait aux bords de la plaie; dans le cas de M. Richelot, on a fait une simple incision, on a suturé les parois du kyste à la paroi abdominale, puis on a fait un drainage et la suture. Dans les premiers cas, on a agi comme en présence des kystes ovariques non complètement adhérents; dans le dernier, on a agi comme en présence d'un kyste ovarique complètement adhérent. Il s'agissait d'ailleurs, dans ce cas, d'une erreur de diagnostic; on croyait avoir affaire à un kyste ovarique; l'existence de la leucocythémie aurait plutôt fait croire à un kyste de la rate qu'à un kyste hydatique du foie. M. Terrier fit d'abord l'incision abdominale, par laquelle sortirent soixante et onze hydatides; puis il se trouva en présence d'une énorme poche adhérente de tous côtés; il disséqua cette poche petit à petit, en réséqua la plus grande partie; ceci fait, il restait une énorme cavité au-dessous du foie; M. Terrier plaça un gros tube à drainage; les premiers jours, les pansements furent inondés de bile. Dans ces faits, il s'agit de kystes adhérents à la face inférieure du foie. Il reste à déterminer ce qu'il y aurait à faire en présence d'un kyste né de la face convexe du foie.

M. VERNEUIL fait observer que, quand il a imaginé son procédé, il n'était pas encore question d'ouverture du ventre; c'était donc un progrès réel dans la cure des kystes hydatiques du foie. Il a eu des revers, mais dans des cas où tout autre procédé en aurait donné : par exemple, chez une jeune fille qui, en même temps qu'un kyste hydatique du foie, en avait aux poumons, dans la cavité abdominale et ailleurs; chez un homme atteint d'une demi-douzaine de kystes dans le ventre; sur une femme chez laquelle il y avait des adhérences et une fistule entre l'intestin et la cavité du kyste. Dans les cas simples, le procédé de M. Verneuil est d'une extrême simplicité; la guérison s'obtient en cinq ou six semaines; il n'a eu, pour les cas simples, que des succès, et sans aucune inquiétude ni aucun souci. Quand il s'agit du choix d'un procédé, il faut en peser l'efficacité, la bénignité et la simplicité; or, le procédé de M. Verneuil, pour la cure des kystes hydatiques du foie, réunit ces trois conditions. C'est pourquoi, jusqu'à nouvel ordre, il s'en tiendra là.

Il a récemment apporté une modification à ce procédé : il a fait deux ponctions au lieu d'une, l'une au-dessus de l'autre, et, vers le septième jour, après que les adhérences se sont établies, il incise le pont se trouvant entre les deux ponctions; on supprime ainsi la lenteur du troisième temps de l'opération, c'est-à-dire de l'élimination des poches. Toute la cure évolue sans un accès de fièvre, sauf au cinquième ou sixième jour, au moment de l'inflammation éliminatrice. La durée moyenne du traitement est de cinq à six semaines, et encore dans les quinze derniers jours les malades vont et viennent.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE croit qu'il n'y a pas une méthode générale à appliquer au traitement des kystes du foie. Les cas cités par M. Verneuil ont été particulièrement heureux; il y a des cas, en effet, où les ponctions capillaires, à plus forte raison les ponctions avec un gros trocart donnent lieu à des accidents formidables. M. Lucas-Championnière a enlevé un kyste du foie adhérent partout; il ne sait comment ce kyste, aussi bien que celui qui a été opéré par M. Terrier, aurait guéri par une ponction; en outre, il y avait au-devant de lui une anse intestinale qu'on aurait certainement traversée. La malade, opérée par la laparotomie, a guéri en vingt et un jours. Dans un autre cas, M. Lucas a trouvé un kyste dans la substance même du foie, sans adhérences; la malade a guéri en une semaine. Il a vu une femme qui avait subi trois ou quatre ponctions; elle rendait un liquide fétide; si le kyste avait été ouvert directement, elle aurait guéri bien plus rapidement. Il y a beaucoup de circonstances qui peuvent rendre impossible l'évacuation complète d'un de ces kystes par une ponction et par un gros tube à drainage. Il est difficile de mettre dans le même sac tous ces kystes. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'incision de la paroi abdominale et l'incision du kyste sont inoffensives, et il y a tout avantage à voir ce que l'on fait. Il y a des cas, au contraire, où les ponctions sont absolument dangereuses.

M. POLAILLON fait remarquer que l'opération pratiquée par M. Richelot se réduit à la ponction du kyste avec un gros trocart, compliquée d'une incision abdominale. Il aurait mieux aimé la ponction seule et non l'application d'un gros tube. La ponction seule est évidemment moins grave. Elle a donné plusieurs succès à M. Polaillon.

M. TILLAUX n'admet pas que la laparotomie soit érigée en méthode générale de traitement des kystes hydatiques du foie. Il y en a d'abord qui guérissent après une seule ponction. Pour les kystes suppurés, M. Tillaux procède de la façon suivante : incision à la paroi abdominale et flèche de Canquoin laissée à demeure dans le kyste; un beau matin tout le kyste se vide d'un seul coup et la poche se rétracte de suite. La guérison est rapide. Ce procédé a donné de bons résultats à M. Tillaux et il le préfère à la laparotomie.

M. TRÉLAT dit qu'il n'est pas douteux que la laparotomie crée des ressources nouvelles pour le traitement de certains kystes hydatiques du foie, mais ici M. Richelot va trop loin en voulant généraliser cette méthode. En somme, l'accord se fait sur ces points : méthodes de traitement diverses répondant à des diagnostics divers et à des indications diverses. On suit en quelque sorte les progrès du traitement : élargissement des ponctions, tentatives nouvelles dans le sens de la laparotomie, incisions exploratrices qu'il faut savoir appliquer à propos.

M. RICHELOT fait remarquer que l'incision de Wolkmann est inoffensive et qu'elle a l'avantage de permettre de voir ce que l'on fait. M. Richelot est pour l'incision franche du péritoine, plutôt que pour un procédé plus incertain et plus aveugle.

PRÉSENTATION DE MALADE

Opération d'Estlander. — M. FAUCAS présente, au nom de M. Bouilly, un jeune homme auquel ce chirurgien a pratiqué l'opération d'Estlander pour une pleurésie purulente datant de deux ans et ouverte spontanément; il a réséqué six côtes et a fait l'excision de la plèvre lardacée, épaissie. Il est ensuite resté une cavité très grande dans laquelle il n'y avait pas trace de poumon et où

l'on voyait battre le cœur et l'aorte. Ce malade a été opéré le 25 septembre; il est aujourd'hui presque complètement guéri. On sent battre le cœur sous la cicatrice.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

321. M. Menut. De la virulence du bubon qui accompagne le chancre mou. — 322. M. Pineau. Du sommeil et des médicaments hypnotiques proprement dits. — 323. M. Ory. Du vomissement chez les phthisiques et de l'application de la cocaïne à son traitement. — 324. M. Degoué. De la version podalique partielle par manœuvres internes et externes combinées. — 325. M. Puglusi. Des accidents causés par la puce chique à la Guyane française. — 326. M. Ladroitte. Étude sur l'oblitération de l'urèthre non congénitale. — 327. M. Sacroste. De l'herpétisme syphilitique post partum. — 328. M. Binaut. Études sur quelques altérations globulaires du sang dans la diphthérie. — 329. M. Fournier. Du rhumatisme articulaire pendant la grossesse. — 330. M. Laisac. Des bains de briques. — 331. M. Dupré. Contribution à l'étude du rhumatisme cérébral. Traitement par l'hydrothérapie. — 332. M. Artzrouny. De l'œdème carpo-métacarpien rhumatismal et de sa pathogénie. — 333. M. Trévelot. Quelques considérations sur l'amputation de l'omoplate avec résection de la clavicule dans le cas d'arrachement du membre supérieur. — 334. M. Rebillard. Des troubles laryngés d'origine cérébrale. — 335. M. Dalché de Desplanels. De l'ovarite. — 336. M. Courtade. Du polype papillomateux du voile du palais.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 novembre 1885, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Leconte, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier : M. Géraud, médecin de première classe de la marine.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 septembre 1885, des concours s'ouvriront le 25 mars 1886, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant d'histoire naturelle et pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine de Nantes.

— Par arrêté ministériel en date du 25 novembre 1885, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'École de médecine de Dijon s'ouvrira le 1er juin 1886 devant la Faculté de médecine de Lyon.

— MM. les médecins du Ier arrondissement de Paris sont informés qu'il sera procédé, le mercredi 1er décembre 1885, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance.

— MM. les médecins du Ve arrondissement de Paris sont informés qu'il sera procédé, le mercredi 16 décembre 1885, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin des bureaux de bienfaisance.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — Ont été proclamés lauréats de l'École pour l'année scolaire 1884-1885 :

Étudiants en médecine. — Première année : premier prix, M. Noir; deuxième prix, M. Fournier.

Deuxième année : premier prix, M. Souligoux ; deuxième prix, M. Bassin.

Troisième année : premier prix (médaille d'argent donnée par M. Nivet), M. Faucillon ; deuxième prix, M. Grasset.

Étudiants en pharmacie. — Première année : prix unique, M. Fraisse.

Deuxième année (médaille d'argent donnée par M. Nivet) : prix unique, M. Gibert.

Prix des travaux pratiques : prix unique, M. Dugnio.

Prix Fleury, donné aux élèves qui ont recueilli le plus d'observations au lit des malades : premier prix, une médaille d'or à M. Grasset, dejà nommé; deuxième prix, une médaille d'argent à M. Faucillon, déjà nommé.

Médailles d'argent données aux élèves les plus laborieux : MM. Bassin, Grasset et Noir, déjà nommés.

Prix des hospices, accordé aux élèves internes qui ont montré le plus de zèle dans le service des malades : partagé entre MM. Faucillon et Grasset déjà nommés, Fouriaux et Bargy.

— *Hospices civils de Saint-Étienne.* — Un concours pour une place de médecin s'ouvrira, le lundi 7 juin 1886, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, devant le conseil d'administration assisté d'un jury médical. Ce concours durera cinq jours et se composera de cinq épreuves.

Le médecin nommé entrera en exercice le 1er juillet 1886. Son traitement sera de 1 500 francs par an. La durée de ses fonctions est fixée à vingt ans. — S'adresser pour les conditions particulières au secrétariat des hospices de Saint-Étienne, rue Valbenoite, 40.

— M. le docteur Henry Labonne, licencié ès sciences naturelles, est chargé d'une mission scientifique aux îles Feroë et en Islande, ayant pour but d'y entreprendre des recherches médicales, zoologiques et botaniques.

— M. le docteur Forget, mort au mois d'août dernier, a légué par testament la nu-propriété de sa fortune à l'Association générale des médecins de France, pour être affectée au service de la caisse des retraites de cette Association.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Yvaren, ancien médecin en chef des hôpitaux d'Avignon.

Le docteur Yvaren avait publié, en 1854, les « Métamorphoses de la syphilis », ouvrage qui a précédé de longtemps les traités didactiques sur ce sujet. Il avait traduit Frascator ; les « Éphémérides » de Baillou; les « Odes » d'Anacréon et les « Bucoliques » de Virgile. Ces deux derniers ouvrages, traduits en vers français, avaient été couronnés par l'Académie française.

Homme bon, généreux, charitable, plein d'esprit, et du meilleur, bienveillant pour les jeunes et pour tous, ayant su ne pas se faire un ennemi, quoiqu'il ait joué un certain rôle en politique, aimé et respecté de tous, il fut, en un mot, le *vir probus, dicendi peritus.*

— M. le docteur Landolt commencera un cours pratique de chirurgie oculaire, le mardi 1er décembre 1885, à deux heures, à l'École pratique, et le continuera tous les mardis à la même heure.

— *Muséum.* — M. le professeur Émile Blanchard commencera son cours de zoologie (animaux articulés) le mercredi 2 décembre 1885, à une heure, dans la galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

Le professeur traitera des caractères zoologiques, de l'anatomie et de la physiologie des insectes, des arachnides et des crustacés. Il exposera en particulier l'histoire des insectes les plus industrieux, des espèces utiles et des espèces nuisibles.

L'entrée du cours est par la terrasse ou par la rue Geoffroy-Saint-Hilaire.

— M. le professeur Léon Vaillant ouvrira le cours de zoologie (reptiles, batraciens et poissons) le jeudi 3 décembre 1885, à une heure, dans la salle des conférences du laboratoire d'herpétologie (ménagerie des reptiles), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Le professeur traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des poissons de l'époque actuelle, et fossiles. Il étudiera plus particulièrement les poissons osseux Anacanthiniens

(Gades et Pleuronectes), en faisant surtout connaître la répartition géographique et bathymétrique des espèces, leur utilité dans l'économie domestique, dans l'industrie, les procédés de pisciculture, etc.

Le cours sera complété par des conférences pratiques au laboratoire et à la ménagerie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bibliothèque anthropologique : la Femme; essai de sociologie physiologique, ce qu'elle a été, ce qu'elle est; les théories, ce qu'elle doit être, par le docteur H. Thulié, ancien président de la Société d'anthropologie, etc. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Physiologie de la voix et du chant, hygiène du chanteur, par le docteur Gouguenheim et Lermoyez. 1 vol. in-8° avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 francs. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Des influences modificatrices de l'organisme dans leurs rapports avec la maladie, par le docteur Andrieu. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Choléra curable; a demonstration of the causes, non contagiousness and successuf treatement of the disease, by John Chapman, M.D. In-8° de 127 pages. — London, 1885, J. et A. Churchill; Paris, Galignani.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18668

N° 139. — MARDI 1er DÉCEMBRE 1885. 58e ANNÉE. MARDI 1er DÉCEMBRE 1885. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.**	». — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les causes des maladies du cerveau (1).

HÉRÉDITÉ. — NÉVROSES. — ALCOOLISME. — DIATHÈSES.

III

2. *Étiologie et pathogénie des affections cérébrales correspondant à des lésions anatomiques connues.* — La dichotomie que j'ai établie au point de vue étiologique, entre les affections sans lésions constatables et les affections avec lésion, pourrait de prime abord vous sembler artificielle, d'autant mieux que certains des éléments étiologiques qui interviennent pour engendrer les premières, interviennent aussi pour produire les secondes. Et cependant, vous allez le voir, l'opposition ou plutôt la distinction que j'ai établie entre l'étiologie des unes et celle des autres est fondée sur de bonnes raisons.

Il ne sera pas inutile de vous rappeler tout d'abord quelles sont les affections qui doivent trouver place dans notre second groupe.

Il faut citer, en premier lieu, l'hémorrhagie cérébrale, résultant d'une rupture vasculaire, le ramollissement, conséquence de l'oblitération des artères. Viennent ensuite les inflammations aiguës de la substance cérébrale, les abcès, puis les inflammations chroniques dont les deux modalités principales sont constituées par la sclérose en plaques (à forme cérébrale ou cérébro-spinale) et par la méningo-encéphalite interstitielle diffuse. Enfin, le cerveau est fréquemment le siège de tumeurs, au premier rang desquelles on doit placer les syphilomes et les tubercules. Je me contente de vous signaler le cancer, les gliomes, dont l'étiologie est encore plus qu'indécise.

Tandis que les vésanies et les névroses semblent, vous l'avez vu, dépendre primitivement et avant tout d'un trouble cellulaire, d'une disposition morbide héréditaire de l'élément noble du cerveau, les lésions que je viens d'indiquer relèvent au contraire d'un trouble vasculaire ou, pour parler plus juste, d'altérations du sang. Aussi l'hérédité joue-t-elle, dans la genèse de ces dernières, un tout autre rôle que dans l'étiologie des premières. L'hérédité nerveuse avait tout à l'heure la place prépondérante. Ici, elle est reléguée à l'arrière-plan. Elle interviendra peut-être pour imprimer une symptomatologie plus accusée aux lésions dont nous nous occupons, peut-être même pour favoriser la localisation sur l'encéphale de certaines diathèses ou maladies infectieuses, mais ce n'est pas elle qui provoquera le développement de lésions. Cela est vrai, non seulement pour le ramollissement cérébral et l'hémorrhagie, mais aussi pour la tuberculose et la syphilis du cerveau, pour les inflammations chroniques ; même, comme vous le verrez, pour la paralysie générale, au moins pour certaines espèces de paralysie générale.

Est-ce à dire que l'hérédité ne joue aucun rôle dans l'étiologie des affections dont je vais vous parler? Non sans doute. Mais ce n'est plus de l'*hérédité nerveuse* dont il s'agit, c'est de l'*hérédité de diathèse,* comme on l'a appelée. Tel malade qui fera une hémorrhagie cérébrale la fera, non parce qu'il est un fils de nerveux, mais parce qu'il est le descendant d'un arthritique, d'un goutteux, d'un scléreux, bref! parce qu'il a hérité de ses ascendants d'une prédisposition non aux troubles nerveux, mais à certaines lésions artérielles. De même, la prédisposition héréditaire pourra n'être pas étrangère au développement de la tuberculose cérébrale, mais là non plus il ne s'agira pas d'une prédisposition nerveuse, mais d'une tendance acquise aux manifestations tuberculeuses. En un mot, l'étiologie des vésanies et des névroses est dominée par l'hérédité nerveuse ; celle des *lésions* du cerveau l'est plutôt par l'hérédité de diathèse.

Cela dit, sur le rôle très différent des deux formes de l'hérédité, entrons dans quelques détails relativement aux causes spéciales et au mécanisme pathogénique des principales altérations du cerveau.

La plupart de ces altérations sont la conséquence de lésions vasculaires déterminées elles-mêmes par les substances toxiques ou les agents infectieux charriés par le sang. Voyez ce qui a lieu, par exemple, pour l'hémorrhagie cérébrale. Les travaux de MM. Charcot et Bouchard ont montré que cette lésion était d'ordinaire, et peut-être toujours, consécutive à la rupture d'un anévrysme miliaire. Or, les anévrysmes miliaires eux-mêmes résultent d'une artérite chronique, endartérite suivant les uns, périartérite suivant les autres. Toutes les conditions accessoires auxquelles on faisait jouer naguère un si grand rôle dans la genèse de

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 novembre 1885.

l'hémorrhagie, la congestion accidentelle du cerveau après le repas, ou sous l'influence du refroidissement, l'hypertrophie cardiaque, etc., sont de simples causes occasionnelles qui peuvent bien amener la rupture d'une artère malade, mais ne sauraient engendrer à elles seules l'hémorrhagie cérébrale. Les causes vraies, réelles, de cette hémorrhagie, sont donc celles qui amènent l'artérite, d'où résultent les anévrysmes miliaires. Ces causes, nous les connaissons insuffisamment ; ce que nous savons, c'est que l'hémorrhagie cérébrale s'observe surtout chez les goutteux, les arthritiques et leurs descendants, chez ceux qui sont atteints de cette disposition générale à faire de la sclérose sur laquelle Gull et Sutton ont principalement insisté, c'est-à-dire chez les individus dont les mutations nutritives défectueuses jettent sans cesse, dans le torrent circulatoire, des produits dont nous ignorons la nature chimique exacte, mais qui vont déterminer par irritation l'artérite d'abord, puis l'anévrysme miliaire.

Comme l'hémorrhagie, le ramollissement est, lui aussi, au moins dans la majorité des cas, la conséquence de lésions artérielles, provoquées encore par des produits irritants charriés par le sang. Je parle du ramollissement par athérome ; je me contenterai, en effet, de vous signaler celui qui dépend d'embolies, dont le point de départ est d'ordinaire dans le cœur. L'athérome artériel est, en effet, vous ne l'ignorez pas, la lésion qui occasionne le plus souvent l'obturation des vaisseaux encéphaliques, et consécutivement la nécrobiose du tissu nerveux. Or l'athérome reconnaît pour cause l'irritation de la paroi artérielle produite le plus souvent par des substances toxiques, notamment par l'alcool. Cette irritation est souvent lente à déterminer ses effets, ce qui explique peut-être que l'athéromasie soit rare dans l'âge adulte, et si commune, au contraire, chez les vieillards.

Ainsi, vous le voyez, au processus assez spécial qui aboutit à l'hémorrhagie, ou à cet autre plus banal qui conduit à l'athérome et à la nécrobiose, ramollissement et hémorrhagie ne sont après tout que de simples accidents au cours, soit d'une maladie dyscrasique (arthritisme et goutte), d'une intoxication (alcoolisme) ou même de certaines maladies infectieuses, qui altèrent la composition du sang en mélangeant à ce liquide soit les déchets d'une nutrition défectueuse, soit une substance toxique, soit des agents organisés (microbes), qui tous ont pour résultat d'amener la dégénérescence ou l'inflammation lente et chronique de la paroi artérielle.

Quelque chose d'analogue a lieu à propos des lésions cérébrales produites par la tuberculose ou par la syphilis. En effet, les recherches anatomiques les plus récentes, celles notamment de Cornil, de Heubner, ont montré que les tubercules du cerveau, comme les syphilomes, avaient pour point de départ une artérite et une périartérite spécifiques, produites par l'agent infectieux de la vérole ou de la tuberculose.

Nous arrivons maintenant à l'inflammation chronique de l'encéphale. Cette inflammation interstitielle peut se disposer sous forme de plaques scléreuses assez bien circonscrites, ou au contraire être diffuse. Dans le premier cas, elle constitue la sclérose en plaques à forme cérébrale ou cérébro-spinale ; dans le second, l'encéphalite interstitielle diffuse.

Deux mots d'abord de la sclérose en plaques. L'étiologie de cette affection était fort obscure, il y a encore peu d'années. On se bornait à son égard à quelques données statistiques plus ou moins précises. On savait, par exemple, qu'elle constitue une affection de la jeunesse et de la première partie de l'âge adulte, qu'elle frappe surtout les femmes, mais on n'allait guère plus loin. Cependant des observations de M. Charcot, de Ebstein, avaient déjà montré que cette maladie survient parfois à la suite ou au déclin de maladies infectieuses, du choléra, de la variole. Avec les travaux récents, ces derniers faits ont été interprétés, et la question de l'étiologie et de la pathogénie de la sclérose en plaques est entrée, on peut le dire, dans une voie nouvelle (Marie). L'étude anatomo-pathologique, d'une part, a montré qu'au centre de toute plaque scléreuse existe une artère atteinte d'inflammation chronique ; d'autre part, l'anamnèse a établi que, conformément aux faits relevés par Charcot, Ebstein et quelques autres, on retrouve dans les antécédents pathologiques de la plupart des individus frappés de sclérose en plaques, une maladie infectieuse (variole, fièvre typhoïde, scarlatine, etc.). Il semble dès lors permis de conclure que c'est la maladie infectieuse qui, par l'intermédiaire de son agent organisé, va produire l'artérite constatée au centre des plaques scléreuses et point de départ de ces plaques.

Vous voyez, en somme, par tout ce qui précède, que, quelle que soit la lésion cérébrale à laquelle on ait affaire, hémorrhagie ou ramollissement, artérite ou gommes syphilitiques, tuberculose méningo-cérébrale, ou sclérose en plaques, la cause occasionnelle et la raison d'être de ces lésions ne consiste plus, comme pour les vésanies, dans un trouble de la cellule nerveuse, mais dans une altération du sang, et consécutivement des vaisseaux, soit par des déchets organiques trop abondants, soit par des substances toxiques ou des ferments organisés.

Il reste maintenant une question à nous poser. En est-il de la paralysie générale progressive comme des lésions dont nous venons de parler ? A quel groupe appartient cette affection ? Le point de départ de l'inflammation chronique interstitielle qui la constitue, réside-t-il dans la cellule nerveuse ? Dans ce cas, les abus fonctionnels, la fatigue cérébrale, l'hérédité nerveuse domineront son étiologie. Ou bien ce point de départ n'est-il pas plutôt dans le vaisseau, comme pour la sclérose en plaques ? Dans cette hypothèse, c'est du côté des dyscrasies, des toxémies, ou des infections qu'il faudra chercher les causes de la paralysie générale. Celle-ci pourra être encore héréditaire, mais elle résultera non de l'hérédité nerveuse, mais de l'hérédité congestive, ainsi que j'en ai rapporté quelques exemples.

Je ne sais pas si, en l'état des choses, il est facile de trancher le débat. Je ne sais même s'il doit être tranché d'une façon radicale, et s'il est nécessaire de s'enfermer dans le dilemme que je viens de poser. Je ne suis pas certain, pour ma part, qu'on n'en vienne pas un jour à dissocier le groupe paralysie générale. Il serait fort possible, et j'en ai l'intime conviction, qu'il y eût deux grandes variétés d'encéphalite interstitielle diffuse : l'une procédant d'une irritation cellulaire, transmissible par hérédité nerveuse, se développant sous l'influence des causes qui sont aptes à provoquer le fonctionnement exagéré et, par suite, la fatigue de la cellule (soucis, travaux intellectuels), — l'autre procédant au contraire des vaisseaux, se rencontrant surtout chez les congestifs, ayant peut-être des relations étroites avec les intoxications, comme l'alcoolisme, ou même avec certaines maladies infectieuses (syphilis).

Cette dichotomie qui tend à prévaloir dans l'étude des maladies de la moelle, à propos de l'ataxie locomotrice progressive (Adamkievitz, Ballet, Minor, Demange), pourrait être parfaitement applicable à la paralysie générale. Ce qui me porte à émettre cette idée, c'est que les causes de l'encéphalite interstitielle diffuse sont singulièrement disparates, et lorsqu'on cherche à les grouper d'une façon méthodique, on en est empêché par ce fait que les unes, comme le surmenage intellectuel, les excès vénériens, cadrent mieux avec l'idée d'une lésion primitive des cellules cérébrales, tandis que l'influence des autres, traumatisme, insolation, abus de tabac et d'alcool, maladies infectieuses (fièvre typhoïde, érysipèle, syphilis), s'explique plus aisément dans l'hypothèse d'une inflammation d'origine vasculaire. Mais je ne saurais m'appesantir plus longtemps sur les détails. Il me suffit d'avoir essayé de grouper, dans cette leçon, d'une façon symétrique, les causes si variées et si multiples des affections du cerveau, et de vous avoir indiqué le mécanisme à l'aide duquel les plus importantes de ces causes arrivent à réaliser leurs fâcheux effets.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. Simon.

La clinique infantile.

Si, en franchissant le seuil de cet hôpital, vous êtes à la recherche d'un cours théorique orné d'une dialectique ayant des visées exclusivement générales, d'un souffle élégant où la forme emporte le fond, où l'esprit ne daigne point s'abaisser aux nombreux et si précieux détails de la clinique et de la thérapeutique infantiles, j'ai hâte de vous avertir que vous feriez fausse route en venant, le mercredi, prendre place dans cet amphithéâtre. En effet, je tiens à vous le dire au préalable, mes conférences embrassent le domaine, sinon restreint, du moins très modeste, de l'*application* de nos connaissances médicales à l'hygiène, à l'élevage des enfants, aux affections dont ils sont atteints et à leur traitement.

Des amis fidèles et sûrs m'ont bien souvent donné le conseil de sortir de cette voie toute tracée et de déployer mon activité dans des régions plus élevées, sans doute, mais qui me semblent trop éloignées des études cliniques. Le conseil était dicté par un sentiment généreux et flatteur; cependant je ne me suis pas résigné à le suivre.

J'ai trop présent à l'esprit les difficultés que j'ai eues à surmonter auprès de mes premiers petits clients, au sortir de l'internat, il y a quelque vingt-cinq ans déjà, pour hésiter un seul instant. Je me propose donc de vous aplanir les obstacles de la route et de vous servir de guide expérimenté, en vous transmettant ici les notions que j'ai dû recueillir dans ce sens.

D'ailleurs, rien ne frappant comme un exemple démonstratif, je vous citerai le fait suivant : au commencement de 1861, à peine installé dans mon petit appartement, j'étais mandé en toute hâte auprès d'un enfant atteint de convulsions. Le médecin ordinaire était éloigné et déjà avancé en âge, m'avait-on dit, — c'est presque toujours ainsi que cela se passe, — et j'étais prié de vouloir bien le remplacer. J'accours, heureux en mon for intérieur, de la bonne fortune qui m'avait désigné, mais ce n'était qu'une question de voisinage, et ma satisfaction ne fut pas de longue durée.

On me pousse dans une chambre où règne le plus affreux désordre; l'enfant, plongé dans l'obscurité, était encore agité de mouvements convulsifs. Pendant que je l'examine, on me harcèle de questions, on me presse de donner des ordres, de rédiger une prescription. Le soin que j'apporte à interroger la nourrice, la famille, est bientôt taxé de lenteurs coupables. Je sens la rougeur me monter au visage; je lis dans les regards scrutateurs et défiants l'expression de sentiments bizarres de la part de gens affolés qui réclament à grands cris des secours efficaces. Enfin, pendant que j'expose rapidement le plan de ma médication et que je la transcris minutieusement sur le papier, on me reproche de parler, d'écrire, alors qu'il faudrait agir. Les uns crient, les autres pleurent, tout le monde s'agite, se frappe les mains, implore l'intervention du médecin, l'intervention divine des saints, mais témoigne peu de zèle quand il s'agit de mettre personnellement en œuvre le traitement par le menu. Il était cependant très simple le menu. J'avais institué celui de l'hôpital, et je m'étais abstenu des révulsifs, me contentant de faire respirer de l'éther et de prescrire un calmant administré par les voies inférieures. Au bout de quelque temps, les convulsions cessèrent, et je pus regagner mon lit, moins fier qu'au départ et très étonné, très mortifié du rôle que je venais d'être appelé à jouer.

Puis, le lendemain, ce fut une bien autre affaire. Le médecin de la famille, attaché à un hôpital d'enfants, praticien consommé, me donna charitablement, à part, des conseils sur le traitement des convulsions; il me fit comprendre que j'étais novice, et que le traitement d'hôpital était insuffisant pour la ville, que j'avais eu tort de me priver de la médication révulsive, etc., etc. « Les enfants de la ville, mon petit ami, ajouta-t-il d'un air bienveillant, mais un tantinet protecteur, ne ressemblent pas autant que vous le supposez à vos clients d'hôpital; vous avez, à cet égard, de nouvelles études passablement longues à faire à présent. Je sais bien que vous êtes d'accord avec vos livres classiques, mais vous verrez par la suite combien les réactions vitales et les ressources thérapeutiques, limitées à l'hôpital, prennent de l'extension dans la pratique de la ville. »

Cette petite mercuriale m'avait fait l'effet d'une douche. Ainsi, un internat de quatre années laborieusement écoulées ne m'avait pas formé pour l'exercice journalier de ma profession. Vis-à-vis de la famille du petit malade, je paraissais emprunté, au-dessous de ma tâche, et vis-à-vis d'un médecin d'enfants, un des hommes les plus distingués de l'époque, j'ignorais les éléments du traitement habituel des convulsions.

A dater de ce jour, mes travaux prirent une direction particulière, et je compris que l'enseignement des maladies des enfants exigeait plus de développements délicats, topiques; qu'il fallait ne pas craindre de parler, même à des hommes instruits, des plus minces détails, de rapprocher les faits hospitaliers de ceux de la clientèle, et qu'il y avait dans cet ordre d'idées une lacune importante à combler : celle de la thérapeutique infantile.

Telle est ma profession de foi, telles sont les bases de mes conférences. Et si j'insiste sur l'importance du sujet, c'est que, à moins d'être spécialiste, sur dix malades que vous êtes appelés à voir dans votre journée, six au moins sont des enfants, et, sur ces six enfants, quatre sont atteints d'affections chroniques. On a dit que les enfants avaient les mêmes maladies que les adultes; scientifiquement, cela peut être vrai; pratiquement, cela ne l'est pas. Je n'en veux comme preuves que la fréquence, chez l'enfant, des vomissements et des convulsions qui souvent vous déroutent. Le tableau de

la maladie change également, au début, la pneumonie, la fièvre typhoïde pouvant être confondues avec la méningite, grâce à la différence et à l'intensité, plus grande chez eux, des réactions.

N'y a-t-il pas des maladies propres à l'enfance : la scrofule, le rachitisme, la coqueluche, la chorée, etc.? tandis que les adultes ont la goutte, le diabète, la gravelle urique, les coliques hépatiques.

La thérapeutique n'est pas moins distincte : tel médicament — l'opium, par exemple, — est mal toléré; tel autre — la belladone — l'est mieux. Le dosage des agents médicamenteux n'est pas non plus toujours une simple question de proportion mathématique (le tiers à tel âge, le huitième à tel autre, le quinzième à tel autre encore), la tolérance n'étant pas la même chez les enfants et chez les adultes. Aussi le but de ces conférences est un but éminemment pratique. En voici un exemple : vous serez appelés, aujourd'hui, demain, pour un enfant atteint de diarrhée ou de bronchite chronique. Le diagnostic est posé; les éléments qui le justifient, les indications, tout est connu. Vous prenez la plume, et, si vous avez consciencieusement suivi les hôpitaux, vous faites votre prescription comme vous l'avez entendu dicter journellement au pharmacien du service et à la religieuse. Eh bien! en ville, votre prescription ainsi faite est incomplète, parce que, à l'hôpital, les sous-entendus sont compris dans la prescription, c'est-à-dire les heures auxquelles les médicaments devront être administrés avec les intervalles convenus soit pour le repas, soit pour les tisanes à prendre, etc., etc. Et puis, il faut bien le dire, on ne peut pas donner les mêmes soins à l'hôpital qu'en ville, ni les mêmes médications.

Ceci me rappelle certaine réponse plus brillante que juste d'Ambroise Paré à Charles IX malade : « J'espère, lui disait le souverain, que tu soigneras mieux le roi que tes pauvres de l'hôpital? — Non, Sire, c'est impossible. — Et pourquoi? — Parce que je les soigne comme des rois. »

A l'hôpital, le diagnostic se fait par l'interne et la sœur; les prescriptions ne sauront être trop compliquées sous peine d'être incomplètement exécutées. C'est pourquoi je crois toujours devoir faire des excursions volontaires en ville pour la pathologie clinique.

Les conditions sociales et les conditions d'hygiène ne sont-elles pas différentes aussi? A l'hôpital, vous avez affaire à des misérables; en ville, à des sujets qui vivent habituellement d'une manière réparatrice. A l'hôpital, l'air est empesté, la contagion est possible, et l'alimentation grossière. En ville, l'air est relativement sain, l'isolement généralement facile, et l'alimentation plus choisie, ce qui est d'une haute importance pour les enfants.

Mais je m'arrête ici, pensant vous avoir fait suffisamment comprendre la nécessité d'études spéciales sur la pathologie infantile.

LE CHOC EN RETOUR ET LE FOUDROIEMENT LATÉRAL (1)

Par M. le docteur F. Vincent (de Guéret),
Lauréat de l'Académie de médecine.

XIV

9° Il résulte de ce qui précède que l'abri sous un arbre isolé, éloigné de tout autre arbre, masse ou cours d'eau, est le plus dangereux de tous, puisque l'électricité, qui n'est attirée d'aucun côté, doit se porter naturellement sur l'individu meilleur conducteur que l'arbre et qui est le seul objet qui exerce une attraction efficace.

10° Après les arbres qui attirent la foudre, c'est le passage des courants électriques plus intenses qu'il faut éviter.

11° Puisqu'il s'établit un courant plus intense qu'ailleurs entre l'arbre foudroyé et l'arbre voisin, il faut éviter avec soin de se placer sur le passage de ce courant. Les désordres dans le sol, que nous avons vus se produire à Chier-du-Prat, montrent qu'il peut faire courir à l'homme et aux animaux surtout les plus grands dangers.

Lorsque les conditions de terrain sont identiques dans la sphère d'action du nuage autour de l'arbre foudroyé, c'est l'intervalle en ligne droite entre les deux arbres que le courant, suivant toute probabilité, doit parcourir. C'est alors dans cet intervalle qu'il faut éviter de se placer soit à découvert, soit même sous un arbre plus petit ou un arbrisseau.

Si les deux arbres se trouvent en communication, même très indirecte par le fait d'un long détour, par un cours d'eau naturel, une dépression du sol qui peut se remplir de l'eau de pluie et devenir un conducteur accidentel, ou une simple veine de terrain plus mouillée que le reste, le courant suivra de préférence ces meilleurs conducteurs, lesquels deviendront en quelque sorte des paratonnerres pour l'intervalle direct, tout en rendant leur propre parcours plus dangereux.

12° Les mêmes recommandations s'appliquent aux courants qui peuvent s'établir entre l'arbre foudroyé et une masse ou un cours d'eau.

13° Les cours d'eau naturels ou accidentels étant sur le sol les meilleurs conducteurs de l'électricité, et jouant en quelque sorte le rôle des fils métalliques dans nos appareils de physique, il faut à tout prix éviter leur voisinage. Ils peuvent, en effet, comme nous l'avons vu à La Brionne, et peut-être dans l'observation de Brydone, permettre à la foudre, qui les suit, de porter au loin ses ravages.

14° Somme toute, le voisinage d'une grande masse d'eau, comme rivière, étang, pêcherie ou marais, exposerait, plus que toute autre condition topographique ordinaire, aux accidents de la foudre, et cela par les raisons suivantes : d'abord la grande quantité d'électricité dont se charge la surface liquide, sous l'influence du nuage orageux, en exerçant une puissante attraction sur l'électricité de nom contraire de ce dernier, peut déterminer le foudroiement d'un arbre voisin, qui ne se serait pas produit sans cela; ensuite la même attraction, continuant de s'exercer sur l'électricité déversée sur le sol, donne lieu à un fort courant entre l'arbre foudroyé et la masse liquide; enfin le danger résultant des courants quelquefois très puissants auxquels les cours d'eau servent de conducteur.

D'une manière générale, en temps d'orage, il faut s'éloigner des masses d'eau.

15° En résumé, pour s'exposer le moins possible aux dangers de la foudre dans les champs, il faudrait se placer sur un sol naturellement sec, rocheux, voire même sur une pierre peu saillante si elle se trouve à portée, loin des arbres dont il faut éviter les intervalles autant que l'abri, des masses et cours d'eau et des terrains mouillés.

Quant à la position à prendre, la meilleure est la station *accroupie* dans laquelle la personne rapetissée repose sur le sol par les pieds revêtus de chaussures protectrices. Debout, la personne est plus exposée au choc direct; nous en avons vu un exemple chez Couchon. Assise, son siège et ses pieds formant un arc bon conducteur dont les deux extrémités touchent le sol, la partie inférieure de son corps et les jambes en particulier peuvent être traversées par un courant capable d'y produire des brûlures, des contusions, et, ce qui serait plus grave, une paraplégie. Couchée, le même courant peut la traverser de la tête aux pieds et lui faire

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 novembre 1885.

courir encore de plus grands dangers, comme chez les mammifères quadrupèdes.

Ajoutons ici que les chaussures devant protéger contre les courants qui s'irradient autour du point foudroyé, les personnes qui ont l'habitude d'aller nu-pieds feront bien de se chausser à l'approche de l'orage. Pour la circonstance, la meilleure chaussure serait le sabot en bois et la chaussette de laine ou de soie. Si dans le voisinage se trouvait une grotte sous une roche ou creusée dans la terre, il faudrait lui demander un refuge qui serait encore plus sûr que toutes les précautions recommandées dans ce paragraphe. Par la même raison, le refuge dans une cave voûtée est le plus sûr de la maison.

16° Les mêmes préceptes s'appliquent évidemment aussi bien aux animaux domestiques qu'à l'homme. Abrités en nombre plus ou moins grand, sous un arbre frappé par la foudre ou même dans son voisinage, comme à Chier-du-Prat, ils courraient des risques plus grands encore par la raison qu'ils sont plus sensibles aux courants électriques qui les traversent à la manière d'arcs métalliques, et plusieurs d'entre eux y trouveraient facilement la mort.

Indépendamment de toutes les précautions ci-dessus, il en est une spéciale ici qu'il est important de ne pas passer sous silence : c'est d'empêcher les animaux de se réunir, et de les tenir dispersés dans le pacage. Réunis, ils forment, en effet, une masse qui peut attirer la foudre soit sur eux directement, soit sur l'arbre voisin, ce qui les expose au foudroiement latéral.

17° Pour ce qui concerne les bâtiments qui, après les arbres, sont les plus exposés aux atteintes de la foudre, le voisinage de ces derniers est loin d'être défavorable. En effet, l'arbre, en recevant le choc, peut en préserver le bâtiment, comme cela est arrivé à La Brionne.

18° Par cette raison, M. le professeur Colladon a proposé de faire servir les peupliers, plantés près des bâtiments, de paratonnerres en armant la partie inférieure du tronc d'une tige métallique destinée à diriger le courant, de manière à ce qu'il ne puisse pas nuire. C'est assurément une bonne précaution.

19° Les cours d'eau naturels ou accidentels, convenablement dirigés au pied de l'arbre, pourraient remplacer l'armature métallique de M. Colladon. Une pièce d'eau, comme un lavoir, une pêcherie, placée au pied et du côté de l'arbre opposé aux bâtiments, en attirant l'électricité de son côté, pourrait également en préserver ces derniers. Dans ce cas, qui ne se présente pas souvent, en faisant communiquer le pied de l'arbre et la pièce d'eau par le torrent accidentel produit par l'eau des gouttières, on pourrait imprimer plus facilement cette direction avantageuse à l'électricité.

20° L'accident de La Brionne nous a montré tout le danger qu'il y avait à laisser stationner l'eau au pied de l'arbre, entre celui-ci et les bâtiments. Le torrent accidentel qui l'alimente peut, en effet, servir de communication électrique entre eux, surtout lorsque des troupeaux de moutons, comme dans ce cas, ou d'autres animaux, logés dans des étables, exercent dans ce sens une attraction réelle. Il faut donc éviter cette stagnation de l'eau de pluie dans ces conditions.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 novembre 1885. — Présidence de M. Vidal.

COMMUNICATIONS

Hémiplégie chez un phthisique. — M. TROISIER présente un homme âgé de cinquante-deux ans, atteint de phthisie pulmonaire au second degré, chez lequel il s'est produit, l'année dernière, une hémiplégie dont il ne reste plus que des traces aujourd'hui. La paralysie a débuté, sans perte de connaissance, par un affaiblissement du membre supérieur droit; au bout de sept jours, la monoplégie brachiale était à peu près complète; le membre inférieur devint paralysé à son tour. En même temps, il se produisit de la contracture du côté paralysé. Vers la fin de la seconde semaine, tous ces phénomènes s'étaient déjà atténués, et au bout de quarante jours environ il ne restait plus que de la parésie du côté droit. Aujourd'hui, le malade a récupéré la liberté de tous ses mouvements, mais la force musculaire est encore amoindrie. Il y a de l'atrophie musculaire. La face est toujours restée indemne, ainsi que le pharynx et les yeux; il n'y a pas eu d'aphasie.

M. Troisier cherche à interpréter ce fait. Il élimine l'hémorrhagie cérébrale, le ramollissement par thrombose, le tubercule et la gomme syphilitique. Il avait d'abord pensé à une plaque de méningite tuberculeuse siégeant au niveau des circonvolutions ascendantes; mais, la guérison étant survenue, il rejette ce diagnostic. Sans doute, il y a eu une poussée de méningite, mais cette affection devait être purement inflammatoire; elle a dû avoir pour point de départ une lésion du pariétal gauche, siégeant en regard de la scissure de Rolando à sa partie inférieure; dans ce point, la calotte cranienne est très douloureuse à la pression, ce qui tient très vraisemblablement à une altération tuberculeuse de l'os. Ce malade doit avoir en outre une lésion du rocher, car, il y a trois ans, il a eu un écoulement purulent de l'oreille gauche, et il est resté sourd de ce côté. Telle est, pour M. Troisier, l'origine des phénomènes cérébraux survenus chez son malade.

M. DU CASTEL, d'accord avec M. Troisier, pense que le malade qu'il vient de présenter n'est pas atteint de méningite tuberculeuse. Il rappelle le travail qu'il a fait sur la méningite tuberculeuse du lobule paracentral. On considère classiquement la méningite tuberculeuse comme débutant au niveau de la partie inférieure de l'artère sylvienne et remontant le long de cette artère. Or c'est souvent l'inverse qui a lieu; elle commence au niveau du lobule paracentral et descend sur la face externe du cerveau. Le premier symptôme que l'on constate est généralement une monoplégie inférieure. M. Du Castel cite plusieurs exemples : un charretier est pris, en pleine santé, d'une crampe dans le mollet, suivie de contracture et de parésie du membre inférieur; il entre à l'hôpital où il meurt peu de temps après avec des accidents tuberculeux du côté des poumons et des organes génitaux. M. Gouguenheim a rapporté l'observation d'un malade qui se tord le pied, est pris d'un affaiblissement du membre inférieur, et meurt de méningite tuberculeuse. M. Ballet a publié une observation analogue. Il semble donc qu'il y ait une localisation autre que la localisation classique et que la méningite débute par le lobule paracentral pour descendre ensuite sur la face externe du cerveau.

Hystérie chez l'homme. — M. FÉRÉOL présente deux hystériques mâles : le premier est atteint d'une hémianesthésie totale gauche, avec troubles caractéristiques de la vue et de l'ouïe du même côté, rétrécissement du champ visuel, etc. Cet homme a, en outre, de véritables attaques. Il a eu une plaie de tête qui a été suivie de perte de connaissance et d'hémiplégie gauche; le bras, de ce côté, est resté, depuis, paralysé; c'est une paralysie flasque complète; en même temps que cette paralysie, on constate une atrophie assez marquée; il y a une différence de 2 centimètres entre les deux membres supérieurs. La contractilité électrique est conservée dans son type normal.

Quelle est la cause de cette atrophie? Si l'on interroge les antécédents de ce malade, on apprend que le père était graveleux, obèse, alcoolique, apoplectique, que la mère était nerveuse, paralytique; qu'il a eu lui-même une enfance maladive, une fièvre typhoïde très grave, jamais de maladie vénérienne. Il a fait la guerre, a été prisonnier à Metz, a souffert et couché sur la dure. Un matin, il s'est réveillé avec le côté gauche insensible, paralysé, violacé; la motilité est revenue la première dans le bras, puis dans la jambe. Il a eu une crise d'hystérie, pour la première fois, en Allemagne. Ces crises sont précédées d'une céphalalgie intense. Il n'y a pas de signes d'épilepsie. M. Féréol conclut à une

paralysie hystérique. Quant à l'atrophie, la cause en est difficile à déterminer.

La seconde observation a trait à un jeune homme qui présente une hémianesthésie du côté droit, avec insensibilité de la conjonctive, altération du goût, etc. Ce malade a des attaques convulsives, à caractère épileptiforme. Quand on l'examine, on constate qu'il est porteur d'une déformation considérable du bras droit, résultant d'un traumatisme très grave qu'il a subi dans son enfance. Une voiture pesant plus de mille kilogrammes lui a passé sur le bras. Il a eu des fractures multiples, une plaie de tête, et est resté, après cela, quatre ans au lit. Il en est résulté un arrêt complet de développement du membre supérieur droit. Ce membre est également le siège d'une atrophie qui s'accentue de plus en plus. Ce malade présente tous les signes oculaires de l'hystérie : amblyopie très accusée, polyopie monoculaire, ptosis double, etc. Les muscles se contractent sous l'influence de l'électricité. M. Féréol se demande également, dans ce cas, quelle est la cause de l'atrophie. Il passe en revue les différentes hypothèses que l'on peut émettre à ce sujet, et croit devoir conclure à une paralysie d'origine nerveuse externe chez un individu prédisposé par l'hystérie.

M. **DEBOVE** rappelle avoir communiqué, en 1879, à la Société, différents cas d'hémianesthésie chez l'homme guérie par les agents æsthésiogènes, et qu'il croyait devoir attribuer à des lésions nerveuses centrales. Il déclare aujourd'hui qu'il est convaincu d'avoir commis une erreur et que ces individus étaient tous des hystériques mâles. Depuis, il a rencontré un assez grand nombre d'exemples analogues sur lesquels il ne lui reste plus aucun doute. C'est un nouvel exemple de ce genre qu'il présente aujourd'hui à la Société.

Il s'agit d'un homme de trente-six ans, cordonnier, gagnant bien sa vie, ne présentant absolument rien qui rappelle l'hystérie, et qui est entré dans le service de M. Debove, il y a un an, pour des douleurs vagues dans les jointures des membres inférieurs, une sensibilité nerveuse exagérée ; bientôt on constata que ce malade pouvait être hypnotisé et soumis à la suggestion même en dehors de l'état hypnotique.

Il a une sœur hystérique et somnambule ; il a eu la syphilis dix-huit ans auparavant. Il y a un an il a présenté une monoplégie d'origine syphilitique qui a été guérie en deux mois par l'iodure de potassium à hautes doses. M. Debove est convaincu que cette monoplégie, prétendue syphilitique, était d'origine hystérique. L'année dernière, il fut pris d'hémianesthésie et d'hémiplégie du côté droit qui disparurent rapidement.

M. Debove présente ce malade et fait sur lui ce qu'il appelle de l'hystérie expérimentale, c'est-à-dire qu'il crée par suggestion soit une monoplégie, soit une contracture, soit un trouble des sens, soit enfin un phénomène hystérique quelconque. Il fait observer que, pour des raisons qu'il expose, la simulation est ici impossible à ndmettre.

Cirrhose du foie dans le diabète. — M. **LETULLE** donne lecture d'un travail sur la cirrhose pigmentaire du foie dans le diabète sucré. Ce travail est basé sur deux observations avec autopsies.

La séance est levée.

Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient, par arrêté du 26 novembre, de décerner les récompenses ci-après désignées aux personnes qui ont été signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en France pendant l'année 1884 :

Prix. — Le prix de la valeur de 1 500 francs est partagé entre : Mlle Bauduin, sage-femme à Vannes; M. le docteur Jules Besnier, à Paris, et M. Vaillard, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Médailles d'or. — M. le médecin-major de première classe Millet, à Caen; MM. les médecins-majors de deuxième classe Bassompierre, à Évreux, et Carivenc, à Morlaix; M. Poggi, instituteur à Ersa (Corse).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Accolas, médecin-major de première classe à Vincennes; Adhéran, à Annonay; Albert, à Toulouse; Barbarin, à Briançon; Bardy, à Belfort; Benoist, à Saint-Nazaire; Blanc, à Avignon; Bodin, à Saint-Donat; Boisson fils, à Lure; Boppe, médecin aide-major de première classe à Épinal; Borel, à Chabeuil; Breton, médecin-major de première classe à Tulle; Carpentier-Méricourt, à Paris; Cavaillé, à La Capelle-Bleys; Courteneuve, à Saint-Claud (Charente); Decroix, à Waten; Descubes, à Civray; Dhoste, médecin du service de santé de la marine à Karikal; Dugat, à Orange; Féraud, à Saint-Palais; Fidel, à Saint-Romain; Franchet, à Saint-Martin-en-Haut; Frouin, à Saint-Nicolas; Garavel, à Montreuil; Genoud, à Thonon; Gerbault, médecin-major de deuxième classe à Rambouillet; Grinda, à Nice; Gros, à Decize; Guinoiseau, à Saint-Dizier; Herviaux, à Maure; Lagarde, à Montauban; Lamarche, à Dijon; Lathoud, à Yenne; Le Royer, à Carrouges; de Lignerolles, au Havre; Lorber, à Fesches; Martin, à Quimperlé; Ménard, à Feurs; Miffre, à Pairac; Passano, à Bourg-d'Oisans; Perrimond, à Montauroux; Piettre, à Saint-Maur (Seine); Pillard, à Cuiseaux; Pouzol, à Monistrol-sur-Loire); Radou et Ruelle, à Paris; Sahut, à Gannat; Sapin, à Paris; Saulgeot, à Beaune; Sesselmann, à Ogeviller; Tixier, à Liancourt; Velten, à Versailles; Villebrun, à Capestang; de Welling, à Rouen.

MM. les officiers de santé Dastas, à Sainte-Croix (Ariège); Johnston, à Châteaulin; Laffitte, à Condom; Massina, au Boulou; Vaillant, à Méaulte.

Mmes les sages-femmes Achallé, au Poiré-sur-Vie; Arnaud, à Saint-Ouen (Seine); Berthomieu, à Vitry (Marne); Bertrand, à La vaur; Bessières, à Mende; veuve Bulliod mère, à Mustapha; Charazac, à Beaulieu (Corrèze); Charlon, à Issoudun; Charton, à Avallon; Comel, à Montflanquin; Corabeuf, à Condé; Cotrel-Decaux, à Péronne; Dard, à Troyes; Débéda, à Paris; Didier, à Saint-Denis (Seine); Dolignon, à Saint-Quentin; Dreux, à Mézières; Dreyfuss, à Saint-Mandé; Duclos, à Marolles-les-Braults; Faure, à La Souterraine; Ferret, à Bressuire; Folliot, à Cherbourg; Gobillot, à Tarbes; veuve Henner, à Mayenne; Joussein, à Vergt; Laudren, à Lorient; Lautissier, à Mont-sous-Vaudrey; Lavie, à Souprosse; Léger, à Charost; Marion, à Anould; Morin, à Verdun; Naudin jeune, à Fontainebleau; Pelcat, à Pont-Audemer; Pélissier, à Nîmes; Ploquin, à Sainte-Maure; Rigault, à Blois; Rossi, à Ajaccio; Rousseau, à Châteauneuf-sur-Loire; Taptout, à Aixe-sur-Vienne; Uzols, à Aurillac.

M. Plumeau, adjoint au maire de Bordeaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons avec un vif regret la mort de M. Henry Bouley, président de l'Académie des sciences, ancien président de l'Académie de médecine, professeur d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle, etc., qui a succombé ce matin, 30 novembre 1885, à la longue et douloureuse maladie dont il était depuis longtemps atteint.

— Par décret, en date du 20 novembre 1885, M. Paulet, ancien professeur d'anatomie et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur honoraire.

— Par décret, en date du 25 novembre 1885, ont été nommés dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. les docteurs Vivier, Fabre, Sapelier, Morlot, Barry, Chabert, Walther, Basset, Legrix, Bouvat, Izoard et Pénet.

— Par décret, en date du 28 novembre 1885, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de première classe. — M. Sauvaget, médecin de première classe de la marine, démissionnaire.

— Le concours pour les places d'interne en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne, Ville-Évrard, Vaucluse, Villejuif, infirmerie spéciale près le Dépôt de la préfecture de police et maison médicale de Charenton) s'est ouvert hier, à midi, à l'asile Sainte-Anne.

Le jury est composé de MM. les docteurs Legrand du Saulle, Bouchereau, Delens, Merklen, Charpentier, Briand et Vallon.

— M. le docteur Maurice Lebreton, ancien interne des hôpitaux, est nommé médecin-adjoint du Dépôt de la préfecture de police, en remplacement de M. le docteur G. Ballet, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Vanthielt est chargé des fonctions d'aide d'anatomie, en remplacement de M. Carpentier, appelé à d'autres fonctions.

M. Bertaux est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Létené, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Un congé, sans traitement, est accordé, sur sa demande, à M. Bergeron, préparateur de géologie.

Un congé, sans traitement, est accordé, sur sa demande, à M. Vasseur, préparateur-adjoint de géologie.

— *Collège de France.* — M. le professeur Brown-Séquard est autorisé à se faire remplacer par M. d'Arsonval. — M. le professeur Marey est autorisé à se faire remplacer par M. François-Franck. — M. le professeur Ranvier est autorisé à se faire remplacer par M. Malassez.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18680

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 2 décembre 1885.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris viennent d'envoyer à M. le ministre de l'intérieur la pétition suivante :

Paris, le 17 novembre 1885.

A Monsieur le Ministre de l'Intérieur.

Monsieur le Ministre,

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris soussignés ont l'honneur de vous demander le maintien des religieuses dans les services hospitaliers auxquels elles sont attachées.

En vous faisant cette demande, ils pensent agir dans l'intérêt des malades qui sont confiés à leurs soins, aussi bien que dans l'intérêt du bon ordre et de la tenue des hôpitaux et hospices de la ville de Paris.

Ils vous prient, Monsieur le Ministre, d'agréer l'expression de leur haute considération.

Ont signé :

MM. DUJARDIN-BEAUMETZ, XAVIER GOURAUD, médecins de l'hôpital Cochin.
MARCHAND, chirurgien de l'hôpital Cochin.
POTAIN, BLACHEZ, RENDU, RIGAL, médecins de l'hôpital Necker.
GUYON, LE FORT, chirurgiens de l'hôpital Necker.
HÉRARD, MOISSENET, MAROTTE, NONAT, BOUCHUT, HERVIEUX, BARTHEZ, H. GUENEAU DE MUSSY, BERGERON (président de l'Académie de médecine), MARJOLIN, médecins honoraires de l'Hôtel-Dieu et des hôpitaux d'enfants.
GOSSELIN (membre de l'Institut), RICORD, A. GUÉRIN, MONOD, CUSCO, DESORMEAUX, chirurgiens honoraires de l'Hôtel-Dieu, de la Charité, etc.
MOUTARD-MARTIN, EMPIS, BUCQUOY, VULPIAN (membre de l'Institut), médecins de l'Hôtel-Dieu.
RICHET (membre de l'Institut), PANAS, TILLAUX, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu.
HARDY, LABOULBÈNE, PETER, FÉRÉOL, LUYS, DESNOS, médecins de l'hôpital de la Charité.
A. DESPRÉS, chirurgien à l'hôpital de la Charité.
MESNET, HAYEM, DIEULAFOY, TENNESON, LANDRIEUX, médecins de l'hôpital St-Antoine (hôpital laïcisé).
DELENS, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.
MM. LECORCHÉ, E. LABBÉ, médecins de la Maison
HORTELOUP, MARC SÉE, chirurgiens de la Maison de santé (hôpital laïque).
A. FOURNIER, E. BESNIER, médecins de l'hôpital Saint-Louis.
PÉAN, LE DENTU, chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis.
MILLARD, GOMBAULT, FERNET, J. GUYOT, médecins de l'hôpital Beaujon.
LÉON LABBÉ, CRUVEILHIER, chirurgiens de l'hôpital Beaujon.
DUMONTPALLIER, médecin de l'hôpital de la Pitié.
POLAILLON, chirurgien de l'hôpital de la Pitié (hôpital laïcisé).
DANLOS, R. MOUTARD-MARTIN, médecins de l'hôpital Tenon.
GILETTE, chirurgien de l'hôpital Tenon (hôpital laïcisé).
TRIBOULET, D'HEILLY, CADET DE GASSICOURT, médecins de l'hôpital Trousseau.
LANNELONGUE, chirurgien de l'hôpital Trousseau.
LABRIC, J. SIMON, DESCROIZILLES, A. OLLIVIER, médecins de l'hôpital des Enfants.
DE SAINT-GERMAIN, chirurgien de l'hôpital des Enfants.
SEVESTRE, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.
GUÉNIOT, chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés.
CONSTANTIN PAUL, médecin de l'hôpital Lariboisière.
DU CASTEL, médecin de l'hôpital du Midi.
HUMBERT, chirurgien de l'hôpital du Midi (hôpital laïque).
LABADIE-LAGRAVE, médecin de la Maternité (hôpital laïque).
ROQUES, MARTINEAU, médecins de l'hôpital Lourcine (hôpital laïcisé).
GOUGUENHEIM, HUCHARD, médecins de l'hôpital Bichat (hôpital laïque).
BERGER, chirurgien de l'hospice de Bicêtre (hospice laïque).
FERRAND, médecin de l'hôpital Laënnec (hôpital laïque).
GINGEOT, médecin de l'hospice Sainte-Périne (hospice laïque).
BALZER, BARRIÉ, MERKLEN, CHAUFFARD, A. ROBIN, RENAULT, MUZELIER, MOIZARD, BARTH, OULMONT, BROCQ, médecins des hôpitaux de Paris.
JALAGUIER, NÉLATON, QUENU, BOUILLY, FÉLIZET, SCHWARTZ, ROUTIER, SECOND, BRUN, chirurgiens des hôpitaux de Paris.

M. le docteur Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis, nous prie d'ajouter son nom à la liste des signataires de cette pétition.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour mieux honorer la mémoire du si sympathique et si regretté M. Bouley, ancien président de l'Académie de médecine et président en exercice de l'Académie des sciences quand il mourut, M. Bergeron, après le discours ému d'usage, mit en pratique la combinaison la plus originale qu'on ait imaginée. Il dit : « En signe de deuil, l'Académie va lever sa séance... *publique*. Mais, comme ses travaux sont très urgents, elle va les continuer *en comité secret*. » Et de fait, une fois les personnes étrangères à l'Académie sorties de la salle des séances, comme si ces personnes étrangères eussent été les seules affectées par la perte de M. Bouley, la séance s'est continuée absolument comme d'ordinaire. Le rapport qui s'y est trouvé lu figurera dans les comptes rendus comme s'il n'y eût pas eu de comité secret. Le huis clos, en effet, n'avait pas d'autres causes que de professer, par rapport au rare public, le respect extérieur des traditions académiques. Nous ne pointillerons pas sur ce terme « séance publique », qui, réglementairement, ne s'applique qu'à la séance publique annuelle. Mais il nous semble qu'il eût été mieux, alors qu'il s'agissait d'un ancien président universellement aimé et estimé, de renvoyer au lendemain la suite des travaux de l'Académie. Que dirait-on d'une Chambre qui, à la mort de son président, levant la séance publique en signe de deuil, se contenterait de faire sortir les journalistes et continuerait à voter les lois?

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LANDOUZY.

Fièvre amygdalienne.

Lorsque samedi matin j'ai vu pour la première fois le malade du n° 9 de la salle Saint-Charles, entré la veille au soir pour une amygdalite, disait-on, avec fièvre très vive (40°,2), j'ai trouvé un homme trapu, garçon boucher, moyennement vigoureux, à la voix nasonnée, se plaignant d'un malaise général, de courbature, d'inappétence, d'une déglutition douloureuse et difficile, et chez lequel la température, encore élevée, était cependant tombée à 39°,4.

Un examen aussi complet que possible de tout son être, depuis les cheveux jusqu'aux orteils, ne nous a fait découvrir rien d'autre que de la fièvre et un gonflement douloureux du côté droit de la gorge, c'est-à-dire de toute la région amygdalienne droite surtout, laquelle était d'un rouge vernissé, œdémateux. L'isthme du gosier était, par suite, rétréci ; la luette était volumineuse, rouge, œdémateuse.

Les antécédents morbides sont à peu près nuls : un traumatisme du cou-de-pied il y a longues années, et une chaude pisse en 1884, traitée je ne saurais dire comment.

Cet homme, entré vendredi, raconte que, deux jours avant, le mercredi au matin, il s'était levé comme d'habitude, bien portant, après avoir passé une bonne nuit ; mais que, dans la matinée, il avait éprouvé quelques premiers malaises, un peu de courbature, puis un peu de fièvre ; il n'avait pas eu d'appétit à ses repas. Le lendemain et le surlendemain les symptômes étant plus accentués, il était venu à l'hôpital.

En somme donc, de quoi s'agit-il ? D'une affection locale ? D'une simple inflammation amygdalienne ? Ou bien celle-ci ne serait-elle que la sommation locale d'un état général ?

En dehors d'un traumatisme, je ne connais pas d'angine, d'amygdalite pouvant être considérée comme une affection locale. Pour moi, cette amygdalite est toujours la détermination d'un état général plus ou moins apparent ou plus ou moins masqué ; et j'ajoute que toutes les fois qu'on voudra se donner la peine de chercher la maladie générale, on la trouvera toujours. En médecine, je ne connais pas de circonscriptions, en dehors des traumatismes, qui ne puissent être fonctions ou déterminations d'une maladie générale.

Ainsi un homme de vingt-cinq ans est pris par un embarras intestinal avec température élevée pendant quarante-huit heures, au bout desquelles on voit apparaître sur la face un exanthème ou sur le tronc un érythème. Eh bien, ces manifestations cutanées ne sont que les localisations d'une maladie générale. C'est ainsi également que notre malade de vendredi a été mis à mal sans cause apparente et que, au bout d'un certain nombre d'heures, l'état général s'est sommé localement sur la gorge, sur la région amygdalienne. Dira-t-on que cet état général a été le retentissement de l'état local? Non ; c'est absolument impossible, puisque c'est, au contraire, l'état général qui a débuté avant de faire sa localisation sur la gorge. Cet homme a été un fébricitant avant d'être un angineux, avant de faire sa localisation ; il a été intoxiqué, infecté généralement tout d'abord, après quoi il a fait sa localisation. C'est ainsi que le terme de *fièvre amygdalienne* est de beaucoup préférable à celui d'amygdalite.

Il y aurait même tout un chapitre à faire sur la sémiotique des amygdales, car elles jouent, dans la pathologie, un rôle beaucoup plus considérable que les livres ne le disent. Combien d'affections débutent par l'amygdalite, notamment les fièvres éruptives, la fièvre rhumatismale aiguë, etc. Mais dans ces maladies il se fait, soit du côté de la peau, soit du côté des articulations, un tapage si grand que l'on en arrive à ne prêter qu'une attention médiocre, nulle même parfois, à ce qui se passe du côté de la gorge. Pourtant, si l'on y prenait garde, souvent dès le début des premiers phénomènes, on y trouverait l'indice des accidents qui vont se produire du côté de la peau ou des articulations.

Dire qu'un malade a une amygdalite, cela ne signifie rien, si celle-ci n'est pas le résultat de quelque traumatisme ; ce qu'il importe de rechercher, c'est de quoi cette amygdalite est fonction, sinon le diagnostic n'est pas fait. Il en est d'elle comme des hydarthroses, comme de certaines arthralgies, termes qui ne signifient rien si l'on ne sait pas de quelle maladie générale — en dehors de tout trauma — ces états locaux sont fonction.

Chez notre malade, donc, je n'aurais rien trouvé, après un examen complet, si les urines ne nous avaient révélé la présence de l'albumine. Or cette albumine, quoi qu'on en ait dit, n'a aucune relation avec l'hyperthermie, mais elle est le résultat d'un état général. Je pourrais vous en citer maints exemples dans nos salles. Cette albumine donne, par sa présence, un caractère infectieux aux autres symptômes ; elle est un indice d'infection.

La fièvre amygdalienne et l'albuminurie sont liées chez notre malade et ne peuvent pas être dissociées. Nous sommes donc, en résumé, en présence d'une maladie générale qui se somme localement sur les amygdales et sur les reins, d'une fièvre amygdalienne dont la cause, trouble moral, trouble de nutrition ou autre, ou infection pénétrant dans l'économie par une brèche quelconque, scientifiquement n'est pas encore déterminée. C'est comme la fièvre pneumo-

nique dont nous ne connaissons pas encore le contage, dont nous avons encore à rechercher le microbe.

Je ne saurais donc trop répéter qu'il ne faut pas passer devant des faits semblables en se bornant à dire que ce n'est qu'une petite amygdalite, car il y a là des choses très importantes aux points de vue doctrinal et pratique.

Si comme cela me paraît très probable, la cause de la fièvre amygdalienne est l'infection, nous avons à nous demander par quelle brèche le principe infectieux a pu pénétrer. A cette question, la réponse est aisée : par les amygdales, dont la situation même rend la contamination des plus faciles, soit par la déglutition aérienne, soit par la déglutition du bol alimentaire qui peut renfermer l'élément contage. J'admets donc sans aucune difficulté l'inoculation directe par les amygdales chez tout individu présentant l'opportunité morbide, c'est-à-dire un terrain préparé d'avance. En effet, l'amygdale n'est-elle pas constituée par un tissu lymphoïde par excellence, d'où elle devient à la moindre érosion la voie la mieux ouverte au contage direct? Je ne donne pas cela, cependant, comme un fait sûr et certain, mais comme une hypothèse des plus rationnelles qui ne répugne nullement à mon esprit.

Autre chose : la fièvre amygdalienne est une maladie qui sévit surtout à une certaine période de la vie, à l'âge où la gorge est turgide, et tous les malades que je pourrais vous citer avaient de vingt et un à vingt-sept ans ; tandis qu'on ne la rencontre pas chez le vieillard, dont l'amygdale n'existe pour ainsi dire plus.

Ainsi, de par l'anatomie, la constitution et l'âge, s'explique la privauté des amygdales pour la localisation fréquente de la maladie générale. De plus, les dossiers des familles nous montrent un certain degré d'hérédité : des enfants d'autant plus sujets à la fièvre amygdalienne que leurs ascendants l'étaient également, présentant comme eux une grande facilité à la congestion des amygdales.

J'ajouterai de plus ici, entre parenthèses, que, dans maints faits restés inexpliqués, à étiologie obscure, la porte d'entrée pourrait bien, selon moi, avoir été l'amygdale plus ou moins susceptible selon les individus.

Plus d'une fois, depuis longtemps, j'ai été à même de le constater. L'année dernière, une jeune institutrice, placée dans une famille dont un enfant avait eu la diphthérie, m'est envoyée, porteur elle-même à son tour dans la gorge d'une plaque diphthéritique. Ses amygdales étaient très grosses, et la malade, interrogée par nous, nous disait que depuis quelque temps, dès avant l'apparition de la maladie dans la famille, elle souffrait de la gorge. Sa diphthérie guérit très bien, mais elle fut bientôt suivie d'une éruption acnéide, et je me demandai à quelle maladie générale nous allions avoir affaire. Toutes les hypothèses étaient permises, même celle de la syphilis à laquelle j'avais dû songer, malgré les apparences les plus honnêtes de la malade ; cependant le lendemain, insistant dans l'examen de cette jeune femme, je découvrais dans l'abdomen la présence d'une tumeur... reconnaissant pour cause : la grossesse. La femme aussitôt de se récrier bien haut, de jurer qu'il n'en est rien ; mais ses téméraires serments ne pouvaient avoir longue durée, car la nuit suivante elle faisait une fausse couche ! et quarante-huit heures plus tard mes présomptions de syphilis étaient absolument confirmées par la présence d'une superbe plaque muqueuse sur l'amygdale droite.

Nous avions donc ici chez cette femme l'infection syphilitique, et l'amygdale ulcérée avait été la porte d'entrée de la diphthérie. Je le répète, ce n'est point là un fait isolé ; loin de là. A la même époque, nous en constations deux cas de même nature, — l'un dans le service de M. Peter et l'autre en ville, avec M. le docteur Lataste, — où la diphthérie s'établit sur des plaques muqueuses des amygdales. J'ai vu aussi des étudiants en médecine, syphilitiques également, contracter de la même façon la diphthérie, en soignant des enfants atteints de cette affection, alors que leurs camarades restaient absolument indemnes. J'ai vu un jeune docteur atteint aussi de la diphthérie dans les mêmes conditions.

Aussi je dis, et c'est par là que je ferme la parenthèse : Quiconque est porteur d'une érosion des amygdales et de quelque nature qu'elle soit, n'a pas le droit d'entrer dans un hôpital, soit pour lui-même, soit au point de vue de son entourage, auquel il peut à son tour porter la contamination qu'il aura contractée. Ce que j'ai dit de la diphthérie, je le dirai également de la tuberculose, car j'ai vu un jeune externe de cet hôpital succomber à une tuberculose pulmonaire qu'il avait certainement contractée aussi, par la voie amygdalienne, à l'hôpital, dans l'exercice de ses fonctions d'externe.

En résumé, pour toute maladie il faut deux choses : le terrain et la graine ; voilà pourquoi les uns sont pris, tandis que les autres ne sont pas atteints.

HOPITAL MILITAIRE DU DEY. — M. Dieu.

Fracture de jambe suivie de retard dans la consolidation. Guérison avec consolidation osseuse obtenue par la marche dans un appareil silicaté.

(Observation recueillie par M. le docteur V. Segrestan, aide-major.)

Nous avons cru utile de rapporter cette observation, qui vient s'ajouter à celle publiée par M. Léon Le Fort, dans la *Gazette des hôpitaux* (numéro du 5 mai 1885). Bien que les deux cas ne se ressemblent pas complètement, cette observation confirme l'efficacité de la méthode de traitement employée par ce chirurgien distingué.

Le nommé A..., sous-officier au 2e régiment de hussards, âgé de vingt-deux ans, vigoureux et bien constitué, sans aucun antécédent héréditaire ou acquis, entre d'urgence à l'hôpital du Dey, le 16 juin 1885, pour fracture de jambe non compliquée de plaie, déterminée par la précipitation violente de son cheval emporté contre une voiture d'ambulance.

Au moment de l'entrée, le gonflement du membre droit fracturé est encore assez peu considérable pour permettre de constater nettement une fracture unique du tibia à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen et une fracture à fragments multiples du péroné, qui est brisé en trois endroits.

Application immédiate d'un appareil plâtré, composé d'une attelle postérieure et d'une attelle en étrier : ces attelles sont appliquées très liquides, et la réduction de la fracture est faite et maintenue durant tout le temps de leur dessiccation, dans le but d'obtenir une contention aussi exacte que possible. Des bandelettes circulaires de diachylon maintiennent l'appareil ; elles sont resserrées à mesure que les produits épanchés se résorbent.

Au bout de quinze jours, le gonflement qui a du reste été très modéré, a notablement diminué. L'on constate alors une saillie en avant du fragment supérieur dont l'extrémité inférieure, d'après la direction du trait de la fracture, doit être obliquement taillée aux dépens de sa face postérieure.

Ce jour même, 30 juin, application d'un second appareil plâtré,

en ayant bien soin d'éviter tout déplacement. Après dessiccation complète, deux tampons d'ouate bien tassés sont introduits et maintenus sous les attelles par des bandelettes de diachylon supplémentaires, dans le but de refouler le fragment supérieur et de diriger la consolidation.

Dix-neuf jours après, c'est-à-dire trente-quatre après l'accident, par l'exploration de la face antérieure du membre, on constate que le chevauchement du fragment supérieur du tibia est presque totalement réduit, mais qu'il existe une mobilité anormale notable et l'absence de toute consolidation osseuse au niveau du foyer de la fracture.

Le membre est retiré de l'appareil : à ce moment l'ecchymose et l'épanchement ont entièrement disparu. La direction de la jambe est normale; la saillie du fragment supérieur, négligeable.

Raccourcissement de 1 à 2 centimètres. Les fragments tibiaux sont réunis par un cal fibreux assez dense, bien constitué, où se réveille une légère douleur dans les mouvements communiqués; les fragments du péroné sont soudés par des cals osseux volumineux.

Troisième application d'un appareil plâtré qui ne reste en place que onze jours, car l'état local ne se modifie pas.

Le membre est alors mis à nu et reste ainsi étendu sur des coussins, durant douze jours.

L'état général est excellent.

Au bout de ce temps, c'est-à-dire après cinquante-sept jours, la mobilité anormale persistant toujours au même degré, le pied, depuis la racine des orteils, et la jambe jusqu'au genou sont entourés d'un bandage silicaté, et, après solidification complète, la marche avec des béquilles est prescrite au malade. Celle-ci au début est hésitante, par suite de quelques douleurs qu'elle provoque au niveau du cal, mais, avec leur disparition graduelle, elle s'affermit de jour en jour, et bientôt le malade marche en appuyant franchement sur le sol.

L'appareil silicaté, retiré après vingt-cinq jours, la fracture est trouvée définitivement consolidée. Plus de mobilité anormale; la main perçoit nettement un cal osseux.

Dans le cas actuel, il est bien difficile d'admettre une influence générale pour expliquer ce retard dans la consolidation, dont la cause, s'il n'y a pas eu faute dans le traitement, ne peut être cherchée que dans la fracture même, dans la condition des fragments. Comme le dit à ce propos Malgaigne, dans son *Traité des fractures*, il n'est aucun chirurgien qui n'ait été frappé de la lenteur relative dans la réunion des fractures obliques, celles du reste qui se montrent particulièrement disposées à la pseudarthrose quand cette obliquité est telle que, par suite du chevauchement combiné à l'action musculaire, il se produit un écartement notable des fragments. Ces conditions défavorables ont existé dans une certaine mesure chez notre malade.

A son entrée à l'hôpital, la saillie du fragment supérieur en avant n'existait pas ; c'est peu à peu, sous l'influence de la contraction musculaire, que le chevauchement, peu considérable il est vrai, s'est produit; et, bien qu'il ait été complètement corrigé par l'application d'un second appareil avec compression sur les fragments, il n'en est pas moins vrai que cette cause peu favorable à la consolidation a, pendant un certain temps, exercé son action au niveau du foyer de la fracture.

Dans le même ordre d'idées, peut-être pourrait-on invoquer l'interposition entre les fragments d'une certaine portion, si petite qu'elle fût, des parties molles environnantes : tissu fibreux, tendineux, musculaire, périostique. Bien que cette complication ait été surtout observée pour d'autres régions que la jambe, en raison de dispositions anatomiques spéciales, le fait est ici possible et pourrait avoir été favorisé par la concomitance de la triple fracture du péroné.

Du reste, que tout autre malade, atteint de la même fracture et placé dans les mêmes conditions, eût présenté une réunion osseuse dans le temps normal, cela n'a rien de surprenant, puisque l'on admet que, parmi les conditions capables de retarder la consolidation, il en est qui nous échappent. Mais, peu importe; car l'intérêt de cette relation réside bien moins dans un point de pathogénie que dans la méthode de thérapeutique employée. C'est d'ailleurs à ce seul point de vue que se place M. Le Fort dans l'observation qu'il relate, d'autant que le malade qui en fait le sujet n'a été traité par lui qu'en seconde main, quatre mois après l'accident, alors qu'un aussi long retard dans la consolidation confinait à la pseudarthrose. S'il ne fait pas cette distinction et ne voit là qu'un cas de fracture à consolidation très retardée, l'on ne saurait non plus contredire cette manière de voir, puisque la marche, chez son malade, réveillait des douleurs au niveau du cal, et que l'absence de celles-ci serait, d'après les auteurs, un symptôme négatif nécessaire pour affirmer l'existence d'une pseudarthrose.

Quoi qu'il en soit, les différences considérables dans les temps écoulés entre le moment de la fracture et sa résistance aux moyens ordinaires de traitement (quatre mois d'un côté et cinquante-sept jours de l'autre) établissent une distinction clinique sensible entre ces deux cas. Aussi peut-on se demander s'ils étaient justiciables au même titre du même traitement.

Chez notre malade, et à cette période de la maladie, nous sommes à peu près convaincu que la prolongation de l'immobilisation et le simple effort de la nature auraient pu suffire à amener la guérison, et cette manière de faire aurait été plus conforme à la conduite généralement suivie. De plus, à devoir réveiller au niveau du cal une nutrition languissante, l'on peut croire qu'il eût été plus prudent d'essayer d'abord d'autres moyens, tels qu'applications topiques excitantes, etc. Il semble enfin que c'est par trop vouloir généraliser une méthode que de faire au bout de cinquante-sept jours ce qu'un autre a fait, et était en droit de faire après quatre mois.

Cependant, et cela alors qu'il n'y avait rien à craindre pour attendre, sans essayer des procédés dits extra-tégumentaires dont l'action est des plus vagues et des plus incertaines, l'on a d'emblée et dès le début, institué une méthode active de traitement. Ce traitement, contre-indiqué dans certaines variétés anatomiques de fractures de jambes non consolidées et de pseudarthroses, peut être appelé l'immobilisation dans la marche, expression qui n'a rien de paradoxal et d'illusoire.

A l'aide d'un appareil silicaté bien fait, on peut, sans que la marche vienne modifier ces conditions, non seulement immobiliser, mais maintenir des fragments dont la réduction n'est pas exacte, comme l'a fait M. Le Fort, dont le cas, à ce point de vue, était moins favorable que le nôtre. La marche dans l'appareil permet alors le tassement et le frottement automatique des extrémités des fragments et amène une production osseuse à ce niveau. Ce mode de frottement, gradué par le malade, est inoffensif et applicable à toutes les périodes, depuis un simple retard de la consolidation au début, jusqu'à une pseudarthrose même ancienne.

Il est certain que l'importance d'une méthode grandit avec la gravité des cas, et que les résultats, quoique identiques, ne sont pas ici absolument comparables. Cependant, si l'on considère qu'un retard dans la consolidation d'une fracture peut se perpétuer dans des limites indéter-

minées, et que ce retard constitue une situation toujours pénible pour le malade et embarrassante pour le chirurgien, on doit convenir qu'il est plus avantageux, dans des cas donnés, de recourir sans délai à un traitement simple réellement actif, et tout aussi inoffensif que l'immobilisation au repos et autres procédés d'attente.

Aussi, pour notre compte, et bien que la méthode en question soit encore, d'une façon générale, peu répandue dans la pratique, nous sommes convaincu non seulement de son efficacité, mais encore de l'extension possible de son emploi, et c'est à ce titre que nous avons publié cette observation.

L'ANESTHÉSIE ET LES DENTISTES

Par M. le docteur Th. David.

directeur de l'École dentaire de Paris.

Dans un précédent article (1), nous avons exposé nos vues sur cette question. En l'absence de texte de loi, nous étions arrivé par extension aux conclusions suivantes :

1° L'anesthésie doit être considérée comme une de ces grandes opérations chirurgicales qui, aux termes de la loi de ventôse, ne peuvent être pratiquées que par les docteurs en médecine.

2° Les officiers de santé n'ont le droit de la pratiquer que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur.

3° Il est impossible de prétendre qu'une opération interdite même aux officiers de santé, puisse être considérée comme rentrant dans la pratique de l'art dentaire, et permise à des personnes qui ne sont munies d'aucun grade médical.

4° Les dentistes non diplômés, qui pratiquent seuls l'anesthésie, encourent les pénalités édictées contre l'exercice illégal de la médecine (art. 35 et 36 de la loi de ventôse an XI) et, en cas d'accidents, celles qui sont édictées par l'article 319 du Code pénal, visant l'homicide par imprudence.

Nous raisonnions ainsi en principe, n'ignorant point qu'en fait une solution était difficile à donner à cette question, à cause de la situation particulière des dentistes qui ne sont point classés.

La question vient d'être jugée en fait.

Nous croyons devoir reproduire le jugement rendu qui fixe désormais la jurisprudence sur ce point. Il est absolument conforme aux conclusions que nous avions émises et qu'il nous a même fait l'honneur de rappeler.

Dans son ensemble, ce jugement nous paraît bien fondé et fait honneur à la sagesse des juges qui ont plutôt voulu consacrer la question de droit, que condamner le prévenu en faveur duquel militaient de nombreuses circonstances atténuantes. La parfaite installation de ses appareils avait été reconnue par les experts, et sa grande habitude de l'anesthésie au protoxyde lui avaient valu les plus flatteuses attestations.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LA SEINE (8e CHAMBRE).

Présidence de M. Mersier. — Audience du 27 novembre 1885.

Homicide par imprudence. — Anesthésie par le protoxyde d'azote. Mort du patient. — Jugement.

Le tribunal,

Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats que, le 25 novembre 1884, le sieur Lejeune s'est rendu chez Duchesne pour se faire extraire une dent;

Que, sur la demande du client, le dentiste lui a fait respirer du protoxyde d'azote pour le rendre insensible à l'opération :

Qu'à la suite de ces inhalations, le sieur Lejeune est tombé en syncope et a succombé ;

Attendu que, dans cette opération, Duchesne a eu le tort de ne pas se faire assister par un docteur en médecine ;

Qu'en effet, l'administration du protoxyde d'azote exige chez l'opérateur des connaissances physiologiques sérieuses qui lui permettent d'examiner au préalable et avec soin l'état des organes du sujet qui réclame l'anesthésie ;

Que, quelle que soit l'expérience du prévenu, expérience qui a pu suffire dans la plupart des cas, mais non dans tous, des connaissances spéciales paraissent faire défaut à Duchesne, qui n'est ni docteur-médecin, ni officier de santé, bien qu'il prenne faussement la qualité de médecin ;

Qu'un examen médical approfondi du sieur Lejeune était d'autant plus nécessaire que, d'après son propre médecin, c'était un homme dont la constitution ne permettait pas de lui faire respirer sans danger une substance anesthésique ;

Attendu que Duchesne a si bien compris sa faute que, pour se disculper, il s'est hâté d'affirmer, contrairement à la vérité, comme il l'a plus tard avoué, qu'il s'était fait assister d'un docteur en médecine ;

Attendu que l'un des experts commis, le docteur Brouardel, entendu à l'audience, estime que, pour l'application de l'anesthésie, deux personnes compétentes, dont l'une au moins soit docteur en médecine, sont nécessaires, et que c'est une imprudence réelle d'appliquer l'anesthésie, comme l'a fait Duchesne, sans observer ces conditions ;

Que, d'après le même témoin, c'était dans le cas particulier une imprudence spéciale d'administrer le protoxyde d'azote au sieur Lejeune, étant donné le tempérament de ce dernier ;

Qu'il eût été admissible de pratiquer sur lui ce mode d'anesthésie, s'il se fût agi de l'opérer pour une maladie grave, mais non pas alors qu'il s'agissait d'une pure opération de complaisance, suivant l'expression du témoin lui-même ;

Attendu, d'un autre côté, que si, parmi les opérations chirurgicales, l'extraction d'une dent doit être considérée comme une opération généralement sans importance, et qui, exigeant seulement une certaine habileté de main, peut, sans danger, être confiée à un dentiste quelconque, même non diplômé, il n'en est pas ainsi quand cette opération est accompagnée d'anesthésie ;

Que, dans ce dernier cas, et d'après l'avis des experts, elle appartient sans conteste à la catégorie des grandes opérations ;

Qu'à ce titre, aux termes de l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI, les officiers de santé et, à plus forte raison, les dentistes qui ne possèdent aucun grade, n'ont le droit de la pratiquer que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur ;

Qu'il en résulte encore qu'une telle opération est une contravention à l'article 35 de la même loi, qui interdit d'exercer la médecine et la chirurgie sans diplôme ;

Qu'une contravention de ce genre, quand elle occasionne la mort ou des blessures, devient l'un des éléments du délit prévu par l'article 319 du Code pénal, ce qui est précisément le délit reproché au prévenu ;

Attendu enfin que le directeur actuel de l'École dentaire de Paris n'hésite pas à reconnaître la nécessité de l'intervention d'un docteur dans l'application faite par les dentistes des procédés anesthésiques ;

Attendu que, dans les circonstances de la cause, il n'est pas douteux pour le tribunal que la faute du Duchesne ait occasionné la mort du sieur Lejeune ;

Que telles sont d'ailleurs les conclusions du rapport des experts, lesquels s'expriment ainsi : « On doit donc considérer cette anesthésie comme ayant déterminé la mort » ;

Qu'ainsi il ressort de tout ce qui précède que Duchesne a, en novembre 1884, à Paris, par imprudence, négligence ou inobservation des règlements, commis involontairement un homicide sur la personne du sieur Lejeune, délit prévu et puni par l'article 319 du Code pénal ;

Attendu toutefois qu'il existe des circonstances atténuantes, et

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 117.

qu'il y a lieu de modérer la peine par application de l'article 463 ;

En ce qui concerne les dommages-intérêts réclamés par la partie civile :

Attendu qu'à ce point de vue le tribunal ne doit se préoccuper que du dommage matériel résultant pour sa veuve de la mort du sieur Lejeune ;

Attendu que si cet événement a pu ralentir la marche des affaires de la maison de commerce de Lejeune, il faut reconnaître qu'il a été en même temps une source de bénéfices pour sa famille, puisqu'il a fait cesser le payement annuel d'une prime d'assurance sur la vie qu'entretenait Lejeune et qu'il a rendu immédiatement exigible le montant de cette assurance, soit 40000 francs ;

Qu'il importe, en outre, de considérer que la mort du sieur Lejeune est due non seulement à la faute de Duchesne, mais aussi à la propre imprudence de la victime qui a eu le tort, sans consulter son médecin ordinaire, ou sans se faire assister d'aucun docteur, de réclamer sur sa personne l'application des procédés anesthésiques ;

Que cette imprudence constitue une fin de non-recevoir partielle contre la réclamation de la partie civile ;

Que, par suite de ces considérations, une somme de 3000 francs est une réparation suffisante ;

Par ces motifs,

Condamne Duchesne à 600 francs d'amende ;

Le condamne à payer à la dame veuve Lejeune la somme de 3000 francs à titre de dommages-intérêts ;

Et condamne la partie civile aux dépens, sauf son recours contre Duchesne.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er décembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres : *a.* de M. le docteur de Lacaze-Duthiers qui se porte candidat à la place vacante dans la section des associés libres; *b.* de M. le docteur Brame (de Tours), qui se porte candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique ;

2° Une lettre de candidature de M. le docteur Lemaistre (de Limoges), qui sollicite le titre de membre correspondant;

3° Une lettre de M. Segala, de Santorin (Grèce), qui sollicite le titre de correspondant étranger;

4° Une lettre de M. Herrgott (de Nancy), correspondant de l'Académie, qui envoie une notice sur M. le docteur Saucerotte (de Lunéville), également correspondant de l'Académie ;

5° Une note de M. Chassenat, contenant des renseignements complémentaires sur l'épizootie de rage canine qu'il a observée dans le département du Var en 1883-1884, et au sujet de laquelle il a envoyé un mémoire qui a été l'objet d'un rapport de M. Leblanc dans une des dernières séances;

6° Un pli cacheté de M. Defresne, pharmacien à Paris. (Accepté.)

M. le Président annonce la mort de M. Bouley, prononce son éloge et lève la séance publique en signe de deuil.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sont déclarés admissibles pour le concours des prix de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris, les candidats dont les noms suivent :

Première division (internes de troisième et quatrième année). — MM. Gilbert, Marfan, Broca, Beurnier, Phocas, Deschamps, Queyrat, Boursier, Duflocq, Feulard, Legendre et Malibran.

Deuxième division (internes de première et de deuxième année). — MM. Lejars, Villemin, Blocq, Dumoulin, Barbier, Jeanselme, Engelbach, Raymond, Hischemann, Hontang, Polguère, Regnault et Godot.

La question donnée hier pour la seconde (épreuve orale) aux candidats seuls de la première division a été : « De la pustule maligne. »

— Les questions données pour la première épreuve orale (épreuve d'anatomie) du concours de l'externat des hôpitaux et hospices civils de Paris sont : 1° Le muscle sterno-cléido-mastoïdien; 2° Configuration extérieure et rapports du foie; 3° L'articulation coxo-fémorale; 4° Le muscle psoas iliaque; 5° L'artère sous-clavière; 6° L'articulation scapulo-humérale ; 7° Les muscles de la région antérieure de la jambe.

Les questions données pour la seconde épreuve orale (épreuve de pathologie) sont : 1° Vaccine et vaccination; 2° Érysipèle de la face; 3° Du cathétérisme de l'urètre.

— Les candidats du concours pour la nomination à deux places de pharmacien des hôpitaux de Paris qui doit s'ouvrir le lundi 14 décembre 1885, sont au nombre de sept : ce sont MM. Grimbert, Causse, Léger, Thabuis, Meillère, Béhal et Gaillard.

Le jury se compose de M. le docteur Landrieux et de MM. les pharmaciens Gay, Méhu, Portes, Chastaing, Thibault et Stanislas Martin.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le vendredi 4 décembre 1885, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle de la Sorbonne, à deux heures de l'après-midi, M. Barrois soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « Les glandes du pied et les aquifères chez les lamellibranches.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Chateau est nommé préparateur du laboratoire de pharmacie, en remplacement de M. Campan, démissionnaire.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. le docteur Dhourdin est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *École de médecine de Caen.* — Ont été proclamés lauréats de l'École pour l'année scolaire 1884-1885 :

Première année : Premier prix, M. Fauvel. — *Deuxième année :* Premier prix, M. La Nècle; prix Lesauvage, M. La Nècle; travaux chimiques, deuxième prix, M. Damenne. — *Troisième année :* Premier prix, M. Lemarinier.

— *École de médecine de Clermont.* — M. le docteur Pojolat est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Blanc, licencié ès sciences naturelles, est nommé, à titre provisoire, chef des travaux pratiques d'histologie et d'histoire naturelle, en remplacement de M. Roule, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Reims.* — M. le docteur Doyen est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— *École de médecine de Rennes.* — M. le docteur Berthaux est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes.

— *École de médecine de Rouen.* — Ont été proclamés lauréats de l'École, pour l'année scolaire 1884-1885.

Deuxième année : Prix, M. Lainé; Prix des hôpitaux, M. Lamy. — *Troisième année :* Prix, M. Delabrosse; prix Pillore, M. Panel.

— *École de médecine de Tours.* — Un congé, pour raisons de santé, est accordé, sur sa demande, à M. Charcellay, professeur de clinique interne.

M. Sainton, suppléant, est chargé du cours de clinique interne, pendant la durée du congé accordé à M. Charcellay.

— M. le docteur Gautrez est nommé médecin du petit lycée de Clermont (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Prosper Thévenet, décédé le 30 novembre. Ses obsèques auront lieu à midi très précis, jeudi 3 décembre, en l'église de la Trinité. On se réunira au domicile du défunt, 53, rue de Châteaudun.

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur A. Juzanx, médecin-major de première classe, en retraite, décédé à Montaut (Landes), le 19 novembre, dans sa soixante et unième année.

— M. le docteur Lancereaux, médecin de la Pitié, reprendra ses leçons cliniques le mercredi 9 décembre, à neuf heures et demie du matin (amphithéâtre nº 3), et les continuera les mercredis suivants. Le vendredi, clinique au lit du malade.

— *École pratique des Hautes-Études.* — Le laboratoire d'*enseignement* de botanique (organographie et physiologie), dirigé par M. Ph. van Tieghem, professeur au Muséum d'histoire naturelle, sera ouvert tous les jours, de onze heures à quatre heures, à partir du lundi 7 décembre 1885.

Pendant la durée du cours, qui commencera le samedi 5 décembre, des leçons pratiques auront lieu le jeudi matin.

Le laboratoire de *recherches* est ouvert, tous les jours, de huit heures du matin à sept heures du soir, et toute l'année. Les élèves qui désirent prendre part aux travaux sont priés de se faire inscrire à l'avance au laboratoire, 63, rue de Buffon.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18688

N° 141. — SAMEDI 5 DÉCEMBRE 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 5 DÉCEMBRE 1885. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Vertige de Ménière compliqué de quelques symptômes tabétiques.

Il s'est présenté à la consultation de M. Charcot, à la Salpêtrière, un cas d'affection nerveuse complexe, paraissant au premier abord procéder de deux états morbides ordinairement distincts et que l'on n'observe guère que séparément, le tabes et le vertige de Ménière. Ce malade, homme de soixante-dix-sept ans, ancien ouvrier doreur sur bois, occupé actuellement à faire des recettes à domicile, est atteint d'un vertige propulsif en avant et à droite. Il ne peut pas faire quelques pas qu'il ne se sente projeté en avant et à droite, au point de tomber s'il n'était soutenu ou s'il ne se retenait lui-même au premier appui qui est à sa portée, à un meuble, au mur, s'il est dans une pièce, aux petites colonnes de bec de gaz lorsqu'il est dans la rue. Le début de ce vertige remonte à une époque très éloignée; il en a éprouvé les premiers symptômes dans son enfance, à une époque où il a été atteint d'un écoulement par l'oreille droite, avec des bruits de scie ou de cascade, à la suite duquel il a perdu l'ouïe de ce côté. Mais ce vertige ne se produisait, jusque dans ces derniers temps, que de loin en loin; il se manifestait d'une manière soudaine et toujours avec ce même caractère de propulsion. Il n'est devenu permanent que depuis environ une quinzaine de jours.

Indépendamment de ces phénomènes vertigineux qui se produisent pendant la marche, cet homme est sujet à d'autres symptômes qui remontent à la même origine et qui persistent depuis lors, tels que bourdonnements dans les oreilles, ce bruit de scie ou de cascade que nous signalions tout à l'heure et qui a marqué le début de l'affection. De plus, lorsqu'il est couché, il éprouve la sensation de l'élévation lente de son lit; il lui semble que son lit se détache du sol et monte. Il n'a jamais eu, d'ailleurs, de perte de connaissance.

Mais ce n'est pas tout. A ce vertige sont venus s'ajouter, depuis une quinzaine d'années environ, quelques prodromes, d'abord, puis un ensemble, mais incomplet encore, des symptômes de tabes. Le malade dit avoir éprouvé, pour la première fois en 1871, des douleurs lancinantes dans les jambes, douleurs qu'il comparait tantôt à un éclair ou à un coup de fleuret. Elles se sont étendues, depuis lors, des jambes à d'autres parties du corps, et sont devenues presque permanentes. A ce symptôme s'ajoute un certain degré de dyspnée; il n'y a ni dysphagie ni sensation de constriction de la poitrine; il y a de la dyplopie. La sensation du goût est conservée; celle de l'odorat est abolie depuis longtemps; conservation du réflexe rotulien; point d'incoordination des mouvements, avec laquelle il ne faudrait pas confondre le vertige.

Ainsi, en résumé, voici quel est l'état de ce malade, état complexe en apparence, qui se réduit à deux éléments et peut-être, suivant M. Charcot, à un seul : vertige de Ménière, remontant à l'enfance, ce vertige à attaques momentanées, passagères d'abord, est devenu depuis peu permanent; tabes d'origine beaucoup plus récente.

Le vertige est-il lié ou non au tabes? M. Charcot paraît incliner à le croire. C'est une question à étudier. Le malade devra se représenter à la consultation dans huit jours.

En attendant, se basant sur l'indication fournie par le vertige et sur les bons effets qu'il a obtenus jusqu'à présent, dans ces cas, de l'emploi du sulfate de quinine, M. Charcot a prescrit à ce malade le sulfate de quinine à la dose de 25 centigrammes, trois fois par jour.

Nous tâcherons de ne pas perdre de vue ce sujet.

— A l'occasion de ce malade, nous avons revu la pensionnaire de la Salpêtrière, qui a été le premier sujet de l'expérimentation du traitement du vertige de Ménière par le sulfate de quinine, la femme Agathe, ou « Mademoiselle Agathe », comme l'appelle M. Charcot, et dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs dans le temps. On se souvient — ceci date déjà de 1876 — par quelle série d'idées et de tâtonnements M. Charcot fut conduit à cette époque à proposer l'usage du sulfate de quinine contre cette affection jusque-là rebelle à toutes les tentatives de la thérapeutique. C'est sur Agathe, que des accès de vertige des plus violents et presque incessants retenaient couchée dans son lit depuis dix ans, qu'en furent faits les premiers essais. La guérison du vertige en a été le prix, et cette guérison s'est maintenue depuis et persiste encore aujourd'hui, ainsi que nous avons pu en juger à son aspect et à ses témoignages de satisfaction et de reconnaissance. Mlle Agathe va et vient, circule librement

dans les cours de la Salpêtrière, sans éprouver la moindre menace ni la moindre crainte de ses anciens vertiges et de ses sensations de chute. Son sommeil se maintient calme comme il l'était devenu à la suite de son traitement; son état général de santé est parfait. Mais elle est restée complètement sourde et elle éprouve encore, mais à un très faible degré, des bourdonnements d'oreilles.

Apoplexie cérébrale. — Question médico-légale.

Un deuxième malade de la même consultation, atteint d'une affection vulgaire, une hémiplégie, reliquat d'une atteinte d'apoplexie cérébrale, mérite de nous arrêter un instant ici, moins par les phénomènes qu'il présente en ce moment que par la question médico-légale que soulève son cas. Il s'agit d'un homme de cinquante et un ans, charretier, qui, pendant qu'il conduisait son tombereau, tomba de son siège à terre, sur le dos. Il perdit aussitôt connaissance et resta dans cet état environ une heure et demie. Il ignore, n'ayant nullement pu se rendre compte de ce qui s'est passé pendant une grande partie de ce temps, et, personne ne se trouvant en ce moment auprès de lui, on ignore combien a pu durer cette perte de connaissance. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'a pu se relever, et que c'est dans cette attitude, la face dorsale du corps portant sur le sol, qu'il a été trouvé par des passants, qui l'ont relevé et l'ont transporté ou fait transporter chez lui, où il n'a pu recevoir les premiers soins qu'assez longtemps après l'accident. Cet homme affirme qu'il n'était ni malade, ni souffrant, ni en état d'ivresse quand il est monté sur son tombereau; il était dans son état normal; il ne paraît pas qu'il y ait eu un ictus cérébral qui ait précédé la chute; il assure que c'est par suite d'un mouvement brusque du cheval qu'il a perdu l'équilibre et qu'il est tombé.

Quoi qu'il en soit, on a constaté chez lui, dès le lendemain, une hémiplégie, qui a présenté des phases diverses depuis son début. Il est resté couché pendant cinq semaines. Aujourd'hui, la paralysie musculaire est très diminuée, la sensibilité cutanée paraît à peu près intacte; mais il y a un certain degré de contracture, avec trépidation assez prononcée des muscles parésiés. Cet homme est manifestement en voie de guérison.

La question médico-légale qui se présente ici est la suivante : Est-ce la chute, provoquée par un mouvement brusque du cheval, qui a été la cause déterminante de l'apoplexie? Ou bien n'en a-t-elle été elle-même que le premier effet?

On comprendra aisément l'importance de cette question. Le charretier a introduit devant les tribunaux une action en dommages-intérêts vis-à-vis du propriétaire de la voiture qu'il avait charge de conduire, se fondant, en cela, sur son affirmation qu'il n'était nullement souffrant lorsqu'il s'est mis en marche, et qu'il n'est tombé que par le fait de la secousse imprimée au tombereau par un écart du cheval. Nul témoin n'étant à même de contredire cette assertion et de dire comment les choses se sont passées, ce n'est que sur l'appréciation des médecins experts qui seront ultérieurement désignés, que le tribunal pourra motiver son jugement. Cette expertise sera-t-elle facile, et l'enquête, qui devra porter sur l'état de cet homme, antérieurement à l'accident qui s'est produit, sera-t-elle de nature à élucider la difficulté? Nous avouons que nous en doutons un peu. Si nous en apprenons quelque chose, nous en informerons nos lecteurs.

Fistules ombilicales diverticulaires.

Dans la précédente Revue, nous avons entretenu nos lecteurs de quelques cas de fistules ombilicales qui ont fait le sujet de l'une des dernières leçons cliniques de M. Trélat. Parmi ces faits, il en est un qui appartenait à la catégorie des cas les plus graves des fistules ombilicales, les fistules intestinales, et qui n'a été cité en quelque sorte qu'incidemment dans cette leçon, nous voulons parler du cas de cette jeune fille qui a succombé aux suites d'une tentative opératoire faite dans le service, en l'absence du chef.

Ce fait a été l'occasion d'une étude des plus intéressantes faite par M. le docteur Patrice Nicolas, sur deux variétés de fistules ombilicales, à l'une desquelles se rattache le cas de cette jeune fille, les fistules ombilicales intestinales par corps étranger et les fistules dites diverticulaires. Cette étude et les recherches qu'elle a nécessitées de la part de notre confrère nous ont paru mériter d'être résumées ici.

On ne comprendrait la disposition des fistules diverticulaires, qu'en rappelant celle du canal, qui dans les premiers jours de la vie intra-utérine fait communiquer la vésicule ombilicale avec l'intestin. Voici en quelques mots quel est le mode de formation de ce canal et les principales particularités anatomo-pathologiques des fistules dont il s'agit.

Le sac vitellin, formant d'abord une cavité unique, ne tarde pas à subir un étranglement, qui bientôt le divise en deux cavités réunies par un canal : l'une est le premier rudiment de l'intestin, l'autre constitue la vésicule ombilicale. Le développement de la vésicule ombilicale terminé, vers le vingt-cinquième jour environ de la vie fœtale, à partir de ce moment, elle commence à décroître, et vers la huitième semaine, la paroi abdominale divise le ductus vitello-intestinal en deux parties : l'une extra-abdominale, l'autre située entre l'intestin et la paroi abdominale.

Le ductus suit l'atrophie de la vésicule ombilicale; il s'allonge jusqu'à l'oblitération complète; il se trouve alors transformé en un cordon fibreux qui ne tarde pas lui-même à disparaître, et dès lors toute communication a cessé entre la vésicule ombilicale et l'intestin, et par là même entre ce dernier et l'ombilic cutané.

Plusieurs anomalies peuvent modifier cette marche naturelle des choses. La portion du ductus vitello-intestinal comprise entre l'ombilic cutané et l'intestin peut persister : deux cas peuvent alors se présenter.

Le ductus n'a pas conservé de rapports avec l'ombilic et se présente alors soit sous la forme d'un tube terminé en cul-de-sac, soit sous celle d'un cordon fibreux. Dans les deux cas, il est libre dans la cavité abdominale : c'est le diverticule décrit par les auteurs.

Le ductus est adhérent à l'ombilic (diverticule iléo-ombilical).

Dans ce second cas, il peut se faire que la cavité du diverticule ne communique pas avec celle de l'intestin; la communication est alors interrompue au niveau de la jonction du ductus avec l'intestin.

Généralement le canal diverticulaire communique librement avec celui de l'intestin. L'adhérence à l'ombilic du diverticule iléo-ombilical peut avoir lieu directement ou indirectement à l'aide d'un cordon ou canal fibreux.

Lorsque le canal n'est relié à l'ombilic que par l'intermédiaire d'un cordon fibreux, il ne peut guère se produire de fistule, l'extrémité du canal terminé en cul-de-sac ne se trouvant plus en rapport avec l'ombilic, séparé qu'il en est

par un intervalle qui s'oppose à l'établissement d'une fistule. Lorsque le diverticule adhère directement à l'ombilic, la communication entre l'intestin et l'ombilic ne tarde pas à s'établir.

Les observations relatives à ces sortes de fistules établissent que c'est dans les premiers jours de la vie extra-utérine que l'on a occasion de les observer. Elles se montrent soit au moment de la chute du cordon, soit dans les dix ou douze premiers jours qui suivent.

C'est la chute même du cordon, qu'elle soit effectuée normalement, ou qu'elle ait été le résultat de tractions et de tiraillements, qui peut donner naissance à cette fistule. D'autres fois, c'est à la suite de cautérisations pratiquées sur des bourgeons charnus, siégeant à l'ombilic, que l'écoulement se manifeste.

Enfin plusieurs observations permettent d'admettre que le diverticule faisant saillie dans l'intérieur du cordon a été compris dans la ligature et sectionné avec lui. La fistule est alors produite par le même mécanisme qu'une autre variété de fistules intestinales, les fistules résultant de la section d'une anse intestinale comprise dans la ligature du cordon.

Quelle que soit la cause ayant donné naissance à la fistule, et quelle que soit l'époque de son apparition, on s'aperçoit que l'ombilic est le siège d'un écoulement de matières verdâtres formées par un mélange de méconium, de mucus et d'une petite quantité de pus séreux.

En déplissant la cicatrice ombilicale, on aperçoit l'orifice du trajet fistuleux. Un stylet introduit dans ce trajet pénètre de quelques centimètres dans une direction généralement la même, oblique en bas et à droite.

Tel est l'aspect que présentent ces fistules dans les premiers temps de leur formation. Souvent, soit à la suite d'efforts provoqués par des cris ou par des accès de toux, on voit se former consécutivement une ou plusieurs tumeurs, constituées par l'intestin faisant hernie à travers le diverticule iléo-ombilical.

Ces tumeurs herniaires intestinales, d'abord facilement réductibles, ne tardent pas à devenir irréductibles, soit par le fait de l'augmentation de volume de la portion d'intestin herniée sous l'influence de la constriction exercée par le canal diverticulaire, soit par la survenance d'adhérences : d'où tous les accidents d'obstruction intestinale auxquels les enfants ne tardent pas à succomber.

Dans les cas où l'intestin conserve sa perméabilité dans toute son étendue, la présence du trajet fistuleux ne se manifeste par aucune gêne dans les fonctions intestinales. La fistule peut rester oblitérée pendant un temps plus ou moins long sans qu'il en résulte d'accidents sérieux.

Le diagnostic de ces fistules diverticulaires est souvent obscur et difficile. Quant au pronostic, il est subordonné à la perméabilité ou non-perméabilité de l'intestin : peu grave dans le premier cas, très grave au contraire dans le second.

Fistules ombilico-intestinales par corps étrangers.

L'autre variété de fistules ombilicales étudiée dans le travail de M. le docteur Nicolas est celle des fistules produites par des corps étrangers ; c'est la variété à laquelle appartenait probablement le cas de la jeune fille qui a été l'occasion de cette étude. Les exemples de fistules entéro-ombilicales produites par des corps étrangers sont plus communs que ceux de fistules diverticulaires. Davaine en a rapporté un assez grand nombre dans son *Traité des Entozoaires;* ce sont surtout les vers intestinaux qui leur donnent naissance, par l'irritation qu'ils produisent dans l'intestin, l'ulcération successive des tuniques intestinales et la péritonite locale, qui en sont la suite. Elles sont, en général, moins graves que les diverticulaires; elles peuvent persister pendant un temps indéterminé sans causer d'autres inconvénients que ceux qui résultent de l'écoulement des matières intestinales par leur orifice. Il est vrai que cet inconvénient n'est pas petit; que son incurabilité la plus habituelle conduit souvent à l'indication d'opérations graves, pouvant entraîner la mort. Quels peuvent être, dans ces cas-là, les procédés opératoires capables de donner les plus grandes chances de succès? L'étude de cette question nous entraînerait beaucoup trop loin aujourd'hui; nous la reprendrons à l'occasion.

LE CHOC EN RETOUR ET LE FOUDROIEMENT LATÉRAL (1)

Par M. le docteur F. Vincent (de Guéret),
Lauréat de l'Académie de médecine.

XV

21° Lorsqu'on se propose de construire des bâtiments, il faut donc leur choisir un emplacement sur un terrain sec, un peu élevé sans l'être trop, et à distance respectable des cours d'eau naturels qui peuvent les exposer à un foudroiement latéral venant de loin. Le terrain, devant et autour des bâtiments, doit présenter une inclinaison en pente douce pour laisser un écoulement facile à l'eau des gouttières, et le caniveau qui la reçoit doit être suffisamment éloigné des édifices et des arbres susceptibles d'être foudroyés, excepté toutefois pour ces derniers, lorsqu'il est possible de diriger le cours d'eau accidentel, de manière à lui faire tenir lieu de l'armature métallique de M. Colladon, et, par suite, à le faire servir de paratonnerre protégeant les bâtiments. Cette dernière circonstance pourrait être prise en grande considération dans les plans de l'architecte.

22° Une autre précaution à prendre, révélée par l'accident de La Brionne, est le crépissage fréquent, ou tout au moins le lavage à l'eau de chaux des murs des étables, pour faire disparaître l'enduit conducteur déposé par la transpiration des animaux. Nous avons vu les inconvénients qui peuvent en résulter pour ces derniers. Dans le cas qui peut se présenter fréquemment à la campagne, où l'homme chercherait dans une étable un abri contre l'orage, il pourrait y être exposé aux mêmes dangers. Il doit alors éviter de s'appuyer contre les murs et pièces de bois recouverts dudit enduit, et se tenir debout au milieu de l'appartement.

Les mêmes recommandations doivent s'appliquer aux vieux murs salpêtrés toujours très humides.

Il est inutile de parler ici des dangers auxquels peuvent exposer les conducteurs métalliques établis par la main de l'homme, comme rails des chemins de fer, fils télégraphiques, etc., sujet trop bien traité par d'autres pour que j'aie besoin de m'en occuper ici.

Bien des personnes, surtout celles qui ont des connaissances superficielles en physique, pourraient se figurer qu'il est très dangereux de voyager en chemin de fer pendant l'orage, d'abord parce que la grande quantité de métaux qui entre dans la construction d'un train peut attirer puissamment l'électricité atmosphérique et exposer celui-ci à être foudroyé ; ensuite, parce que les rails, excellents conducteurs, peuvent amener de loin la foudre qui aurait frappé un point quelconque de la voie. Je dois leur dire, pour les rassurer, que la communication des rails, par l'intermédiaire des roues, avec tout le système métallique (roues, essieux, ressorts, freins, etc.) qui supporte les compartiments en

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er décembre 1885.

bois, souvent capitonnés, où se trouvent les voyageurs, doit atténuer d'une manière considérable sinon conjurer le danger pour ces derniers. Ces supports métalliques des différents wagons qui composent le train, réunis entre eux par des attaches de fer et reposant sur les rails, forment, en effet, une chaîne de sûreté bien puissante qui doit protéger efficacement tous les wagons autres que celui directement foudroyé pendant la marche, et tous indistinctement dans le cas où le rail serait le conducteur d'un courant intense. On rendrait la sécurité plus grande en établissant une communication bonne conductrice entre les baguettes métalliques des angles et arêtes ou les différentes pièces de blindage de la cage du wagon, et le système de supports ci-dessus exposé.

Je ne soulèverai pas non plus les questions de savoir s'il y a des essences d'arbres qui attirent l'électricité mieux que d'autres ; si l'abri est plus sûr sous un vieil arbre à écorce rugueuse et sèche que sous un jeune arbre à écorce plus tendre et plus imprégnée de sève ; auprès d'un tronc volumineux offrant une large surface à l'écoulement de l'électricité, ou d'un tronc moins gros qui la concentre davantage. Je ne pourrais les résoudre qu'*a priori*, et c'est à l'observation seule à donner leur solution.

II. *Médecine légale.* — Au chapitre consacré à ce sujet dans ma *Contribution à l'histoire médicale de la foudre*, nous pouvons ajouter les propositions suivantes qui découlent de nos études actuelles ; elles étendent un peu plus le champ des applications de la médecine légale aux accidents de la foudre.

1° Le foudroiement latéral peut produire des lésions semblables à celles que produit le foudroiement direct.

Chez Bord, les habits sont déchirés à l'entrée et à la sortie du courant. Au niveau de l'une de ces ouvertures, existe une brûlure au deuxième degré d'où partent des lignes rouges, indices de brûlures au premier degré sur le passage du courant. Comme chez Conchon, directement foudroyé, les vêtements extérieurs sont intacts ailleurs qu'aux ouvertures ci-dessus, et le *gilet de flanelle qui touche la peau* présente seul des traces de brûlures.

2° Si l'explication que nous avons donnée de l'observation de Brydone est la vraie, le foudroiement latéral peut donner lieu à des accidents et même tuer à de grandes distances.

Si donc, après un orage qui a sévi plus ou moins loin, un pêcheur à la ligne, ou un pâtre, était trouvé mort sur le bord d'une rivière, il faudrait rechercher si le nuage orageux ne s'étendait pas sur la partie supérieure des bassins de deux affluents situés sur la même rive de la rivière, l'un à droite et l'autre à gauche de la victime, ou d'un affluent et d'un détour de la rivière, et si le tonnerre n'est pas tombé sur les rives de l'un d'eux. Là, en effet, pourrait se trouver la cause de la mort, et elle ne saurait faire l'objet d'un doute si, comme chez le charretier de Brydone, les habits étaient lacérés *avec traces* de brûlures sur le corps, sans lésions attribuables à d'autres causes.

Dans ce cas, naturellement, les ravages produits par la foudre sur les objets environnant le corps de la victime, n'existeraient pas, contrairement à ce qui a lieu pour le foudroiement direct.

3° Quoi qu'il en soit, si, jusqu'à preuve matérielle, la mort à d'aussi grandes distances peut être un fait contestable, il ne saurait en être de même à des distances plus rapprochées du point foudroyé. Les moutons de La Brionne, tués à 30 mètres, nous en fournissent une preuve ; et le coup de fouet dans les mollets éprouvé par Bordet, à 80 mètres, sous l'influence d'un courant tout secondaire, peut bien laisser supposer que cet homme aurait été exposé à un danger plus sérieux, si les circonstances topographiques avaient rendu ce courant plus énergique. Dans des cas de cette nature, ce sont surtout ces circonstances qu'il faut étudier.

4° Le foudroiement latéral peut, comme le foudroiement direct, projeter sa victime à distance : Darraud nous en offre un exemple.

Lors donc qu'une personne serait trouvée morte en dehors du passage probable d'un courant intense, il ne faudrait pas, pour cela, écarter cette cause de mort. Il y aurait même ici à éviter de mettre sur le compte d'un meurtre les contusions que le corps aurait pu recevoir dans cette projection contre un corps dur et à aspérités à sa surface, un caillou par exemple. Ici, encore, il faudrait tenir compte des circonstances favorables ou non à la projection.

5° La mort par le *choc en retour complexe* n'étant point théoriquement impossible, si une personne était trouvée morte sous un grand arbre après le passage, au-dessus, d'un orage avec tonnerre, mais sans chute de la foudre sur l'arbre ou aux environs, il serait permis d'attribuer cet accident à cette cause dans le cas où l'examen et l'autopsie du cadavre n'en révéleraient pas d'autre.

Dans ce cas, comme dans le précédent, la projection est possible si le courant est capable de donner la mort. Pour l'évaluation de son intensité, il faut tenir compte, dans le calcul des probabilités auquel on se livre, des dimensions et du développement de l'arbre. Les risques courus sont, en effet, toujours en raison directe de ces deux circonstances.

6° La mort par le foudroiement latéral simple étant peu à redouter, si une personne était trouvée morte à une certaine distance d'un arbre foudroyé, par exemple à 20 mètres et au-dessus, en plein champ, et loin du passage probable de tout courant intense, il ne faudrait pas admettre légèrement cette cause de mort, et rechercher soigneusement s'il n'en existe pas d'autre.

La même recommandation s'applique, à plus forte raison, au choc en retour simple, encore moins à redouter que le choc latéral simple.

8° Dans tous ces cas, il faut s'assurer si le cadavre et ses habits présentent des lésions analogues à celles que produit la foudre habituellement, car ce serait alors une très forte présomption en faveur de cette cause de mort.

III. Telles sont les conséquences, tant au point de vue doctrinal qu'à celui des applications pratiques, auxquelles m'ont conduit les quelques observations qu'il m'a été possible de recueillir sur les accidents de la foudre. Ai-je atteint complètement le but que je m'étais proposé ? Je n'oserais pas l'espérer d'une manière absolue. En effet, toute vérité scientifique, pour s'affirmer, a besoin de s'appuyer sur des faits plus nombreux ; et le petit nombre de ceux que j'apporte est plutôt propre à montrer la voie qu'à conduire définitivement au but. Tout ce que je puis dire, c'est que les propositions que j'ai formulées m'ont paru la conclusion la plus légitime que l'on puisse tirer de mes observations personnelles, si peu nombreuses qu'elles soient, des observations plus rares encore et plus incomplètes généralement que j'ai pu découvrir dans les livres et recueils périodiques, enfin de l'examen minutieux des statistiques plus ou moins officielles qui me sont tombées sous la main.

En présence de l'insuffisance de ces dernières et de la pénurie d'observations bien faites sur un ordre de faits aussi fréquents que les accidents de la foudre, je n'aurais pas perdu mon temps si ces études, si incomplètes qu'elles soient, pouvaient attirer l'attention sur un sujet aussi intéressant qu'il a été négligé jusqu'à présent. Les lacunes dans la connaissance des effets de la foudre, signalées par Arago il y a plus de quarante ans, sont, en effet, loin d'être comblées ; et le nombre des observateurs sérieux est bien minime en comparaison de celui des faits intéressants et instructifs qu'il eût été possible de recueillir dans ce laps de temps.

Les faits en bien petit nombre rapportés dans ce travail montrent pourtant tout le profit, pour la science, que l'on pourrait retirer d'observations plus nombreuses, et, par suite, la nécessité de recueillir ces dernières avec plus de soins qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour.

A ce propos, qu'il me soit permis, pour terminer, de reproduire ici le vœu suivant que j'adressai à l'*Association française pour l'avancement des sciences*, réunie au Congrès de Clermont en août 1876 :

« Je demande la permission d'exprimer un vœu, en rappelant un grand souvenir qui plane sur cette vieille cité de Clermont, qui fait aujourd'hui au Congrès un accueil si cordial. Il y a bien-

tôt huit siècles, un concile, le seul genre de congrès que connût cette époque, se réunissait dans ses murs, et la voix la plus autorisée d'alors, celle du pape Urbain II, faisait appel aux princes de la terre en faveur de la civilisation au moins en germe de l'Europe chrétienne menacée par les progrès croissants du fatalisme musulman. L'*Association française pour l'avancement des sciences*, elle aussi devrait prendre l'initiative d'une croisade en rapport avec les idées de l'époque, en faisant appel aux détenteurs de l'autorité publique, afin de faire recueillir soigneusement les faits nombreux et tous plus ou moins intéressants d'accidents de la foudre qui se produisent chaque année sur toute la surface de notre territoire. Ces faits, par les circonstances de lieux où ils se produisent, échappent forcément à l'observation clinique ordinaire, et c'est toujours par le plus grand des hasards qu'ils tombent sous l'observation d'une personne capable de les apprécier. Aussi la plupart d'entre eux sont-ils toujours perdus pour la science, bien heureux quand ils peuvent alimenter la curiosité publique en figurant parmi les faits divers des journaux politiques.

« Il faudrait donc que l'administration fît faire autre chose que ces sèches statistiques rédigées en général d'après des renseignements incomplets, fournis par des personnes peu compétentes, et qui peuvent tout au plus établir la fréquence relative des accidents de la foudre dans les divers pays. Chaque observation de coup de foudre devrait être soigneusement recueillie dans tous ses détails : lorsqu'il y aurait mort de personne, un médecin devrait être chargé de rédiger un rapport circonstancié; lorsque des animaux seraient tués, leur autopsie devrait être faite par un vétérinaire ou un médecin, ou par les deux réunis; lorsque le cas l'exigerait, un physicien, si c'était possible, devrait être adjoint à ces deux praticiens. En un mot, il faudrait créer un véritable service public chargé de la mission de recueillir les faits intéressants pour la science et propres à résoudre les questions encore litigieuses. En agissant ainsi, au lieu de chiffres alignés et additionnés qui, en général jusqu'à présent, n'ont pas fait faire un grand pas à la science, ce seraient des documents scientifiques sérieux, de véritables *libri fulminales*, à l'imitation des Romains, que l'administration livrerait aux savants qui voudraient étudier cette question de la foudre encore si obscure, quoique vieille comme le monde. »

THÉRAPEUTIQUE

Du morrhuol ou principe actif de l'huile de foie de morue.

Par M. le docteur Joseph LAFAGE.

En présence de la répugnance insurmontable qu'éprouvent certains malades pour l'huile de foie de morue, malgré les nombreux procédés mis en usage pour en masquer le goût, j'ai songé à reprendre la question intéressante des principes actifs de l'huile de foie de morue. Pour les uns, c'est le corps gras qui joue le principal rôle; pour les autres, au contraire, c'est au brome, à l'iode ou au phosphore, qu'il faut attribuer les bons effets que l'on retire de son administration. Il s'agissait d'isoler ces divers corps de l'huile de foie de morue. M. Chapoteaut a bien voulu se livrer à ce travail et me faire connaître les procédés qu'il a employés.

Premier procédé. — On traite l'huile par une solution aqueuse de carbonate de soude qui dissout les acides à une basse température.

Deuxième procédé. — On agite l'huile de foie de morue avec de l'alcool à 90 degrés; l'alcool séparé de l'huile est distillé, et la partie non volatilisée renferme les principes actifs sur lesquels ont porté mes expériences.

Dans les deux cas, l'huile ainsi traitée devient à peu près inodore, sans goût, et se rapproche de l'huile obtenue des graisses animales. Quant au produit, le *morrhuol*, il est âcre, amer, très aromatique, cristallisant en partie à la température ordinaire.

Ce produit renferme du phosphore, de l'iode et du brome en quantité très notable; on en trouve de dix à douze fois plus que dans l'huile primitive. Ces divers corps se trouvent tellement unis entre eux qu'il a été impossible de les isoler et de les doser séparément. Ils forment donc un produit complexe qui sera l'objet d'études chimiques plus complètes.

La quantité de morrhuol varie avec la qualité des huiles employées.

Les diverses huiles en fournissent : l'huile brune, de 4,50 à 6 p. 100; l'huile blonde, de 2,50 à 3 p. 100; l'huile blanche, de 1,50 à 2 p. 100.

Il était curieux de savoir si l'huile ainsi traitée et privée de son principe actif jouirait des mêmes propriétés que l'huile de foie de morue en nature. Comme il était facile de le prévoir, ces huiles ne m'ont donné aucun résultat; elles agissent comme corps gras, mais seulement comme corps gras, elles ont perdu par le traitement qu'on leur a fait subir les propriétés particulières à l'huile de foie de morue.

Restait donc le principe actif, qu'il s'agissait de présenter aux malades sous une forme acceptable. En présence de sa saveur désagréable et de son odeur aromatique très prononcée, M. Chapoteaut a songé à mettre le morrhuol en capsules. Chaque capsule renferme 20 centigrammes d'extrait, correspondant à 5 grammes d'huile de foie de morue.

A la dose de 2 capsules par jour chez les enfants de six à huit ans, de 4 capsules chez les enfants de huit à douze ans, et de 8 à 10 chez les adultes, ces capsules, prises au moment des repas, m'ont rendu de réels services.

Je n'ai certes pas la prétention de remplacer l'huile de foie de morue par le morrhuol, mais je crois que ce nouveau produit, grâce à une administration plus facile, pourra remplacer l'huile toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une répugnance insurmontable. Je crois même que là ne se bornera pas son rôle, car il présente des avantages sérieux. Il arrive souvent que l'huile, lorsqu'on est obligé d'en donner de certaines quantités, est mal digérée, qu'elle donne lieu à des nausées, à des vomissements, à de la diarrhée; en un mot, qu'elle amène des troubles de la digestion tels, qu'on est obligé de la supprimer. Rien de semblable avec son principe actif, dont l'usage prolongé pendant des mois à une dose relativement élevée, 12 capsules par jour, n'a jamai produit le moindre trouble du côté des voies digestives.

Le plus souvent, au contraire, dès les premiers jours de son administration, les troubles préexistants disparaissent, l'appétit augmente, les digestions deviennent plus faciles et les garde-robes plus régulières. Le morrhuol, que les enfants supportent aussi facilement que les adultes, agit plus rapidement que l'huile de foie de morue. Cette action plus rapide découle tout naturellement de ce que son absorption est plus facile, plus complète.

Aussi ai-je obtenu des résultats surprenants chez des malades que l'huile de foie de morue eût certainement améliorés, mais pas avec la même rapidité. Je veux parler des tuberculeux à la première période, au moment où ils sont fatigués par une toux opiniâtre, surtout le soir, où leurs forces commencent à décliner, et l'amaigrissement à devenir sensible. Sous l'influence du morrhuol, de 6 à 8 capsules dans les vingt-quatre heures, la toux se calme rapidement, dans les trois ou quatre premiers jours, l'appétit renaît, l'alimentation devenant plus complète, le teint des malades s'anime, ils ont le sentiment d'un accroissement des forces, dans les jambes surtout. Mes expériences ont porté sur un grand nombre de tuberculeux au début; c'est la maladie la plus commune dans la clientèle, et surtout dans une certaine partie de la clientèle. Chez tous, j'ai obtenu une amélioration notable. En même temps que l'état général devient meilleur, et que la toux se calme, l'expectoration, surtout lorsqu'elle est due au catarrhe broncho-pulmonaire, diminue rapidement.

Cette action rapide sur la sécrétion bronchique, m'a amené à employer le morrhuol dans la bronchite chronique, surtout lorsqu'elle est accompagnée d'une expectoration abondante. J'ai choisi de préférence mes malades parmi ceux qui avaient déjà suivi ou suivaient encore le traitement classique par les balsamiques, les eaux sulfureuses et l'iodure de potassium. Dans la

plupart des cas que j'ai eu à traiter, les résultats ont été très satisfaisants. En huit jours ou quinze jours au maximum, les capsules, prises à la dose de huit par jour au moment des repas, ont modifié très favorablement l'état de mes malades. Diminution des crachats, facilité plus grande dans leur expulsion, suppression à peu près complète de la toux et de l'oppression. Ces malades éprouvent un tel bien-être qu'ils avouent n'avoir été soulagés de cette façon par aucun des nombreux médicaments qu'ils ont employés.

Continuant la série de mes expériences, dont le début remonte au mois de juillet 1884, j'ai fait prendre les capsules de morrhuol aux enfants strumeux et scrofuleux auxquels j'avais jusqu'ici administré l'huile de foie de morue. Dans la plupart des cas, l'état général a été heureusement et assez rapidement influencé par le traitement. Il en est de même dans le rachitisme.

Je me propose de réunir mes nombreuses observations et d'en faire l'objet d'un nouveau travail qui montrera, je l'espère, les bons effets que l'on peut retirer de l'administration des capsules de morrhuol dans les cas où l'emploi de l'huile de foie de morue est rendu impossible. Je crois même arriver à démontrer que, dans certains cas, il est avantageux de remplacer l'huile par son principe actif.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 décembre 1885. — Présidence de M. HORTELOUP.

COMMUNICATIONS

Traitement des kystes hydatiques du foie par la laparotomie. — **M. MONOD** communique une observation analogue à celle de M. Richelot (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 1052). Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans que, depuis l'âge de neuf ans, M. Monod a plusieurs fois ponctionnée; elle portait une tumeur à l'épigastre, qui n'était autre qu'un kyste de la face inférieure du foie. M. Monod pratiqua la laparotomie, assisté de MM. Terrillon et Schwartz. La cavité abdominale ayant été ouverte, il ponctionna le kyste, excisa tout ce qu'il put de la poche, fit sortir une douzaine de vésicules hydatiques, incisa la membrane germinative tout entière, sutura les bords de l'ouverture à la plaie abdominale, injecta une solution de chlorure de zinc, fit la suture et pansa à l'iodoforme. Il plaça deux gros drains et fit des lavages avec le siphon de M. Potain. La malade, opérée depuis trois semaines, n'a pas eu la moindre élévation de température et peut être considérée comme guérie. On opère en pareil cas, pour ainsi dire, hors du ventre. Aucun des organes intra-abdominaux n'est même aperçu. Il n'y avait pas, chez cette malade, la moindre adhérence.

M. Monod se rallie donc aux conclusions formulées par M. Richelot et pense que la laparotomie est indiquée pour le traitement des kystes hydatiques du foie accessibles, en rapport avec la paroi abdominale.

M. TERRIER fait observer que M. Richelot n'a fait cette opération qu'après lui qui croit l'avoir le premier pratiquée à Paris.

Greffe oculaire. — **M. TERRIER** fait un rapport sur un travail de M. Rohmer (de Nancy), relatif à la greffe oculaire. Il rappelle que M. Chibray (de Clermont) a, le premier, fait, en mai 1885, une tentative de ce genre. La seconde observation, qui appartient à M. Terrier lui-même, a trait à un homme de trente ans qui, à la suite d'un coup de couteau, perdit un œil et dut en subir l'extirpation; aussitôt après, on fit l'ablation de l'œil d'un lapin, on le trempa dans une solution d'acide borique, et cet œil fut placé dans l'orbite du malade, où il fut fixé par huit points de suture. Les suites parurent d'abord favorables; il n'y eut point de douleurs; il y avait des mouvements associés; mais il y eut du sphacèle, et on ne put obtenir le moindre greffe.

La troisième observation est celle qui fait l'objet de ce rapport; elle appartient à M. Rohmer. Il s'agit d'un cas de sphacèle de la cornée, ayant nécessité l'ablation de l'œil gauche. Cet œil enlevé, M. Rohmer prit l'œil d'un chien, le lava dans une solution de sublimé et l'inséra par plusieurs points de suture dans l'orbite du malade. Cette tentative ne fut pas suivie de succès, et même le moignon scléroticaI qui resta détermina des phénomènes sympathiques qui nécessitèrent son ablation.

La quatrième observation a été publiée par M. Bradfort (de Boston). Il s'agissait d'un moignon atrophié qui fut énucléé et remplacé aussitôt par l'œil d'un lapin; la conjonctive avait été coupée circulairement, et M. Bradfort eut soin de suturer le bout du nerf optique de l'œil du lapin à ce qui restait du nerf optique de l'œil humain. Le résultat semblait parfait au dix-huitième jour; le globe oculaire était de volume moyen et de tension normale; l'iris, resté trouble, ne se contractait pas sous l'influence de la lumière. Il y avait des mouvements associés des deux yeux.

Enfin une cinquième observation a été communiquée par M. Terrier lui-même. Il s'agit d'un homme de soixante-six ans, opéré, sans succès, de cataracte; ayant dû subir consécutivement l'énucléation de l'œil, et, aussitôt après, la greffe d'un œil de lapin.

Traumatismes déterminés par les pétrisseuses. — **M. AUFFRET** (de Brest) fait une communication sur les accidents causés par les pétrisseuses mécaniques. (Comm. : MM. Richelot, Pozzi et Tillaux.)

Résection du poignet. — **M. POLAILLON** présente un malade auquel il a pratiqué, avec succès, la résection du poignet. Il s'agissait d'un homme de quarante-quatre ans, atteint d'arthrite suppurée du poignet avec carie osseuse. Ce malade ayant refusé l'amputation, M. Polaillon lui pratiqua la résection : tous les os du carpe furent enlevés, et le résultat obtenu est des plus satisfaisants, cet homme pouvant écrire, élever du sol des seaux pleins d'eau, etc.

ÉLECTION

La commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membre titulaire est composée de MM. Sée, Berger et Humbert.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de M. le professeur Bouley, président de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine, inspecteur général des Écoles vétérinaires, etc., ont eu lieu avant-hier mercredi, 2 décembre 1885, au milieu d'une telle affluence que plus de la moitié des personnes qui suivaient le cortège n'a pu pénétrer dans l'église Saint-Thomas-d'Aquin, où le service funèbre a été célébré.

Le deuil était conduit par MM. les docteurs Paul Bouley et Meuriot, ses fils et gendre. L'inhumation a eu lieu au cimetière Montparnasse, où des discours ont été prononcés : au nom de l'Académie des sciences, par M. Hervé-Mangon ; au nom des professeurs du Muséum, par M. A. Milne-Edwards et par M. Frémy ; au nom de l'Académie de médecine, par M. Leblanc ; au nom du Comité d'hygiène, par M. Brouardel ; au nom des professeurs de l'École vétérinaire d'Alfort, par M. Goubaux ; au nom de la Société d'acclimatation, par M. de Quatrefages ; au nom de la Société centrale de médecine vétérinaire, par M. Sanson ; au nom de la Société de biologie, par M. Dumontpallier, etc.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours de l'agrégation de pathologie interne et médecine légale s'est ouvert mardi. La première séance a été exclusivement consacrée à la constitution du jury, dont nous avons donné la liste dans un de nos précédents numéros, et à l'appel des candidats, qui ont répondu seulement au nombre de 29 sur 35 qui s'étaient fait inscrire.

La première épreuve, composition écrite, a eu lieu mercredi. Le

sujet donné a été : « *Cellules hépatiques* ». La lecture des compositions aura lieu dans l'ordre suivant fixé par le tirage au sort : 1. M. Lober; 2. M. Chuffard; 3. M. Lemoine; 4. M. Netter; 5. M. Letulle; 6. M. Moussous; 7. M. Chauffard; 8. M. de Beurmann; 9. M. Bourcy; 10. M. Colin; 11. M. Cuffer; 12. M. Dubreuilh; 13. M. Balzer; 14. M. Juhel-Rénoy; 15. M. Brousse; 16. M. Brissaud; 17. M. Ballet; 18. M. Boinet; 19. M. Brault; 20. M. Grenier; 21. M. Lannois; 22. M. Gaucher; 23. M. Dreyfus; 24. M. Barth; 25. M. Parisot; 26. M. Simon; 27. M. Déjerine; 28. M. Weill; 29. M. Sardat.

Les six candidats qui se sont retirés du concours sont MM. Audry, Brocq, Dufourt, Faisans, Merklen et Siredey.

— *Muséum.* — M. le professeur Van Tieghem commencera son cours de botanique (organographie et physiologie végétales) demain samedi 5 décembre 1885, à huit heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— *Collège de France.* — M. Berthelot commencera le cours de chimie organique, le lundi 7 décembre 1885, à dix heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Il traitera de la thermochimie.

M. François-Franck, remplaçant M. le professeur Marey, commencera le cours d'histoire naturelle des corps organisés le lundi 7 décembre 1885, à quatre heures et demie du soir, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Il traitera de la circulation du sang dans le cerveau (physiologie et pathologie expérimentales).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18707.

60

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

11

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorragies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses : *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

26

BAGNÈRES DE BIGORRE

Est une des stations thermales les plus riches qui puissent se rencontrer (Dr Durand-Fardel).

EAUX SALINES, SULFATÉES, CALCIQUES, FERRUGINEUSES, ARSENICALES, SULFUREUSES

L'EAU SULFUREUSE DE LABASSERE

Est la plus richement minéralisée des sulfureuses sodiques (Pétrequin et Socquet). — Se place en tête des eaux sulfureuses propres à l'exportation (Filhol). — A une supériorité incontestable sur toutes les eaux sulfureuses connues pour l'exportation et l'emploi loin des sources (Cazalas). — Trois ans d'embouteillage sans altération (Ossian Henry).

Casino monumental. — Station unique pour les poitrines faibles et les enfants.

10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, Phie Grez, 34, rue de la Bruyère.

75

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau ; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (Bouchardat, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie Champigny, 57, r. Clichy ; 10, r. Port-Mahon.

71

PRODUITS DE L'EUCALYPTUS

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

15

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

46

POUGUES EAU MINÉRALE ALCALINE GAZEUSE RECONSTITUANTE

Gastralgies. — Dyspepsies. — Gravelles. Anémies. — Chloroses. — Convalescences.

51

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

1

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

78

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

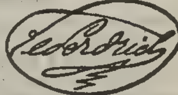
Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

9

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



92

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes) **2 fr. 50** dans un verre d'eau.

EN BAINS : un flacon pour un bain *incolore* **1 fr.** *et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

241

INSTITUT THERMO-RÉSINEUX

Du docteur CHEVANDIER DE LA DROME.

14, rue des Petis-Hôtels (Lanterne Bleue), Paris.

Cure spéciale des **Rhumatismes**, de la **Goutte**, des **Arthrites**, de la **Sciatique**, des **Névralgies**, des **Catarrhes** chroniques. Guérisons très remarquables.

99

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

Quinquina, pyrophosphate de fer, écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique*, Trousseau et Pidoux ; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : Bosredon aîné, Brive (Corrèze).

160

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

PULLNA

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879. Melbourne 1880, Londres (Cong. méd. univ.) 1881, Trieste 1882, Vienne 1883, Amsterdam 1883.

31

HÉMORRHOIDES FISSURES A L'ANUS

Soulagement immédiat et guérison par la Pommade et les **Suppositoires** de Royer (*cum extracto achillæ*).

Sur demande, échantillon fo à MM. les médecins. Phie A. Dupuy, sucr de Royer, 225, r. St-Martin.

74

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16 rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

24

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus **grand** succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

39

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

Inhalateur, location, 5 francs par semaine. Gaz, 0f,10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boite, **130** francs.

Phie Limousin ✱, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

49

KOUMYS-EDWARD

Traitement des maladies de poitrine et de l'estomac, phtisie, etc., — Seul adopté dans les hôpitaux de Paris. Médaille d'or Paris 1875.

Adde, phien, 7, r. du Marché-St-Honoré, Paris.

2

CHATEL-GUYON GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concerts Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

49

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex no 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boites bleues.*

Dépôt : Phie Leroy, 2, r. Daunou, et toutes phies.

22

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

SIROP & DRAGÉES AU PROTO-IODURE DE FER DE GILLE

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, 7 décembre 1885.

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Mon cher Directeur,

En dehors du Conseil municipal, un certain nombre de conseillers municipaux, attachés à un journal politique, et plusieurs journalistes, ont, dans divers journaux, tenté d'atténuer la portée de la pétition que les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, au nombre de 107, viennent d'adresser à M. le ministre de l'intérieur.

Nous sommes 114 médecins et chirurgiens en exercice dans les hôpitaux; il y a 17 médecins et chirurgiens honoraires, et 32 médecins et chirurgiens des hôpitaux attachés au Bureau central. Il ne faut compter ni les accoucheurs ni les médecins aliénistes, nommés par un concours spécial, à qui les règlements n'accordent pas le titre de médecins des hôpitaux.

Tous les honoraires, c'est-à-dire des hommes qui ont passé trente à quarante ans de leur vie dans des services hospitaliers tenus soit par des laïques, soit par des sœurs, ont tous signé, sauf un. Ce dernier exerce une fonction publique, qu'il était peut-être exposé à perdre, si l'on en juge par ce qu'ont dit certains journaux.

Sur les 32 médecins ou chirurgiens du Bureau central, 12 n'ont point signé.

Enfin, parmi les médecins et chirurgiens en exercice ayant un service, 72 ont signé; 42, pour une cause ou pour une autre, se sont abstenus. Sur les 72 premiers, 26 ont dans leur service des infirmières laïques; sur les 42 derniers, 26 ont dans leur hôpital un personnel laïque.

Voilà la situation rigoureusement exacte.

En présence de cet état de choses et de l'usage que les laïcisateurs à outrance font du silence de nos 42 collègues; en présence de menaces qui ne sont plus dissimulées, je demande à nos collègues d'avoir le courage de leur opinion.

Qu'ils adressent à M. le ministre, si tel est leur sentiment, aussi loyalement que nous l'avons fait, une lettre où ils diront, par exemple, ceci : « Dans l'intérêt des malades, dans l'intérêt du bon ordre et de la tenue des hôpitaux et hospices de la ville de Paris, il y a profit à remplacer les religieuses hospitalières par des infirmières laïques. »

Dr Armand DESPRÉS,
Chirurgien à l'hôpital de la Charité, conseiller municipal.

P.-S. — Le journal *le Temps* a exprimé le vœu que l'on consulte aussi les *directeurs des hôpitaux* sur la question. Cela serait pour le mieux, mais il faudrait auparavant donner l'assurance à ces administrateurs qu'ils ne seront point persécutés pour leur opinion, et que l'on ne prendra point prétexte de la sincérité de leur avis, pour les priver des récompenses dues à leurs services!

Nous sommes priés d'ajouter le nom de M. S. Pozzi, chirurgien de Lourcine (hôpital laïcisé), à la liste des signataires de la protestation contre la laïcisation des hôpitaux.

HOTEL-DIEU. — M. TILLAUX.

Du chondrome de la parotide.

Nous pratiquerons aujourd'hui l'ablation d'une tumeur de la parotide gauche, sur une jeune fille âgée de seize ans, que m'a adressée M. le docteur Le Roy (de Villiers-le-Bel).

Le père et la mère sont bien portants. La malade a trois frères et quatre sœurs jouissant d'une bonne santé; elle est d'apparence chétive et n'a pas encore été réglée. Dans son enfance, elle a eu la gourme, des glandes au cou, et actuellement elle est atteinte d'otorrhée du côté gauche.

La région parotidienne gauche est occupée par une tumeur très saillante à l'extérieur, et offrant le volume d'une grosse mandarine environ. La tumeur mesure 6 centimètres en hauteur et 5 en largeur. Elle a débuté il y a sept ans, sous forme d'une petite boule roulant sous le doigt, située au-dessous du lobule de l'oreille. Le développement a été progressif.

Ses limites sont les suivantes : en haut, le tragus; en bas, l'angle de la mâchoire; en arrière, l'apophyse mastoïde, qu'elle recouvre en partie ainsi que le bord antérieur du sterno-mastoïdien; le lobule de l'oreille est relevé; en avant, la tumeur empiète sur la joue et recouvre une portion du masséter.

La peau est normale et glisse sur tous les points par sa face profonde. La surface de la tumeur, très inégale, pré-

sente de nombreuses bosselures. La consistance est ferme, uniforme, sans la moindre élasticité. Très mobile par sa face superficielle, la tumeur l'est également par sa face profonde. Elle se déplace facilement dans le sens transversal, beaucoup moins dans le sens vertical ; il semble qu'elle oscille autour d'un pédicule situé au niveau du lobule de l'oreille. La contraction du muscle sterno-mastoïdien fait notablement diminuer cette mobilité. L'exploration par la bouche démontre l'absence de tout prolongement pharyngien.

La tumeur occupe certainement la loge parotidienne, puisqu'elle est bridée par les contractions du sterno-mastoïdien ; toutefois, la minceur des couches qui la recouvrent démontre que la presque totalité de la glande a été refoulée en dedans. La carotide externe répond à la face profonde, car on ne constate aucun battement superficiel; mais où est le nerf facial ? Je ne saurais dire s'il siège en dedans ou en dehors. En raison du relief que la tumeur forme à l'extérieur, il est probable que le nerf est en dedans; cependant il pourrait être situé dans une des dépressions qui séparent les lobes, et se présenter au bistouri dans le cours de l'opération.

Les symptômes physiologiques sont à peu près nuls : la malade n'éprouve ni gêne, ni douleur. Le système lymphatique est intact. Tous les viscères sont sains.

A quel genre de tumeur avons-nous affaire ? Il est évident qu'il s'agit d'une tumeur solide ; or, rappelez-vous ce que je disais dans la dernière leçon, à savoir que la meilleure division clinique des tumeurs solides de la loge parotidienne doit reposer sur l'existence ou l'absence d'une capsule fibreuse d'enveloppe qui isole le néoplasme des parties voisines et en permet la facile énucléation. C'est sur la mobilité de la tumeur dans tous les sens que nous nous basons pour admettre la présence de la capsule, et celle-ci étant absolument mobile, nous en concluons qu'elle appartient au groupe des tumeurs encapsulées (1). Elle est dure, inégale, bosselée, indolente, et s'est développée lentement, caractères cliniques qui répondent tout à fait au chondrome. Il me paraît donc évident qu'il s'agit ici d'un chondrome de la parotide.

La région parotidienne est un lieu d'élection pour le développement du chondrome. Étudiées d'abord par J. Muller qui les dénomma ainsi le premier, ces tumeurs ont fait surtout l'objet des recherches de Dolbeau et de Virchow. Au point de vue histologique, M. Ranvier les distingue en chondromes *purs* et en chondromes *mixtes;* les premiers sont entièrement composés de cartilage ; dans les seconds, on trouve en même temps du tissu fibreux, du tissu muqueux et des culs-de-sac glandulaires modifiés, qu'on pourrait rapporter à l'adénome. La netteté des caractères cliniques dans ce cas particulier : consistance égale dans tous les points, nombreux lobules et délimitation précise, nous autorise à diagnostiquer un chondrome pur. De plus, il est vraisemblable qu'en raison de la marche lente de la tumeur, on trouvera la masse formée de cartilage hyalin, plutôt que de cartilage fœtal à petites cellules, celui-ci se développant beaucoup plus rapidement. J'ajoute que le chondrome de la parotide, en particulier, renferme souvent du cartilage à cellules ramifiées.

Si nous voulions donc pousser le diagnostic aussi loin que possible, nous dirions : notre jeune malade est atteinte d'un *chondrome pur, formé de cartilage hyalin, à cellules ramifiées.* Toutefois, ainsi que je vous le disais dans une précédente leçon, il n'est heureusement pas nécessaire que le clinicien pénètre aussi avant dans le diagnostic anatomique des tumeurs pour poser de bonnes indications thérapeutiques.

Cette jeune fille ne souffrant pas, devons-nous l'opérer ? Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative, car l'opération est absolument sans danger, et vous avez pu voir que la tumeur constitue déjà une difformité très choquante qui ne fera qu'augmenter. L'opération deviendra donc de plus en plus difficile, surtout si la masse subit des transformations kystiques et un travail de ramollissement tendant à l'ulcération, ce qu'il est assez commun d'observer sur les chondromes très anciens.

L'ablation de la tumeur amènera très probablement une guérison définitive, car le chondrome pur ne repullule pas en général. Cependant, il y a des exemples de récidive sur place, et dans un cas publié par Wartmann on trouva de nombreuses embolies cartilagineuses situées dans les artérioles, fait qui plaide encore en faveur d'une intervention hâtive.

L'opération consistera en une incision verticale, commençant derrière le lobule de l'oreille et parallèle au bord postérieur de la mâchoire. Je procéderai très lentement pour être bien certain d'éviter la section du facial dans le cas où il serait situé entre la peau et la tumeur. Celle-ci, étant isolée par sa face externe, sera saisie avec une pince à griffe, attirée à l'extérieur et libérée de ses connexions profondes à l'aide d'un instrument mousse.

Le nerf facial n'a pas été aperçu au cours de l'opération, et la malade a quitté l'hôpital quelques jours plus tard avec une cicatrice linéaire à peine apparente.

Un examen histologique très complet de la tumeur a été fait par M. le docteur Siredey, chef du laboratoire d'histologie de Clamart. En voici les conclusions : Il s'agit d'un chondrome pur de la glande parotide qui a subi presque partout la dégénérescence muqueuse. La tumeur a détruit les éléments normaux de la glande. Les cellules qui la constituent sont ramifiées et reliées entre elles par des prolongements étoilés.

HOTEL-DIEU DE POITIERS. — M. Jablonski.

Coexistence de l'érysipèle et de la variole sur un même sujet.

B... (Constance), fillette âgée de cinq ans et demi, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 6 octobre 1885, pour une carie du maxillaire supérieur avec plaie fistuleuse au-dessous de la paupière inférieure gauche.

Cette enfant avait été vaccinée, ainsi que l'indiquaient les cicatrices qu'elle portait au bras droit; elle fut placée dans la salle des femmes et pansée par la sœur et l'infirmière qui donnaient des soins à une varioleuse qu'on avait isolée dans un cabinet particulier à un autre étage de l'hôpital. Elle recevait, de plus, de fréquentes visites de parents qui habitaient en ville avec sa mère, atteinte d'une variole confluente dans les premiers jours de novembre et qui fut emportée par cette maladie le 13 de ce mois.

Enfin, dans la salle Sainte-Marie, où était placée cette enfant, plusieurs cas de variole et un cas d'érysipèle de la face se décla-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux* du jeudi 22 octobre.

rèrent du 21 au 22 novembre. La femme atteinte d'érysipèle fut isolée, les varioleuses également; mais l'enfant, Constance B..., contracta simultanément les deux affections.

Le 24, elle fut prise de vomissements, de fièvre, de maux de tête et de reins; le lendemain, quelques boutons de variole commencèrent à paraître sur la face, puis sur la poitrine et sur les membres; le même jour, on remarqua autour de la plaie fistuleuse de la joue gauche une rougeur diffuse qui, le 26, prit l'aspect d'une plaque érysipélateuse et envahit successivement la moitié de la face et le cuir chevelu.

Pendant ce temps, les symptômes généraux s'aggravaient de plus en plus; les vomissements, la céphalalgie, la fièvre et le délire persistaient; l'éruption variolique s'accentuait également. Le 27, des phénomènes cérébraux apparurent, et la malade succomba, le 28 novembre au matin, avec des signes évidents de méningite.

On ne peut donc nier qu'il y ait eu dans ce cas superposition du virus érysipélateux au virus varioleux; il est incontestable aussi que l'adjonction de l'érysipèle à la variole (dont l'incubation devait dater d'une douzaine de jours au moins) a été pour cette dernière maladie une cause d'aggravation, — et qu'enfin cet érysipèle qui s'est produit chez une varioleuse a été lui-même bien plus grave qu'il ne l'aurait été probablement s'il se fût déclaré chez un sujet en bonne santé.

Telles sont les conclusions que l'on peut tirer de cette observation ; j'espère qu'elle intéressera vos lecteurs au même titre que celles de nos confrères MM. Grancher et Vigot.

MÉTALLOTHÉRAPIE

Fièvre intermittente nerveuse. — Chloro-anémie et aménorrhée. — Insuccès du fer. — Guérison par l'aluminium intus et extra.

Par M. le docteur Moricourt
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le 6 juin dernier, M. le docteur Pioger (de Bois-Colombes) nous adressait Mlle X..., âgée de dix-sept ans, avec la note suivante :

« Il ne s'agit point d'une névrose à grand éclat ni à manifestation bruyante, mais d'un état général déséquilibré, que nous nous contentons généralement de qualifier d'anémie et d'état nerveux. J'ai essayé des différents traitements de l'anémie sans grand succès.

En analysant les faits et en en cherchant l'explication, je suis arrivé à me convaincre que les émotions si faciles chez cette enfant, résultant d'une sensibilité excessive, sont la cause principale des accidents que j'ai eu à observer.

Ces jours-ci, j'ai eu à la traiter pour des accidents fébriles, le soir, qui m'ont fait craindre pour la poitrine, mais je n'ai rien trouvé ni du côté des poumons, ni dans aucun autre organe pour expliquer cette fièvre, tandis que les émotions s'étaient trouvées accumulées par les circonstances. »

Le père et la grand'mère paternelle de Mlle X... étaient très nerveux. Elle-même était très colère étant enfant.

Les règles, qui ont paru pour la première fois à quatorze ans, et durent cinq à six jours, sont toujours venues sans interruption, à jour fixe, jusque il y a deux ans. A ce moment, à la suite d'un séjour aux bords de la mer, où elle prit neuf bains, les règles se sont supprimées pendant trois mois, et il est survenu des inquiétudes dans les jambes et des névralgies siégeant tantôt sur le vertex, tantôt en avant ou en arrière, ou sur le côté gauche de la tête.

Le tout dura six mois.

Il y a dix jours, à la suite d'émotions successives, nouvelle crise, caractérisée, cette fois, principalement par des accès de fièvre, revenant tous les jours vers quatre heures, commençant par de grands frissons de trois heures de durée, suivis de chaleur et de sueurs et accompagnés de toux, ne cédant pas au sulfate de quinine. Les règles sont en retard de cinq à six jours. Cauchemars et grincements de dents. Anorexie et constipation opiniâtre ; elle reste quelquefois huit jours sans aller à la garde-robe. Énervements et faiblesse dans les jambes. Palpitations et bruit de souffle dans les vaisseaux du cou.

Une particularité semble indiquer que le fer n'est pas son métal. Elle ne peut coudre qu'avec un dé d'argent. Un dé d'acier lui cause du froid, de l'engourdissement et des grincements de dents. Effectivement, toutes les préparations de fer sont vomies au bout de deux ou trois heures.

La malade est pâle, amaigrie, sans forces.

Analgésie sur la face externe des avant-bras, plus marquée à droite, sensibilité de contact très émoussée.

La sensibilité est vive aux jambes. Mlle X..., qui est gauchère, donne 35 kilogrammes de pression à droite et 36 à gauche.

Examen métalloscopique. — Il est laborieux, la malade étant polymétallique. Le cuivre, l'argent et l'aluminium produisent des effets très manifestes sur la sensibilité et la force musculaire. L'aluminium cependant est le métal qui agit le plus. Appliqué sur l'avant-bras gauche, il y détermine de la lourdeur et, de plus, des inquiétudes dans les jambes. Il fait monter la force musculaire de 6 kilos; les pointes de l'esthésiomètre sont senties à moins de 4 centimètres (écartement normal). Les piqûres sont senties plus vivement et deviennent saignantes.

30 *juin*. En conséquence, nous instituons le traitement suivant : applications, la nuit, sur les bras, sur les jambes et en ceinture, de plaques d'aluminium; deux fois par semaine, un bain avec 300 grammes d'alun.

Prendre, matin et soir, avant de manger, une pilule contenant un demi-centigramme d'alun.

1er *juillet*. L'application de l'aluminium a déterminé un grand engourdissement dans la main gauche; les doigts étaient presque paralysés, si bien qu'on dut retirer les plaques au bras gauche.

2 *juillet*. Pilules, bain, application du métal. Le soir, douleur vive à la partie antérieure de l'épaule gauche. *Mais apparition des règles dans la nuit.*

3 *juillet*. Les règles sont venues tellement fort qu'on a dû suspendre les applications métalliques.

Vive douleur dans l'épaule engourdie par le métal. On suspend ensuite de nouveau toute application.

7 *juillet*. Respiration très pénible et fièvre. Douleur à l'épaule et point de côté gauche que l'aluminium fait disparaître ainsi que la fièvre.

8 *juillet*. Violents battements de cœur. La douleur du côté gauche gagne le cou et la tête. Le soir, aluminium aux jambes et à la ceinture. *Nuit bonne, sans douleurs.*

9 *juillet*. Picotements et rougeurs des bras et des jambes pendant le bain d'alun. L'appétit commence à revenir. Nuit bonne.

12 *juillet*. Le mieux continue, la gaieté revient. La constipation a disparu (1). Mlle X... part pour les bains de mer. Prescription : quatre pilules d'alun.

3 *août*. Le docteur Pioger nous écrivait : « Mlle X... va de mieux en mieux; c'est pour moi un cas très instructif, et je reste convaincu que la métallothérapie a plus fait contre la fièvre que la quinine et les alcaloïdes. »

14 *octobre*. — La malade s'est bien trouvée de l'air de la mer; mais elle n'a pu supporter les bains qui l'énervaient, même en ne faisant qu'entrer et sortir dans l'eau, et quoique la réaction se fît bien. Elle en est revenue avec de l'urticaire.

Au commencement du traitement, elle pesait 85 kilogrammes ; elle en pèse maintenant 104. Elle donne au dynamomètre 37 ki-

(1) Comme chez l'aboyeuse de Nevers (voir *Gazette des hôpitaux* 1884, p. 453).

logrammes à droite et 39 à gauche, au lieu de 35 et 36. Sensibilité au-dessus de la normale à droite; analgésie à gauche. Le traitement a été suspendu depuis un mois. Nous conseillons de le reprendre pour éviter une rechute.

Cette observation nous suggère les réflexions suivantes :

Quand une malade est atteinte, comme Mlle X..., de chloro-anémie et d'aménorrhée, on commence généralement par lui donner du fer. Si elle se trouve, par hasard, sensible à ce métal (le fer est le métal qui agit le plus souvent), l'amélioration se produit. Sinon, comme dans le cas actuel, le fer est mal supporté; il est vomi ou augmente la constipation, à moins qu'il ne provoque de la diarrhée avec de violentes douleurs intestinales. Alors on a recours à l'hydrothérapie, qu'il faut continuer pendant des mois et des années, ou aux bains de mer, qui comptent aussi des succès, mais qui peuvent échouer ou même faire du mal, comme chez Mlle X..., et qui ne sont pas à la portée de tous.

L'observation de Mlle X..., après bien d'autres, prouve qu'il y a mieux à faire. En effet, l'induction et une observation patiente et minutieuse ont démontré à l'inventeur de la métallothérapie que là où le fer a échoué, c'est un autre métal qui réussit; seulement, il faut le chercher et pratiquer la métalloscopie en règle; car les polymétalliques ne sont pas rares, et il est nécessaire d'essayer tous les métaux afin de prendre celui qui agit le mieux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 novembre 1885. — Présidence de M. d'Arsonval.

COMMUNICATIONS

Dangers de l'anesthésie par le protoxyde d'azote. — M. GRÉHANT présente, de la part de M. Lafont (de Lille), l'observation d'une femme enceinte de quatre mois et demi qui alla, chez un dentiste, se faire arracher une dent, et qui se fit endormir par le protoxyde d'azote. Depuis, cette malade a eu une crise nerveuse quotidienne, et un mois et demi après elle faisait une fausse couche d'un enfant mort depuis le moment de l'opération. M. Lafont fait ressortir l'influence néfaste du protoxyde d'azote sur l'enfant, dans ce cas, et il fait observer qu'il eût été bien préférable de recourir au procédé proposé par M. Paul Bert et qui est basé sur les mélanges titrés de chloroforme.

Anémie des mineurs. — M. BLANCHARD rappelle que cette anémie est causée par l'ankylostome duodénal : dans un voyage en Hongrie qu'il a fait récemment, il a visité des mines d'or et de sel où cette anémie était autrefois endémique. Elle a aujourd'hui complètement disparu grâce à des mesures hygiéniques qu'un médecin très distingué de l'une de ces mines est parvenu à faire adopter, et qui permettent d'affirmer aujourd'hui qu'on ne verra plus jamais l'anémie des mineurs en Hongrie.

Sensibilité du cervelet. — M. DUPUY vient de faire une série d'expériences qui prouvent que le cervelet jouit d'une sensibilité exagérée dans toutes ses parties. Il a constaté ce fait chez le chien, le cochon d'Inde et le singe.

M. FRANCK rappelle avoir démontré qu'une simple excitation du cervelet produit des attaques d'épilepsie.

Injections aqueuses dans les muscles. — M. DUPUY fait une autre communication sur ce fait que lorsqu'on injecte de l'eau dans un muscle, on amène une contracture de ce muscle.

Diffusion des courants électriques. — M. DUPUY rappelle avoir, en 1873 et 1874, démontré que si l'on fait agir des courants sur une partie du cerveau, ces courants ne déterminent des mouvements musculaires dans les membres que lorsqu'ils agissent sur des parties où il y a des artères qui se perdent dans la profondeur du cerveau. Au contraire, il n'y a pas de mouvements lorsque le courant porte sur des parties où il n'y a pas d'artères.

M. LABORDE, rappelant les expériences qu'il a faites sur les décapités, émet des réserves et déclare ne pas savoir si la diffusion des courants par les vaisseaux peut être admise d'une façon générale.

M. D'ARSONVAL est convaincu que la substance nerveuse est un isolant, tandis que les vaisseaux sont d'excellents conducteurs de l'électricité. Il admet, sans réserves, que la transmission des courants se fait par des ramifications artérielles.

M. HÉNOCQUE partage cette opinion, mais il ne s'explique pas comment c'est du côté opposé que s'exerce, dans les membres, cette diffusion des courants.

M. LABORDE rappelle la part qui revient à M. Onimus dans ces recherches.

Mesures des variations de poids d'un animal en expérience. — M. D'ARSONVAL fait connaître le procédé technique qu'il a imaginé pour enregistrer d'une façon constante les variations de poids d'un animal pendant des expériences de calorimétrie ou autres.

Spartéine. — M. DE CONNINGHT communique les résultats de ses recherches, au point de vue chimique, sur la spartéine.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Séance du 5 décembre 1885. — Présidence de M. Paul Bert.

M. DUMONTPALLIER, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Bouley.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Dumontpallier au nom de la Société et lève la séance en signe de deuil.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LIX

Eaux de Saint-Sauveur.

A Saint-Sauveur, près Luz, les eaux thermales ont été captées dans un assez joli établissement qui renferme une douzaine de baignoires et une douche, 25° à 29° R. : on leur désirerait un peu plus de chaleur. Les bains les moins chauds sont ceux de la terrasse. Ces eaux, sulfureuses comme celles de Cauterets, sont beaucoup plus douces, plus onctueuses, en raison de la surabondance de la substance mucilagineuse, blanchâtre, ce qui les rend impropres à l'usage en boisson. On a découvert, à une cinquantaine de toises au-dessus de Saint-Sauveur, une source d'eau sulfureuse froide, que l'on s'occupe en ce moment à utiliser, et qui sera bonne en boisson. Ordinairement, on boit, à Saint-Sauveur, les eaux de Cauterets. Les eaux de Saint-Sauveur jouissent des propriétés attribuées aux eaux sulfureuses en général. Cependant leur douceur et leur onctuosité, les rendent spécialement applicables dans les affections nerveuses, spasmodiques, dans les épuisements accompagnés de mobilité nerveuse, dans les extinctions de voix, les hémorrhoïdes, les maladies de la peau, les blessures, les rétractions musculaires, les rhumatismes chroniques. M. Deville, qui vient de remplacer l'inspecteur Fabas, décédé, nous a paru être un praticien éloigné du charlatanisme qui caractérise trop souvent les médecins inspecteurs de nos thermes pyrénéens.

Eaux de Barèges.

L'établissement de Barèges est le plus fréquenté de nos stations thermales; il comprend huit sources : 1° bains de *Gency* ou du *Pavillon*, attenants à l'hôpital, quatre baignoires. L'eau est presque froide, quoiqu'on lui attribue 23° R. On est obligé, pour la réchauffer au degré convenable, d'y transporter de l'eau des dou-

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 novembre 1885.

ches; 2° bain d'*entrée*, un seul cabinet, 29° R.; 3° bain du *fond vieux*, un cabinet, 29° R., une douche, 30 degrés; 4° bain du *fond neuf*, 30 degrés; 5° bains de *Polar neuf*, un cabinet, 31 degrés; 6° bains de *Polar vieux*, deux baignoires, 31 degrés; 7° bain de la *Chapelle*, un seul cabinet, peu employé, même température que Gency; 8° la douche du *Tambour*, qui sert de buvette, 36° R. Les piscines, au nombre de deux, peuvent contenir vingt-deux personnes; l'une, qui est destinée aux militaires, est à 29 degrés. Les officiers et les soldats se baignent à des heures différentes. L'autre, destinée à l'usage des pauvres, est connue sous le nom de *piscine de la charité*; elle est à 28 degrés. Ces piscines sont des bassins en pierre ou en marbre pratiqués sous des voûtes; on y descend par des gradins à l'aide desquels on peut s'enfoncer à volonté dans l'eau. L'atmosphère de ces souterrains est chargée de vapeurs chaudes, en sorte que ce sont de véritables étuves. La piscine des soldats est alimentée par un filet vierge; celle des pauvres reçoit les eaux des baignoires.

L'établissement de Barèges n'est ni plus beau, ni mieux tenu que les autres établissements appartenant à l'État. Les douches nous ont paru trop peu élevées, et les piscines offrent bien des *desiderata*; on prétend cependant que les cures les plus extraordinaires s'opèrent dans les piscines.

Une bonne analyse des eaux de Barèges manque à la science. M. Pagès, pharmacien distingué, ayant soumis la substance gélatineuse blanchâtre à l'action du feu, a d'abord obtenu un peu de phlegme (mucosité filante), puis une certaine quantité d'acide sulfureux. Le résidu était formé d'une sorte d'huile empyreumatique. Cette substance serait donc composée d'eau, de soufre, et d'une matière grasse ou huileuse. Il résulte aussi des observations de M. Pagès, sur la décomposition de l'eau de Barèges par la lumière, que, pour la conserver dans des bouteilles, il est nécessaire de les tenir dans l'obscurité. Elles paraissent contenir plus de matière grasse que celles de Cauterets. M. Dassieu, médecin-inspecteur, était absent le jour de notre visite. Le chirurgien-major de l'hôpital considère l'usage des eaux de Barèges comme dangereux pour les affections de poitrine, excepté dans l'asthme humide. L'altitude de Barèges est de 1200 mètres au-dessus du niveau de la mer. On emploie très utilement ces eaux dans les maladies suivantes : rhumatisme chronique, en bains et en douches; les paralysies, les affections cutanées; dans les affections scrofuleuses, on applique la douche par aspersion sur les glandes hypertrophiées; les engorgements utérins, lorsqu'il n'y a pas douleurs (bains et injections). Dans les plaies d'armes à feu et autres blessures, on prescrit la douche, surtout dans le cas de carie. Les praticiens de Barèges ont foi dans les effets *consécutifs* de la thérapeutique thermale, à la suite des sudations abondantes qui s'observent après l'usage d'une saison.

Eaux de Bagnères-de-Luchon.

La situation de Bagnères-de-Luchon, au pied d'une montagne qui l'abrite immédiatement des influences du Nord, et dans une vallée dont la base est largement dilatée, sa position géographique, plus orientale que celle des autres thermes pyrénéens, la végétation fraîche et vigoureuse qui recouvre les formes arrondies des montagnes voisines, les eaux vives qui, dans toutes les directions, viennent grossir le torrent de sa vallée; toutes ces conditions réunies donnent au climat de Luchon une douceur de température et une pureté d'atmosphère qui ne contribuent pas peu, soit au maintien de la santé des habitants, soit à la restauration de celle des malades qui s'y rendent en grand nombre de tous les points des provinces limitrophes.

Les établissements thermaux sont placés au sud de la ville, à l'extrémité de la belle promenade des tilleuls (allées d'Étigny), et adossés à la base orientale de la montagne d'où sourdent les eaux. Cette montagne est peuplée de hêtres soigneusement respectés, parce qu'ils s'opposent aux éboulements. Le principal de ces établissements est un bâtiment carré neuf, solidement et élégamment construit en pierre, c'est le *grand bain*, 28 cabinets, 33 baignoires en marbre; chaque baignoire est servie par quatre robinets qui fournissent chacun l'eau d'une source distincte : le plus élevé de ces robinets fournit l'eau de la *Reine*; celui au-dessous l'eau *blanche*; le troisième, l'eau *froide*; le quatrième, l'eau de la *Grotte*. — 1° eau de la Reine, 39° R.; 2° l'eau blanche, moins chaude que la précédente, passe pour être plus légère, moins active que les autres; par son mélange avec la précédente, elle acquiert une couleur blanche savonneuse; 3° l'eau froide, température de l'atmosphère; 4° l'eau de la Grotte, 52 degrés : c'est la plus active de toutes. D'après des observations subséquentes, la température n'est que de 48° R.; 5° il y a encore une source particulière appelée la *Grotte supérieure*, qui est à la même température que la précédente, et qui fournit à la douche; 6° on distingue aussi la source des *yeux*, qui est fort peu abondante et paraît se confondre avec l'eau de la Reine. Toutes les sources du grand bain sont très voisines les unes des autres, dans un espace de 12 à 15 pieds carrés; elles ne sont pas abondantes, et on met de la parcimonie dans leur distribution.

L'établissement des bains *Richard* est contigu au côté nord du grand bain et contient dix baignoires; l'eau de ces bains passe pour être plus douce, plus mucilagineuse, que celle du grand bain. Vers le côté sud de ce dernier, à une petite distance, on voit l'établissement *Ferras*, assez bien tenu, avec une plantation fort agréable : huit baignoires en bois. Ces eaux passent pour être les moins chargées du principe minéralisateur.

Toutes les eaux de Luchon sont sulfureuses; leur odeur soufrée est très prononcée, et l'on trouve sur la paroi des tuyaux de conduite une assez grande quantité de soufre sublimé, déposé par le gaz hydrogène sulfuré refroidi. Il est bien probable que ces eaux tiennent en dissolution une portion de sulfure de soude non décomposé. La matière blanche, mucilagineuse, se retrouve aussi sur la paroi intérieure des tuyaux de conduite. Les eaux sont pourtant très peu ou point onctueuses au toucher. La matière grasse existe, dit-on, en plus grande quantité, à la source Richard que dans les autres, ce qui fait donner la préférence à ce dernier bain dans les cas où l'on craint de l'irritation, de l'éréthisme. On peut comparer Richard à La Raillère de Cauterets, et le grand bain à Mahourat, Pause et Brureaud.

On croit que l'eau de Ferras ne contient que de l'hydrogène sulfuré peu fixe; aussi les bains de cette source passent pour être peu actifs et sont prescrits surtout pour les affections nerveuses.

Les eaux de Luchon sont applicables dans tous les cas qui réclament l'usage des eaux sulfureuses en général (boisson, bains et douches).

M. le docteur Barrié, inspecteur des eaux de Luchon, nous a paru plus franc, moins enthousiaste que ses collègues sur la question de l'efficacité du traitement thermal, mais nous ne sommes pas édifié sur la base de saine physiologie de sa pratique qui est sans doute routinière. Je note les indications qu'il nous a fournies comme étant les plus positives : rhumatisme chronique, paralysie commençante des jeunes gens, engorgements scrofuleux, obstructions des viscères abdominaux, leucorrhée atonique, gravelle, asthme humide, catarrhe pulmonaire chronique, affections atoniques de l'estomac, plaies d'armes à feu, ulcères. Il reconnaît leur insuffisance dans toutes les maladies précitées, compliquées de lésions organiques; il blâme les médecins qui envoient à Luchon les phthisiques. Il recommande spécialement l'usage des eaux dans les affections dartreuses; les dartres farineuses, la plupart des couperoses, les éphélides, résistent généralement au traitement thermal qui triomphe plus aisément des dartres humides, ulcères. M. Barrié déclare qu'elles sont une pierre de touche pour reconnaître l'existence du virus syphilitique qui persiste parfois après le traitement le plus méthodique.

L'usage des eaux de Luchon provoque quelquefois la fièvre, et celle-ci, dans les maladies chroniques, peut devenir un moyen de guérison; elles peuvent aussi rappeler à la peau des éruptions miliaires ou prurigineuses traitées insuffisamment, et, en vertu de cette action diaphorétique, sans qu'on ait à redouter des répercussions dangereuses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Quinze Sociétés médicales de Paris ayant répondu à l'appel de M. le docteur Ladreit de Lacharrière (voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 1013), une réunion préparatoire a eu lieu dimanche sous la présidence de M. Polaillon, chirurgien des hôpitaux de Paris. Aux trente délégués des Sociétés médicales, étaient adjoints les représentants des principaux journaux de médecine.

Après la lecture, faite par M. Ladreit de Lacharrière, du projet de la Société de Déontologie, la discussion s'est ouverte sur l'opportunité de cette nouvelle création et sur les services qu'elle est appelée à rendre. Sans engager les Sociétés représentées, mais comme expression personnelle des membres présents, deux résolutions ont été votées par l'assemblée :

1° A une forte majorité le principe même de la nouvelle Société a été admis ;

2° A l'unanimité, un comité d'études a été formé ;

Font partie de ce comité : MM. Polaillon, Ladreit de Lacharrière, Delefosse, Le Sourd, Richelot, Huchard, de Pietra-Santa, Delthil et de Beauvais.

— Sur la proposition de l'Académie de médecine et par arrêté du 4 décembre 1885, le ministre du commerce a décerné les récompenses suivantes aux personnes qui se sont le plus distinguées par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales, pendant l'année 1883 :

Médaille d'or. — M. Léon Dru, ingénieur à Paris.

Médailles d'argent. — MM. Brongniart, médecin à Contrexéville; Danjoy, médecin de La Bourboule; Eymard-Lacour, pharmacien-major de première classe, à Oran.

Rappels de médailles d'argent. — MM. Bourgarel, médecin-inspecteur des eaux de Pierrefonds; Achille Bouyer, médecin-inspecteur des eaux de Cauterets.

Médailles de bronze. — MM. Maurice Binet, médecin à Saint-Honoré; Cros, médecin-inspecteur des eaux de Lamalou-l'Ancien; Dejeanne, médecin-inspecteur des eaux de Bagnères-de-Bigorre.

— Par décret, en date du 4 décembre 1885, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — (Choix.) M. Molinier, en remplacement de M. Weber, promu. — Est maintenu dans son emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire du camp de Châlons.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — (Choix.) M. Weill, en remplacement de M. Czernicki, mis en non-activité pour infirmités temporaires. — Est maintenu dans ses fonctions de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne.

(Choix.) M. Laederich, en remplacement de M. Molinier, promu. — Est affecté à l'hôpital militaire de Rennes.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Tanfin, en remplacement de M. Gobil, retraité. — Est affecté au 1er régiment étranger.

M. Marvy, en remplacement de M. Weill, promu. — Est affecté au 80e d'infanterie.

(Choix) M. Bélime, en remplacement de M. Laederich, promu. — Est maintenu au 96e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — (Choix.) M. Durand, en remplacement de M. Wickersheimer, démissionnaire. — Est maintenu au bataillon du 1er tirailleurs algériens détaché au Tonkin.

M. Ledoux, en remplacement de M. Perrin, mis en non-activité pour infirmités temporaires. — Est affecté au 28e d'infanterie.

M. Coste, en remplacement de M. Tanfin, promu. — Est maintenu aux ambulances du corps du Tonkin.

— Par décision ministérielle, en date du 4 décembre 1885, ont été désignés pour les emplois suivants :

M. le médecin-inspecteur Weber, pour la direction du service de santé du 7e corps d'armée.

M. le médecin principal de première classe Vallin, pour la direction du service de santé du 3e corps d'armée.

M. le médecin-major de première classe Breton, pour le 89e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe : Bienvenue, pour le bataillon du 115e d'infanterie détaché en Tunisie; Boiland, pour le 22e dragons; Marmonier, pour le 12e bataillon d'artillerie de forteresse; Collin, pour le 29e d'infanterie; Massonnaud, pour le bataillon du 144e d'infanterie stationné à Nemours; Bassompierre, pour le 19e bataillon de chasseurs à pied; Guillemot, pour le 11e dragons; Sommeillier, pour le 8e chasseurs à cheval; Raynaud, pour le 14e d'infanterie; Ribes, pour la portion principale du 144e d'infanterie; Butel, pour le 8e d'infanterie; Hussenet, pour les hôpitaux de la division de Constantine; Lejeune, pour le 126 d'infanterie et pour être attaché à la direction du service de santé du 17e corps d'armée; Noël, pour le 4e zouaves.

MM. les médecins aides-majors de première classe : Marix, pour le 1er chasseurs à cheval; Frilet, pour le 61e d'infanterie; Lapeyre, pour le 108e d'infanterie; de Schuttelaere, pour le corps du Tonkin; Clary, pour le 96e d'infanterie; Fockenberghe, pour le 2e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe : Pilon, pour les hôpitaux de Tunisie; Odile, pour le 94e d'infanterie; Sagrandi, pour le dépôt du 17e bataillon de chasseurs à pied.

— M. Boyer, médecin major de 1re classe au 99e d'infanterie, a été désigné pour passer au 96e de même arme, par permutation avec M. Bélime.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 décembre 1885, la deuxième session ordinaire du conseil supérieur de l'Instruction publique, en 1885, s'ouvrira le jeudi 17 décembre. La durée de cette session sera de huit jours.

— M. le docteur Curie, médecin-adjoint au service d'inspection des enfants du premier âge, à la préfecture de police, est nommé médecin-inspecteur, en remplacement de M. le docteur Thévenet, décédé.

M. le docteur Ruelle est nommé inspecteur adjoint, en remplacement de M. le docteur Curie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Lancereaux, Duguet et Dieulafoy, agrégés, sont rappelés à l'exercice pendant la durée du concours d'agrégation de médecine qui s'est ouvert à Paris le 1er décembre 1885.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Lhomme est maintenu, dans les fonctions de préparateur de chimie organique.

M. Simon (Paul-Jules), ancien boursier de physique, est nommé préparateur de physique en remplacement de M. Emmanuel, mis en congé, sur sa demande.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Jaboulay (Mathieu), docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Charpy, dont la délégation est expirée.

Un congé de trois mois, sans traitement, est accordé, sur sa demande, à M. Lemoine, chef de clinique des maladies mentales.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — MM. Lefranc et Licht sont nommés aides de clinique, en remplacement de MM. Vautrin, appelé à d'autres fonctions, et Knœpfer, démissionnaire.

— M. le docteur Mercier est nommé médecin-adjoint au lycée de Montluçon (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du M. le docteur Wintrebert, vice-doyen de la Faculté catholique de médecine de Lille.

— M. L. Joubin soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 11 décembre à deux heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Recherches sur l'anatomie des brachiopodes inarticulés. »

— *Collège de France.* — M. Mascart commencera le cours de physique générale et expérimentale le mardi 8 décembre 1885, à dix heures et demie du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera de l'optique.

M. Laguerre, suppléant M. le professeur Bertrand, commencera le cours de physique générale et mathématique le mardi 8 décembre 1885, à trois heures du soir, et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

M. Schutzenberger commencera le cours de chimie minérale le mardi 8 décembre 1885, à une heure et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera des lois générales qui règlent les transformations chimiques et en fera l'application à quelques cas particuliers.

M. d'Arsonval, suppléant M. le professeur Brown-Séquard, commencera le cours de médecine le mardi 8 décembre 1885, à quatre heures et demie, et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure. Il traitera de la chaleur animale et des effets de la chaleur sur l'organisme.

M. Fouqué commencera le cours d'histoire naturelle des corps inorganiques le jeudi 10 décembre 1885, à neuf heures du matin, et le continuera les samedis et jeudis suivants à la même heure.

M. Balbiani commencera le cours d'embryogénie comparée le mardi 8 décembre 1885, à une heure et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera de la génération et du développement des mammifères.

M. Malassez, remplaçant M. le professeur Ranvier, commencera le cours d'anatomie générale le mardi 8 décembre 1885, à quatre heures, et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure. Il traitera du sang, de la lymphe et des voies circulatoires.

Il y a pour chaque cours un registre, où les auditeurs qui voudront obtenir des certificats doivent s'inscrire.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18719.

N° 143. — JEUDI 10 DÉCEMBRE 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 10 DÉCEMBRE 1885. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Bergeron va voir s'accomplir ses vœux les plus chers. L'Académie tiendra sa séance publique mardi prochain 15 décembre, sans retard sous sa présidence.

Le rapport de M. Leblanc sur la rage a été accepté dans ses conclusions, qui tendent surtout à l'organisation d'un nouveau service officiel de médecine vétérinaire.

Relativement aux chiens errants, dont M. Dujardin-Beaumetz avait signalé les dangers, M. Le Fort a proposé une mesure déjà en vigueur en Allemagne, et qui consiste à faire porter aux chiens leurs papiers sous la forme d'une bulle de plomb fournie par l'administration et renouvelable chaque année. On raconte, il est vrai, qu'il se fait entre chiens des larcins sous ce rapport.

M. Vulpian a lu un travail sur le salicylate de lithine, qui aurait une action spéciale contre les rhumatismes blennorrhagiques ou subaigus ou chroniques. M. Vulpian, à cette occasion, a développé sur l'action des sels, indépendante dans une certaine mesure de celle de chacun des éléments qui les composent, des vues originales, intéressantes pour les praticiens.

Nous devons aussi mentionner une lecture de M. Desnos sur quelques nouveaux purgatifs.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Un cas d'occlusion intestinale.

I

Samedi, on nous a amené une femme atteinte d'occlusion intestinale. Cette malade était presque agonisante et semblait devoir mourir dans les vingt-quatre heures. Cependant l'occlusion ne s'accompagnait pas de péritonite, et le cas ne me paraissait pas aussi désespéré. Le fait est que le lendemain, à la suite d'une potion avec 10 centigrammes de belladone, il y avait un peu de mieux, qu'hier lundi elle avait un peu dormi, la face était moins grippée, le pouls moins petit, et que, dans la journée du dimanche, elle avait rendu quelques gaz par l'anus ainsi que la valeur d'un petit verre à liqueur de matières liquides. Mais dans la nuit qui suivit, non plus qu'hier lundi, rien. Cet état nous a encouragé à la purger avec 30 grammes d'huile de ricin, en recommandant de lui donner deux heures plus tard un lavement composé de :

Eau chaude.	300 grammes.
Follicules de séné	15 —
Sulfate de soude.	30 —

Une heure après, notre malade rendait une selle à la fois solide et liquide, puis une seconde, au bout d'une autre heure, de sorte qu'enfin l'obstacle au cours des matières était vaincu. Depuis lors cette femme a bien dormi, et aujourd'hui elle se trouve dans un état relativement satisfaisant : ventre peu douloureux, moins tendu, pas de vomissements, pas de péritonite, pouls à 80 pulsations. Elle a très bien pris du lait sans le vomir.

Cela ne veut pas dire que notre malade guérira complètement; non, car je crains que chez elle le rétrécissement de l'intestin reconnaisse une cause organique ; mais il y aura une guérison tout au moins momentanée des phénomènes de l'occlusion intestinale.

Je profite donc de ce cas pour vous parler de cette maladie en général.

L'occlusion intestinale ou étranglement interne, ou iléus, constitue un obstacle au cours des matières fécales. Ses causes sont de plusieurs ordres. Elles sont organiques, et leur siège est le plus souvent dans le gros intestin ; quelquefois dans l'intestin grêle, notamment chez l'enfant, où l'on rencontre surtout des invaginations de cet intestin; ces invaginations sont aussi parfois un phénomène de l'agonie.

En réalité, le siège de l'occlusion intestinale se trouve surtout soit dans la région cæcale et au commencement du côlon, soit vers l'ampoule rectale, vers l'S iliaque, c'est-à-dire aux deux extrémités du gros intestin.

Ces causes organiques peuvent se diviser en quatre catégories:

1° Dans la première, l'occlusion est le résultat d'une compression exercée de l'extérieur sur l'intestin par une tumeur, soit par un cancer extérieur, soit par une tumeur fibreuse de l'utérus par exemple, ou bien par des brides intestinales suite de quelque péritonite ancienne, ou par l'introduction

d'une anse intestinale dans l'hiatus de Winslow ou par quelque hernie antérieure.

2° Dans la seconde catégorie, l'obstacle se trouve dans les parois mêmes de l'intestin ; il y a un rétrécissement intestinal par altération des parois, par un épaississement résultant de quelque cancer, ou bien par suite de cicatrices froncées d'ulcérations antérieures de fièvre typhoïde ou de dyssenterie surtout, et notamment dans le cæcum et au commencement du côlon ascendant, ou bien dans la partie supérieure du rectum.

3° Ici nous trouvons l'une des causes les plus communes, c'est-à-dire l'oblitération par des matières fécales très dures et par l'inertie de l'intestin. Elle existe surtout chez les gens âgés et s'accompagne quelquefois d'une pseudo-diarrhée qui n'est autre chose que le résultat d'une sécrétion inflammatoire. Quelquefois aussi l'occlusion est produite par des vers intestinaux, des lombrics formant dans l'intestin un véritable paquet, par des calculs biliaires, par un corps étranger venu du dehors, ou par une invagination de l'intestin.

4° Enfin nous avons les déplacements de l'intestin, sa torsion sur lui-même, un volvulus dû à une certaine laxité du mésentère. Ici l'occlusion siège surtout au niveau de l'S iliaque, et la gravité est d'autant plus grande que l'on a généralement peu de prise sur un pareil obstacle ; de là, la mort fréquente.

Telles sont les causes organiques de l'occlusion intestinale. J'ajouterai que l'on trouve à l'autopsie des malades qui ont succombé une dilatation très grande de l'intestin au-dessus de l'obstacle, avec une quantité plus ou moins considérable de matières fécales liquides et solides accumulées, tandis qu'au-dessous de l'obstacle, au contraire, l'intestin est aplati, rétréci pour ainsi dire.

Voyons maintenant la symptomatologie. C'est tout d'abord de la constipation, laquelle n'est pas toujours complète les premiers jours, les malades rendant encore les matières situées au-dessous de l'obstacle. De sorte que, pour être caractéristique de l'occlusion intestinale, il faut que la constipation soit persistante. Mais ce qui est plus important même que la constipation, c'est l'absence d'émission de gaz par l'anus, ces gaz se trouvant refoulés au-dessus de l'obstacle.

Il est, de plus, un phénomène presque constant, je veux parler des vomissements ; vomissements alimentaires d'abord, puis bientôt de matières bilieuses. Dans certains cas ce sont des vomissements de matières jaunâtres, *fécaloïdes* par leur odeur, et non fécales.

Les autres symptômes sont : 1° une douleur très variable comme caractère et comme intensité, quelquefois très faible, d'autres fois atroce. Parfois les malades ont la sensation des contractions que fait l'intestin pour surmonter l'obstacle ; 2° une tuméfaction du ventre ; celle-ci est presque constante, et elle est d'autant plus considérable que l'occlusion est située plus bas dans le gros intestin, et elle l'est partout à peu près également. Si l'obstacle siège au commencement du côlon, la tuméfaction est surtout prononcée au cæcum. Dans certains cas, on voit les circonvolutions intestinales dessiner leur relief, notamment au moment des contractions de l'intestin.

Voilà pour les symptômes locaux. Quant aux phénomènes généraux, ils sont caractérisés par une altération plus ou moins profonde des traits, un facies anxieux, grippé, ce que l'on appelle le facies abdominal ; le malade reste dans le décubitus dorsal ; le pouls est très petit, fréquent, quelquefois filiforme. Il y a de la tendance au refroidissement, aux syncopes ; la faiblesse est très grande, tandis que l'intelligence reste parfaitement conservée.

La guérison survient dans un assez grand nombre de cas, après plusieurs évacuations, après une véritable débâcle intestinale et sans autre accident. Mais il faut savoir que, selon la cause, l'occlusion intestinale est sujette à récidive. La mort est aussi quelquefois la conséquence immédiate de l'occlusion : les malades meurent dans l'adynamie, intoxiqués par les matières fécales, ou bien à la suite d'une péritonite, ou bien encore par gangrène de l'intestin étranglé. Généralement dans ce dernier cas la douleur cesse, les individus s'affaissent de plus en plus, l'adynamie est plus prononcée ; parfois l'intestin gangrené se rompt et la maladie se termine par une péritonite ultime. D'autres fois, la partie invaginée et gangrenée se sépare du reste de l'intestin et se trouve rendue avec les matières, tandis que les surfaces intestinales restées saines contractent des adhérences entre elles, de façon que le tube digestif ne présente aucune lacune, et le tout se termine par la guérison.

La durée de la maladie est très variable, depuis deux ou trois jours jusqu'à trois semaines et plus. J'ai même été appelé en consultation l'année dernière auprès d'un malade de la Maison municipale de santé, chez lequel l'occlusion intestinale n'a cédé qu'au bout de sept semaines. C'est la durée la plus longue que je connaisse ; pendant ce temps, le malade avait rendu à plusieurs reprises quelques gaz et quelques matières.

Le diagnostic comporte plusieurs choses : reconnaître l'occlusion, son siège et sa nature. Reconnaître l'occlusion est généralement facile, beaucoup plus facile que son siège exact. Rappelons-nous que le siège le plus ordinaire est le gros intestin ; et que, lorsque c'est l'intestin grêle, le ventre est généralement peu volumineux, que les vomissements ont lieu très rapidement après l'ingestion des aliments ou des boissons. Le niveau de la douleur est souvent un bon élément de diagnostic du siège de la lésion ; l'intumescence considérable du ventre et le relief du gros intestin permettent de songer à l'S iliaque, tandis que si la douleur siège à droite, et si le gros intestin est peu développé, il y a de grandes présomptions pour que l'occlusion siège au niveau du cæcum.

Quant à la nature de l'occlusion, le diagnostic est très difficile ; et le plus souvent ce sont les commémoratifs et les phénomènes concomitants qui nous renseigneront le mieux. Ainsi, si les mêmes phénomènes d'occlusion se sont déjà plusieurs fois reproduits, laissant dans l'intervalle l'individu bien portant, vous devrez songer à quelque rétrécissement cicatriciel. Si les fonctions digestives sont altérées depuis un certain temps si le malade maigrit, s'il a eu des hémorrhagies intestinales, pensez à quelque lésion des parois, à quelque néoplasie ou à quelque invagination, à cette dernière surtout si les accidents locaux siègent dans la fosse iliaque droite. Dans le cas de volvulus, de brides mésentériques, le début est rapide, les douleurs très vives, et la péritonite survient très promptement.

Si vous avez affaire à un vieillard, sujet à la constipation, vous avez grande chance de vous trouver en présence de quelque tumeur fécale, tumeur mollasse, facile à malaxer à travers les parois abdominales. De plus si la tumeur siège dans l'ampoule rectale, le toucher avec le doigt ou avec

une sonde, ramenant quelques matières, vous édifiera complètement sur la nature de l'occlusion.

Quoi qu'il en soit, le pronostic de l'occlusion intestinale est toujours grave, parce qu'on ne sait pas, au début, comment la maladie pourra se terminer. Les cas les plus dangereux sont ceux où il existe un volvulus, une invagination, des brides ou quelque néoplasme. Les moins graves sont ceux où il s'agit de quelque cicatrice de l'intestin ou de son inertie.

Quant au traitement, c'est une question assez longue, que je réserve pour notre prochaine leçon.

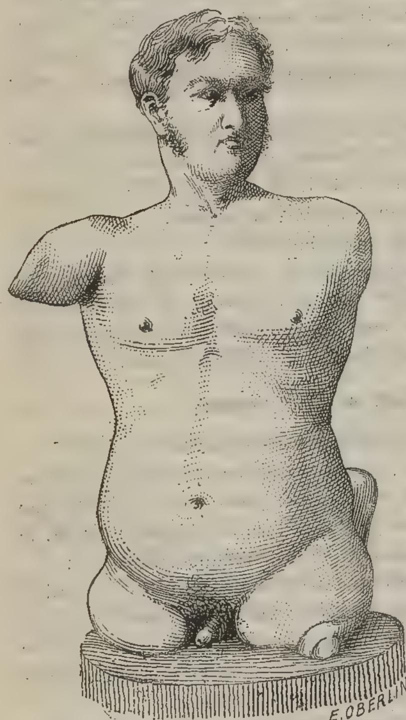
HOTEL-DIEU DE LYON. — M. A. Poncet.

L'Homme-Tronc.

Observation recueillie par M. Ch. Audry, externe des hôpitaux.

Le sujet dont nous publions l'observation et le portrait a passé quelques heures à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre maître, M. le professeur Poncet. Connu dans le monde des accrobates sous le nom de « l'Artiste-Tronc », cet homme est un des exemples les plus remarquables observés jusqu'à ce jour de malformations portant sur les quatre membres.

Nicolas K..., aujourd'hui âgé de trente-quatre ans, est né en 1851, en Sibérie, entre Orenbourg et Tobolsk, à Troizk. Parlant très couramment le français, il nous a donné fort clairement tous les renseignements désirables. Sa mère avait eu déjà quatorze enfants lorsqu'elle le mit au monde; aucun membre de sa famille n'avait présenté une difformité quelconque. Un pope de Troizk a fait son éducation qui est singulièrement complète pour un mutilé de ce genre : il parle, en effet, plusieurs langues et possède une écriture irréprochable. K..., qui s'est toujours très bien porté, s'est marié, en 1876, avec une Viennoise; il en a eu huit enfants, dont cinq vivent et jouissent d'une parfaite santé ; aucun d'eux n'a présenté la moindre malformation.



K... est un ectromèle type. Voici le résultat de l'examen fait par M. Poncet : le bras gauche manque absolument; il est à peine indiqué par une saillie arrondie où l'on ne soupçonnerait même pas, sans la palpation, la présence d'une tête humérale tout à fait rudimentaire. Un petit bouquet de poils indique l'emplacement probable de l'aisselle. Le bras droit, un peu plus développé, présente un humérus qui mesure 22 centimètres de longueur. Son extrémité est en tous points semblable à celle d'un cône d'amputation sans cicatrice. Le deltoïde correspondant offre une grande puissance. Le sujet parvient aisément à porter et à soulever un homme de taille ordinaire debout sur son rudiment de membre supérieur, formant alors un angle droit avec le tronc.

Le corps est gros; il a 98 centimètres de circonférence à la hauteur de l'ombilic; le système pileux en est peu développé, tandis qu'au contraire, le sujet paraît assez bien pourvu de barbe, de cheveux et de poils dans la région du pénis. La circonférence de la cuisse droite est de 66 centimètres. Du milieu du pli de l'aine à son extrémité libre, elle mesure 16 centimètres; elle se termine par une saillie hémisphérique au milieu de laquelle se trouve une excroissance globuleuse entourée d'un sillon profond, de telle sorte que, vu inférieurement, le moignon ressemble d'une façon remarquable à un sein de femme très développé, dont le mamelon présenterait un peu de rétraction, particularité déjà relevée chez une femme ectromèle, par Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

La cuisse gauche a 58 centimètres de circonférence et 22 centimètres de longueur. Plus longue que la précédente, elle offre, à son extrémité, une saillie globuleuse assez analogue à celle de la cuisse droite, mais à bords moins nets, à contours moins limités.

Le moignon jouit d'une grande vigueur ; en raison de son plus grand développement, le sujet prend sur lui son point d'appui, lorsqu'il veut exécuter une manœuvre de saut (il saute à une hauteur de 10 centimètres environ), de marche (il descend facilement les escaliers). Couché sur le dos, il se relève sans difficulté d'un coup de reins, pourvu toutefois qu'il soit étendu sur une surface plane et résistante. Les organes génitaux sont bien conformés, leur fonctionnement paraît normal ; K... a eu huit enfants de sa femme en neuf ans de mariage. Sa hauteur totale est de 85 centimètres, son poids, de 60 kilos.

Il est parvenu à suppléer les membres absents à l'aide de son menton, de ses lèvres, de son moignon scapulaire droit. Ce dernier possède dans ses mouvements d'adduction une liberté qui lui permet de venir s'appliquer à la face antérieure du thorax, de telle sorte que le sujet peut saisir entre son maxillaire inférieur et son membre rudimentaire des objets fort petits avec une grande vigueur et beaucoup d'adresse : il écrit, il mange, il boit, il enfile des aiguilles, tire du pistolet, coupe du papier avec des ciseaux, etc., avec une prestesse et une dextérité merveilleuses.

A plusieurs reprises, nous lui avons vu répéter ces divers exercices, qui ne laissent pas que d'être chaque fois un sujet d'étonnement.

K... paraît très intelligent; il est fort gai et semble fort heureux de vivre, ainsi qu'en témoignent, du reste, les personnes de sa famille.

Moins rares que les ectromèles uni-thoraciques ou uni-abdominaux, les ectromèles totaux sont toutefois loin d'être fréquents; les observations citées par Isidore Geoffroy Saint-Hilaire (cas de Sentilmi, Tiédemann, etc.), indiquent pour la plupart l'existence d'appendices plus ou moins digités qui font absolument défaut chez notre sujet. Les cas de moignons, agiles non digités à leur extrémité, sont tout à fait exceptionnels.

Conformément à la règle habituelle, K... est plutôt gros, mais, contrairement à ce qui existe le plus souvent, il présente ses deux testicules dans un scrotum complet, ainsi que des fonctions génitales normales. Notons comme intéressante, ainsi que le faisait remarquer M. Poncet, l'asymétrie qui existe entre les membres de chaque côté, la cuisse gauche plus développée que l'autre, répondant à un bras qui l'est beaucoup moins, et réciproquement.

Rappelons, comme une exception, la présence d'un être semblable, unique dans une nombreuse famille de descendants et de collatéraux.

L'habileté, la dextérité dont fait preuve notre ectromèle ne sont pas moins dignes de remarque. Schweickler, le célèbre mutilé du siècle dernier, le peintre César Ducornet, possédaient des membres ou au moins des extrémités bien développées; rappelons toutefois que ce dernier peignait quelquefois en saisissant son pinceau entre les dents. Mais cette adaptation fonctionnelle nous paraît bien loin de celle que K... est arrivé à acquérir avec des instruments singulièrement plus incomplets.

THÉRAPEUTIQUE

De l'alimentation chez les malades.

Par M. le docteur Évrard.

Lorsque M. le docteur Debove résolut de généraliser sa méthode de suralimentation par le gavage, d'en faire le traitement de fond de la consomption pulmonaire et de beaucoup d'autres états morbides, il rencontra d'abord de grosses difficultés à faire pénétrer, par un tube de caoutchouc, les doses énormes de substances alimentaires qu'il administrait. C'est alors que M. Debove imagina d'employer les poudres alimentaires et la poudre de viande en particulier. Ce fut là certainement l'idée féconde de la méthode nouvelle et ce qui doit en rester de plus pratique. Car, on ne peut songer sérieusement à faire déjeuner et dîner ses malades, tous les jours, au moyen d'une sonde; à l'hôpital, c'est déjà difficile; en ville, on perd ses clients à vouloir l'imposer. La sonde est un moyen extraordinaire qui doit être réservé pour des cas extraordinaires et à des sujets particulièrement dociles et tolérants. Mais la poudre de viande, c'est-à-dire l'aliment condensé, pouvant, sous un volume très réduit, fournir à l'économie les substances fondamentales de la réparation, et, au besoin, exagérer la nutrition, voilà la découverte véritable dont les applications doivent durer et s'étendre presque à l'infini.

Tous les médecins l'ont ainsi compris : aussitôt connu, on a vu cet aliment thérapeutique prescrit à un grand nombre de malades pour lesquels il n'avait pas été prévu. Toutes les fois que la nutrition est en souffrance, qu'il y a inanition, et cette condition de l'organisme se rencontre d'emblée ou secondairement dans presque toutes les maladies, l'indication peut se présenter.

Ainsi les dyspeptiques purs, qui comprennent les deux tiers au moins des malades non alités, les anémiques et les chlorotiques, tous les convalescents et tous les cachectiques, les diarrhées rebelles, la gastro-entérite des enfants en bas âge et l'athrepsie, seront tributaires de cette médication. Tous ces malades trouveront dans la poudre de viande des éléments de réparation et de reconstitution, comme la pharmacie pure ne saurait leur en fournir.

Les premiers essais datent de 1882. Dès les commencements, on fit le plus large emploi de cette préparation. Mais bientôt l'enthousiasme se refroidit; l'aliment ne répondait pas aux espérances qu'il avait fait concevoir. La raison était que les procédés de fabrication étaient encore imparfaits. Les malades se plaignaient de l'odeur et de la saveur désagréables de ce produit et le refusaient. Les cliniciens reconnurent que la poudre de viande était trop souvent altérée et corrompue, en sorte que leurs malades ingéraient des germes de putréfaction, qui traduisaient leur présence par des selles fétides. Cette admirable préparation menaçait de tomber dans un discrédit universel.

Il en fut ainsi jusqu'à la découverte de M. Rousseau. Les procédés de fabrication, qui sont de son invention, lui ont permis d'obtenir une poudre de viande absolument irréprochable. Je connais ce produit depuis un an, et je puis affirmer qu'il n'a pas varié. J'en ai gardé sans aucune précaution particulière depuis cette époque, et je la retrouve aussi pure que celle toute fraîche que j'ai reçue ces jours derniers.

La poudre de viande de Rousseau est sans odeur; elle a une saveur légère et agréable de viande rôtie; en poudre impalpable, elle réalise au summum l'état de division parfaite sous lequel les aliments acquièrent leur digestibilité la plus grande, étant attaquables par le plus grand nombre possible de surfaces.

L'analyse y démontre une proportion de 14 p. 100 d'azote total; c'est dire que 150 grammes de poudre de viande Rousseau contiennent 21 grammes d'azote, juste la quantité de ce principe que comporte la ration d'entretien d'un adulte qui travaille.

M. le docteur Debove a poussé l'administration de la poudre de viande jusqu'à la dose considérable de 600 grammes par jour, sans révolter les organes digestifs. L'analyse des urines démontrait, au contraire, que l'assimilation s'en faisait correctement, comme d'une ration ordinaire. Ne peut-on voir dans ces tentatives quelque chose de comparable à la culture intensive au moyen des engrais artificiels, qui sont aussi, quand on le veut, une suralimentation du sol arable? La comparaison se soutient d'autant mieux que la poudre de viande Rousseau renferme, en outre, pour cent parties, $5^{gr},236$ de sels minéraux, dont $1^{gr},160$ d'acide phosphorique.

Le microscope, seul juge en l'espèce, n'y révèle que des fibres musculaires, reconnaissables à leurs striations, sans mélange de grains de fécule ni de sucre.

L'expérience a montré que, sous l'action des ferments digestifs, cette préparation se transforme en peptone, bien plus promptement et plus complètement que la viande crue hachée.

Nous possédons ainsi le moyen d'utiliser, en les économisant, les plus faibles ressources digestives qui puissent rester aux malades épuisés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 décembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend :

1° L'extrait d'un testament de Mme veuve Laborie, par lequel elle lègue à l'Académie la somme de 140000 francs, dont les arrérages seront affectés à récompenser, au choix de l'Académie, les auteurs d'ouvrages ou de mémoires de chirurgie.

2° Une lettre de M. le président de la Société locale des médecins d'Indre-et-Loire, M. Louis Thomas (de Tours), invitant l'Académie à participer à la souscription ouverte dans le but d'élever, dans la ville de Tours, des statues à Bretonneau, Velpeau et Trousseau, trois illustrations médicales qui se rattachent à cette ville.

M. le Président annonce que l'Académie de médecine était représentée aux obsèques de M. Bouley par son bureau et par une délégation. Il donne la parole à M. Leblanc, pour lire le discours qu'il a prononcé au nom de la savante Compagnie.

M. Leblanc donne lecture de ce discours.

M. le Président annonce que la commission chargée de classer les candidats au titre d'associé libre a été tirée au sort par le bureau et qu'elle se compose de MM. Quatrefages, Dechambre, Cornil, Vidal, Cusco, Labbé, Regnauld, Bouis.

DISCUSSION SUR LA RAGE

M. Leblanc formule ainsi les conclusions de son rapport :

« L'Académie de médecine, considérant l'accroissement notable des cas de rage constatés en 1884 et en 1885, tant à Paris que dans les départements, pense qu'il y a lieu de solliciter de M. le ministre de l'agriculture l'application des mesures suivantes :

1° Assurer l'exécution stricte des articles de la loi du 21 juillet 1881 et du règlement d'administration publique visant la rage, spécialement de ceux qui prescrivent la déclaration des cas de rage, l'abattage des animaux mordus, le port du collier réglementaire et la mise en fourrière des chiens errants.

2° Rendre générale et uniforme l'organisation du service des épizooties déclaré obligatoire par l'article 38 de la loi et placer ce service sous la direction d'un vétérinaire départemental, assisté d'un nombre limité de vétérinaires cantonaux.

3° Faire cesser, à dater du 21 juillet 1887, l'ajournement de l'article 12, défendant aux empiriques de traiter les animaux atteints de maladies contagieuses.

M. Dujardin-Beaumetz ne croit pas à l'efficacité complète des mesures proposées, ni surtout à leur facile application. Chargé depuis quelques années du service de la rage au conseil d'hygiène du département de la Seine, il a très vivement insisté, dans toute une série de rapports, sur l'application stricte de mesures protec-

trices; mais le nombre des cas de rage humaine qui, après s'être abaissé d'abord jusque vers le milieu de l'année 1884, a monté de plus belle et s'élève actuellement à 20 cas de mort dans l'espèce humaine à Paris, pendant les premiers mois de l'année 1885, montre combien ses efforts continus sont restés infructueux.

Il y a plusieurs causes à cet échec, et pour comprendre combien il sera difficile d'atteindre un autre résultat par des mesures administratives, il faut d'abord se rendre compte des conditions dans lesquelles vit la population canine de Paris. Les chiens s'y divisent en trois classes : 1° d'une part, les chiens toujours tenus en laisse ou ne sortant pas sans leur maître; 2° d'une autre part, les chiens errants qui n'ont pas de maître; 3° entre ces deux classes opposées, une autre classe intermédiaire, qu'on pourrait nommer demi-errants : ce sont les chiens de boutiquiers. Les chiens de boutiquiers passent la plus grande partie de leur journée à vagabonder dans la rue. S'ils sont mordus, personne ne s'en doute. Ce sont eux qui, avec les chiens errants, sont seuls exposés à prendre la rage sans être soumis à l'examen dès la morsure qui la leur aura communiquée, et qui, par conséquent, peuvent la propager. Tout ce qu'on fera sera inutile, tant que les chiens demi-errants, les chiens de boutiquiers, qui portent collier, qui sont bien connus des sergents de ville de leur quartier, et par conséquent ne sont jamais conduits en fourrière, continueront à courir dehors comme ils le font. Le principe d'autorité est devenu bien faible, et tout le quartier prendrait parti pour le chien connu contre le sergent de ville, si celui-ci s'avisait d'y mettre la main. On a songé à faire faire ce service par des jeunes gens étrangers à l'administration, en leur promettant une prime pour chaque chien conduit en fourrière. Mais cette mesure était déplorable, car les voyous choisissaient toujours de préférence les chiens plus abordables, ayant un maître, étant bien en règle.

Tout ce que M. Beaumetz a vu relativement à la rage l'a de plus en plus convaincu qu'elle n'est jamais spontanée; que, par conséquent, on pourrait l'éteindre en mettant obstacle à la contagion, car elle se propage par les morsures.

A cela on objecte qu'il existe en Orient, à Constantinople, où la rage reste inconnue, des multitudes de chiens errants qui devraient la prendre et la propager. Mais ce ne sont pas des chiens errants que les chiens de Constantinople. Ils sont attachés à leur quartier dont aucun ne s'écarte jamais sans être aussitôt dévoré par les chiens du quartier étranger qu'il aborde. Aucun chien donc ne peut aller seul dans les rues de Constantinople s'il n'y est pas né. Or ce sont les chiens du dehors qui pourraient importer la rage. Que faire donc en France? M. Dujardin-Beaumetz a surtout confiance dans les procédés de M. Pasteur pour rendre les animaux mordus réfractaires à la contagion. Il espère qu'au moyen de leur application sur une large échelle, on pourra un jour éteindre la rage dans notre pays, comme, paraît-il, on a pu l'éteindre à Berlin et en Italie.

M. LE FORT veut justement parler des mesures qui ont conduit à l'extinction de la rage dans les villes allemandes. A son dernier voyage à Bâle, il a remarqué que les chiens, outre leur collier, portaient au cou un morceau de plomb de forme bizarre, rattaché par un fil de fer à ce collier. Il a demandé ce que c'était, et on lui a dit que, lors du payement de l'impôt, les employés fixaient eux-mêmes ce plomb, dont la forme changeait chaque année. Il serait bon d'émettre le vœu de voir adopter chez nous pareille mesure, qui ferait disparaître les chiens errants.

M. LEBLANC ne croit pas qu'il soit possible de pratiquer, selon la méthode de M. Pasteur, des séries d'inoculations sur les soixante et quelques mille chiens déclarés à Paris, et le nombre encore plus grand des chiens errants non déclarés. Il ne reste donc plus que les mesures administratives qui pourraient parfaitement avoir une complète efficacité si le gouvernement le voulait. Il faut donc l'y pousser par l'adoption des mesures proposées.

M. LARREY demande qu'on ajoute aux conclusions de M. Leblanc celle qui résume la proposition de M. Le Fort.

Cette conclusion, qui prend le n° 2, est ainsi conçue :

« 2° Ajouter au port du collier l'obligation d'y attacher une médaille délivrée par l'autorité le jour de la déclaration, et renouvelable chaque année. »

Les conclusions, ainsi modifiées, sont adoptées.

COMMUNICATION

Sur l'emploi du salicylate de lithine dans le traitement du rhumatisme. — M. VULPIAN commence par rappeler que le salicylate de soude, surtout efficace dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et des accès aigus de goutte articulaire, n'a le plus souvent aucune influence sur le rhumatisme blennorrhagique et très peu sur le rhumatisme articulaire subaigu et chronique.

Or, dans ces dernières affections, le salicylate de lithine, qui, au point de vue de la contenance en acide salicylique, l'emporte de très peu sur le précédent, paraît avoir au contraire sur lui, au point de vue thérapeutique, des avantages incontestables. Il agit en tant que sel spécial et non seulement par sa lithine ou son acide salicylique considérés isolément; la preuve en est que la lithine, sous la forme de carbonate et à doses plus élevées, n'a jamais produit aucun résultat avantageux dans les mêmes cas où il est utile, pas plus que ne le faisait d'ailleurs l'acide salicylique administré sous forme de salicylate de soude.

Quand un rhumatisme aigu, traité au moyen de ce dernier produit, est passé à l'état chronique et désormais résiste absolument à son action, on peut obtenir les résultats les plus avantageux en lui substituant, aux mêmes doses, le salicylate de lithine. M. Vulpian n'hésite pas à prescrire ce sel à la dose de 4 à 5 grammes par jour et même plus encore. Il agit autrement que son congénère.

Quand on en élève un peu la dose, il produit souvent de la diarrhée avec colique, comme un purgatif; il amène une surdité franche, mais qui ne persiste pas, au lieu des bruits divers que l'autre fait entendre.

Il peut rendre encore des services, en soulageant au moins les malades, dans le rhumatisme articulaire chronique primitif, dans celui qui porte surtout sur les tissus blancs, etc.

M. Vulpian conclut de ses expériences que le salicylate de lithine lui paraît devoir prendre rang parmi les moyens thérapeutiques à employer dans le traitement des diverses formes de rhumatisme.

DISCUSSION

M. CONSTANTIN PAUL demande à M. Vulpian si, sur les femmes soumises à l'action des sels de lithine, il n'a pas observé une prolongation des règles, et même parfois de véritables pertes.

M. VULPIAN n'a jamais rien vu de semblable. Comme phénomène particulier et curieux, il cite l'exemple d'une malade qui, à la suite d'un ictère, avait été prise d'un érythème urticant extrêmement pénible. On lui administra du salicylate de soude. L'érythème disparut, mais en même temps se manifesta un rhumatisme articulaire qui résista absolument à l'action prolongée de ce sel. Le salicylate de lithine en vint assez rapidement à bout. Chez une autre malade, atteinte d'une bronchite chronique qui faisait craindre l'apparition d'une phthisie, l'administration de l'arsenic fit également apparaître un rhumatisme articulaire quand la bronchite disparut. Dans ce cas comme dans le précédent, le salicylate de lithine s'est montré des plus efficaces.

LECTURE

Sur quelques nouveaux purgatifs. — M. DESNOS, candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique, indique le résultat des recherches cliniques qu'il a récemment entreprises sur les propriétés cholagogues et purgatives de quatre substances expérimentées précédemment sur les animaux par M. le docteur Batterford (d'Édimbourg).

Ces quatre substances sont :

1° Le baptisin, matière résineuse obtenue en précipitant par l'eau la teinture alcoolique de *baptisia tinctoria* ou indigo sauvage, plante originaire de l'Amérique du Nord, de la famille des papilionacées.

2° Le sanguinarin, extrait résineux tiré de la *sanguinaria canadensis*, appartenant aux papavéracées.

3° Le juglandin, extrait résineux également fourni par le *juglans cinerea*, ou noyer de l'Amérique du Nord, de la famille des juglandées.

4° Le phytolaccin, extrait du *phytolacca decandra*, belle plante de l'Amérique septentrionale, de la famille des chénopodiées.

M. Desnos a fait prendre ces substances en pilules non argentées, à des doses variant de 10 à 20 centigrammes.

De ces expériences, il conclut que le baptisin et le juglandin sont des laxatifs qui peuvent rendre des services incontestables malgré quelques inconvénients, mais que le phytolaccin, plus sûr dans ses effets, et en partie exempt des mêmes inconvénients, peut enrichir d'un agent assez précieux la thérapeutique de la constipation.

Relativement au sanguinarin, il doit être laissé de côté.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours des prix de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé avant-hier soir lundi, 7 décembre 1885. Les récompenses suivantes sont décernées :

Première division. (Internes de troisième et de quatrième année.) — Prix, médaille d'or : M. Gilbert (Augustin-Nicolas), interne de quatrième année à l'hôpital Saint-Louis. Le lauréat reçoit, en outre, de l'Académie de médecine, le prix fondé par M. Oulmont, soit une somme de 1 000 francs. Ce prix est décerné cette année pour la première fois.

Accessit, médaille d'argent : M. Marfan (Bernard-Antoine-Jean), interne de troisième année à l'hôpital Saint-Louis. — Première mention honorable : M. Queyrat (Vincent-Jules-Louis), interne de quatrième année à l'hôpital Tenon. — Deuxième mention honorable : M. Phocas (Gérosime), interne de quatrième année à l'Hôtel-Dieu.

Deuxième division. (Internes de première et de deuxième année.) — Prix, médaille d'argent : M. Lejars, interne de deuxième année à l'hôpital Saint-Antoine. — Accessit (livres) : M. Dumoulin, interne de deuxième année à l'hôpital de la Pitié. — Première mention honorable : M. Villemin, interne de deuxième année à l'hôpital Saint-Antoine. — Deuxième mention honorable : M. Blocq, interne de deuxième année à l'hôpital de la Pitié.

Les dernières questions données à l'épreuve orale ont été :

1° Pour la première division : Rétrécissement de l'artère pulmonaire.

2° Pour la deuxième division : *a*. Symptômes et diagnostic des kystes de l'ovaire ; *b*. Bronchite capillaire.

— M. le docteur Blachez remplace M. le docteur Landrieux dans le jury du concours qui doit s'ouvrir lundi prochain, 14 décembre 1885, pour la nomination à deux places de pharmacien des hôpitaux de Paris.

— La séance générale annuelle de l'Académie de médecine est fixée au mardi 15 décembre 1885, à deux heures.

— *École de médecine d'Alger*. — M. Cochez, docteur en médecine, délégué dans les fonctions de chef de clinique obstétricale, est nommé chef de clinique obstétricale à ladite École.

M. Ramakers, docteur en médecine, prosecteur, est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Mouttet, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté des sciences de Besançon*. — M. Charbonnel-Salles, docteur ès sciences, est chargé du cours de zoologie, en remplacement de M. Joyeux-Laffuie, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Caen*. — M. Joyeux-Laffuie, docteur ès sciences, chargé du cours de zoologie à la Faculté des sciences de Besançon, est chargé, à titre de suppléant, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, du cours de zoologie et physiologie animale à la Faculté des sciences de Caen.

— *Muséum*. — M. Douliot (Henri), licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur temporaire près la chaire de botanique (organographie et physiologie végétales), pendant la durée du service militaire de M. Bonard, titulaire de l'emploi.

— *École pratique des Hautes-Études*. — M. Varet (Raoul-Raphaël-Paul), bachelier ès sciences, est chargé des fonctions de second préparateur au laboratoire de chimie organique dirigé par M. Berthelot à l'École pratique des Hautes-Études (2e section), en remplacement de M. André, dont la démission est acceptée.

— Deux concours publics s'ouvriront à l'hospice général de Tours, en 1886 : le premier, le lundi 3 mai, pour une place de médecin adjoint à l'hôpital civil de cette ville; le second, le 17 mai, pour deux places de chirurgien adjoint au même hôpital. La durée des fonctions du médecin adjoint et des chirurgiens adjoints sera de six années.

— La Société d'anthropologie de Paris a, dans sa dernière séance, renouvelé ainsi qu'il suit son bureau pour l'année 1886 :

Président, M. le docteur Letourneau; vice-présidents, MM. les docteurs Magitot et Pozzi; secrétaire général, M. le docteur Topinard; secrétaire général adjoint, M. Girard de Rialle; secrétaires annuels, MM. les docteurs Hervé et Manouvrier; archiviste, M. le docteur Dally; conservateur des collections, M. Chudzinski; trésorier, M. le docteur de Ranse; membres de la commission de publication, MM. les docteurs Dureau, Lagneau et Mathias-Duval.

— M. le docteur Verrier recommencera son cours d'accouchements le lundi 14 décembre 1885, à cinq heures, à sa clinique, 129, rue Saint-Honoré, et le continuera tous les jours, à la même heure, le jeudi excepté.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges Berryer, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2e édition, entièrement refondue. 1 vol. in-8° raisin de 1700 pages, avec 9 figures dans le texte et 2 planches. *Ouvrage couronné par l'Institut de France.* — Prix : 27 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Traité d'anatomie pathologique, par E. Lancereaux, professeur agrégé, etc. Tome III, première partie : *Anatomie pathologique spéciale; Anatomie pathologique des systèmes, système locomoteur; Anatomie pathologique des appareils, appareil de l'innervation.* 1 vol. in-8°, avec 131 figures intercalées dans le texte. — Prix du tome III complet, pour les souscripteurs : 20 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié (tome II), 1884-1885, par S. Jaccoud, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8°, avec 36 figures intercalées dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave, médecin des hôpitaux. — *Des maladies simples du poumon, asthmes pneumobulbaires, asthme cardiaque, congestions, hémorrhagies et induration du poumon, lésions des plèvres*, par le professeur G. Sée. Tome III, 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Éléments de pathologie, par Ed. Rindfleisch, professeur à l'Université de Wurzbourg, traduit de l'allemand et annoté par

le docteur J. SCHMITT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-8° de 400 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Anatomie pathologique du système nerveux, cours complémentaire, professé à la Faculté de médecine de Paris par le docteur RAYMOND. 1 vol. in-8° avec 114 figures intercalées dans le texte et 2 planches en chromolithographie. — Prix : 9 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Du diabète sucré chez la femme, par le docteur LECORCHÉ. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

De l'hystérie chez les enfants, par le docteur PERIGNIEZ. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18734.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.** ».	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Néphrite mixte, principalement interstitielle et en partie parenchymateuse.

Dans différents articles de nos Revues, nous avons eu plusieurs fois l'occasion de rappeler les faits cliniques et les études anatomo-pathologiques qui justifient la théorie de la multiplicité des formes de la maladie de Bright et leur distinction en deux formes principales, la néphrite interstitielle chronique primitive et la néphrite parenchymateuse : la première, caractérisée symptomatiquement par la polyurie, par une albuminurie généralement peu marquée et non permanente, faisant défaut par moments, surtout au début, par des accidents urémiques et par des complications fréquentes d'ulcération athéromateuse des gros vaisseaux; tandis que dans la seconde, au contraire, les urines sont rares, très fortement albumineuses, les malades sont sujets à des accidents dyspeptiques, des vomissements, et deviennent promptement cachectiques.

Mais ces distinctions parfaitement fondées histologiquement, fondées également sur la différence dans la marche de ces deux affections, la première ayant une marche lente et d'une durée beaucoup plus prolongée que la seconde, et sur leurs complications respectives les plus habituelles, ainsi que sur leur symptomatologie, sont loin de répondre toujours à l'observation clinique. Celle-ci, en effet, nous montre parfois des faits mixtes ou complexes, où les caractères des deux affections, plus ou moins confondus, permettent de présumer qu'elles peuvent coexister dans quelques circonstances à des degrés variables et inégaux d'intensité et de prédominance.

Un malade, actuellement placé dans le service de la clinique médicale de la Charité, présente un exemple de cet état mixte ou complexe, qui en rend le diagnostic difficile et incertain. Voici en quelques traits son histoire :

Un homme de trente-six ans, assez robuste, sans aucun antécédent morbide, ayant joui jusque-là d'une bonne santé, fut pris de froid le 25 décembre de l'année dernière, en sortant d'une réunion où il avait eu très chaud. Le surlendemain, il fut pris de douleurs très vives dans les articulations et de fièvre. Le médecin appelé à lui donner des soins constata, dès sa première visite, la présence d'albumine dans ses urines. Au bout de quinze jours, les douleurs avaient disparu, mais il s'était manifesté de nouveaux phénomènes, notamment du gonflement des pieds, suivi bientôt d'un gonflement des jambes, des cuisses et de toute la moitié inférieure du corps, puis des maux de tête.

Entré à l'hôpital, on constata la présence d'albumine dans les urines, et, à l'examen du cœur, un bruit de souffle diastolique à la base. Ce malade fut mis à la diète lactée et au tannin. Dès les premiers jours de son séjour à l'hôpital, il éprouva une perte de connaissance et eut des convulsions.

Au mois de juillet suivant, ayant été envoyé à l'asile de convalescence de Vincennes, il y eut une nouvelle perte de connaissance. Rentré chez lui, en novembre dernier, il a été pris de nouveau de douleurs dans les articulations des membres inférieurs, de vertiges, de troubles de la vision, ne voyant que comme à travers un brouillard, chancelant en marchant, mais sans perte de connaissance.

C'est à la suite de ces nouveaux accidents qu'il est entré, le 3 décembre, à l'hôpital de la Charité, dans le service de la clinique, présentant les symptômes suivants : pâleur anémique, léger œdème à la face et aux membres inférieurs, qui paraît avoir été beaucoup plus considérable à d'autres moments qu'il ne l'est maintenant. A l'auscultation, on entend à la base de la poitrine, en arrière, un gros râle qui indique de l'œdème pulmonaire; cet œdème pulmonaire paraît également avoir été plus accentué. Point d'ascite. Le cœur, à l'application de la main, n'accuse qu'une impulsion très faible, on sent à peine la pointe. Le pouls régulier, nullement rebondissant, est, au contraire, faible et lent; les caractères sphygmographiques sont ceux d'un rétrécissement aortique. En appliquant l'oreille on entend, en effet, à la base, un bruit de souffle rude, qui se prolonge jusque dans l'aorte. Tout semble indiquer une insuffisance des valvules aortiques et un état athéromateux de l'aorte, avec un certain degré de dégénérescence des fibres du cœur.

Les urines, d'une abondance moyenne, sont claires; elles ont une densité inférieure à la densité normale (1013, la moyenne étant de 1015). La chaleur n'y révèle actuellement qu'une petite proportion d'albumine, mais il y en a eu, paraît-il, auparavant, des quantités beaucoup plus considérables. A la réaction de l'acide nitrique, elles prennent une

coloration rose, et l'albumine que cet acide précipite présente les caractères de la rétractilité.

L'examen microscopique y a fait constater la présence de cristaux ammoniacaux, mais point de traces de tubuli.

Les organes digestifs paraissaient jouir de leur intégrité fonctionnelle.

En présence de cet état, à quel processus morbide avait-on affaire? Il n'y avait pas lieu ici d'invoquer une cachexie générale dont le malade ne présentait nullement l'aspect. Cette hypothèse éliminée, il ne restait guère à hésiter qu'entre une maladie du cœur ou une maladie des reins.

Est-ce aux lésions cardiaques constatées à l'examen de ce malade qu'il fallait attribuer la série et l'ensemble des phénomènes morbides qui se sont succédé chez lui? M. Hardy ne l'a pas pensé. Ce ne sont pas là les symptômes ordinaires des maladies du cœur primitives. Il ne faut pas oublier que ce malade a eu, à peu près dès le début de sa maladie, de l'anasarque, qu'on a trouvé à de certains moments des quantités considérables d'albumine dans ses urines, qu'au début il a eu de la bouffissure à la face, dont il lui reste des traces encore aujourd'hui.

Rien, d'autre part, du côté du foie, qui n'eût pas manqué de participer à la scène morbide, si l'albuminurie eût été sous l'influence d'une perturbation de la circulation veineuse générale.

Il ne restait donc d'autre lésion probable à laquelle on pût être fondé à faire remonter cette symptomatologie, qu'une néphrite compliquée d'un athérome aortique qui lui apportait son contingent d'influence.

Mais à quelle espèce de néphrite avait-on affaire? Était-ce à une néphrite parenchymateuse ou à une néphrite interstitielle?

Nous venons de rappeler les distinctions anatomo-pathologiques très nettes, établies entre ces deux espèces de néphrite, à côté desquelles on a fait place encore à d'autres espèces, telles que la sclérose du rein, l'hypertrophie du tissu conjonctif de l'organe, la néphrite kystique, etc., etc., à chacune desquelles on a assigné des caractères propres. Mais, comme nous venons de le dire aussi, ces distinctions fondées sur des caractères anatomiques incontestables, cette dichotomie si tranchée notamment, entre la néphrite interstitielle et la néphrite parenchymateuse, ne se justifie pas toujours en clinique. L'observation montre parfois une sorte de fusion entre les symptômes de ces deux états, qui oblige à constituer une espèce mixte, tenant à la fois de l'une et de l'autre. C'était le cas ici.

Aussi M. Hardy, se fondant sur l'ensemble des phénomènes que nous venons d'énumérer, a-t-il formulé son diagnostic ainsi : néphrite principalement interstitielle, mais avec un léger degré de néphrite parenchymateuse, compliquée de quelques lésions cardiaques (lésions athéromateuses).

Le pronostic est, dans tous les cas, sérieux, mais il n'implique pas ici, quant à présent, l'idée d'un danger immédiat, à moins toutefois que les accidents urémiques, qui se sont déjà manifestés à plusieurs reprises, ne viennent à prendre tout à coup une plus grande intensité.

On sait combien la thérapeutique de ces affections est limitée ; elle n'est pas cependant complètement désarmée. Dans l'impuissance où l'on est de s'attaquer directement à la lésion elle-même et à ses causes, on a du moins la ressource d'en combattre les effets. La diète lactée est, comme on le sait, au premier rang des moyens diététiques et thérapeutiques indiqués en pareil cas, mais il est malheureusement assez difficile de la faire supporter longtemps par les malades, qui finissent presque toujours par s'en dégoûter ; aussi M. Hardy ne la prescrit-il pas exclusivement.

Il faut chercher ensuite à combattre la congestion dont les reins sont le siège ; c'est ce que l'on fait généralement par des ventouses scarifiées. M. Hardy préfère, dans ce cas, aux ventouses les cautères volants, comme plus actifs et agissant en même temps d'une manière plus continue. Il a prescrit, en conséquence, à ce malade l'application de quatre cautères volants sur la région des reins. L'anémie doit être combattue aussi ; elle le sera par l'usage alimentaire de viandes et par l'administration de la poudre de tannin, à la dose de 50 à 75 centigrammes par jour, et du vin diurétique amer de la Charité. On y ajoutera plus tard, s'il y a lieu, quelques préparations ferrugineuses, telles qu'une solution de perchlorure de fer au 30e. Enfin, si, par la marche ultérieure de la maladie, on acquérait la conviction d'une hypertrophie croissante du tissu conjonctif du rein, M. Hardy n'hésiterait pas à donner l'iodure de potassium. Mais il ne juge pas à propos de le prescrire actuellement, tant que la néphrite est encore dans sa période congestive. On attendra que les phénomènes congestifs aient cessé, ou tout au moins qu'ils aient diminué.

La marche ultérieure et l'issue funeste probable de la maladie dans un avenir plus ou moins éloigné, nous apprendront sans doute si le diagnostic porté par M. Hardy est juste.

Adénomes du foie.

D'une série d'études de M. Brissaud sur quelques affections du foie, il nous a paru intéressant de détacher quelques points qui ne peuvent manquer d'éclairer l'histoire de ces affections si souvent obscures et, par suite, méconnues ou négligées. Tel entre autres est l'adénome.

Simple lésion, sans expression clinique, comme le dit M. Brissaud, sa provenance, ses transformations multiples, son analogie singulière avec les tumeurs épithéliales étaient à peu près généralement ignorées. M. Sabourin, dans un travail publié en 1882, avait déjà émis cette proposition : que l'adénome, production épithéliale d'origine inflammatoire, est une étape intermédiaire entre les inflammations chroniques ou cirrhoses et le cancer du foie. Mais il manquait à la démonstration quelques renseignements anatomo-pathologiques. C'est cet appoint utile que M. Brissaud est venu apporter à l'appui de la proposition formulée par M. Sabourin.

Comme la plupart des chirurgiens, qui ont aujourd'hui une grande tendance à admettre l'influence étiologique accidentelle du traumatisme sur le développement du cancer, — nous en avons cité récemment un exemple qui ne laisse que peu de place au doute à cet égard, — M. Brissaud n'est pas éloigné d'attribuer l'origine d'un certain nombre de tumeurs cancéreuses viscérales, ce que l'on est convenu d'appeler le cancer médical, à l'influence d'une irritation persistante des tissus, dont la conséquence nécessaire serait un processus d'inflammation chronique, suffisamment caractérisé dans les glandes par prolifération de l'épithélium et son retour à l'état embryonnaire, en même temps que par l'apparition du tissu de cicatrice dans les acini. D'où ces gastrites chroniques pouvant se confondre, à partir d'un certain âge, avec le cancer, ces cirrhoses hépati-

ques qui, quelque apparence qu'elles revêtent, sont susceptibles de la transformation cancéreuse.

Revenant de ces considérations générales au fait de l'adénome, dont le nom seul éveille dans l'esprit l'idée d'une production glandulaire bénigne, bien qu'il soit également susceptible de subir parfois la transformation cancéreuse, M. Brissaud va nous montrer, par un exemple topique, l'évolution d'une cirrhose vulgaire compliquée d'adénomes avec généralisation ganglionnaire et viscérale vers le cancer.

Voici le fait dans ses circonstances principales :

Un vieillard de soixante-douze ans, petit, maigre, pâle, à la peau écailleuse, sans antécédents morbides et n'ayant jamais fait d'excès d'aucune espèce, entra, il y a quelques années, à l'hôpital pour des vomissements se produisant après le repas. Depuis que ces vomissements avaient commencé à se produire, le malade avait maigri, pendant que son ventre grossissait. A ces premiers phénomènes, s'ajoutèrent peu à peu de la douleur épigastrique et de l'anorexie. Puis, la rénitence de l'épigastre avait fait place à une véritable induration, occupant la partie la plus interne de l'hypochondre droit et se continuant avec la face antéro-supérieure du foie. Cette induration, dépassant la ligne médiane et empiétant un peu sur le côté gauche, donnait la sensation d'une tumeur plane, dure, sans limite précise en bas et à gauche. Il n'existait point de trace d'ictère ni d'ascite. Les battements du cœur étaient réguliers, la respiration pure, la température normale. La langue était sèche, rugueuse. On porta le diagnostic de cancer gastro-hépatique et l'on prescrivit le régime lacté.

A partir de ce moment, tous les symptômes qui avaient suggéré l'idée de ce diagnostic allèrent en s'accentuant de plus en plus. La cachexie fit des progrès rapides; la tumeur épigastrique s'étendit à vue d'œil, tout en acquérant une plus grande dureté.

Le malade continuait néanmoins à manger un peu, il ne vomissait plus, n'avait toujours pas de fièvre; il ne souffrait que modérément. Il finit par s'éteindre dans un état comateux de plus en plus profond.

A l'autopsie, on constata d'abord la parfaite intégrité de l'intestin et de l'estomac lui-même. Le péritoine ne renfermait pas une goutte de liquide. Le foie seul présentait des altérations. Il existait, dans toute la moitié postérieure du lobe gauche, une énorme tumeur ou bloc cancéreux. Le parenchyme hépatique était sclérosé dans sa totalité et granuleux. Il n'est du reste que très peu atrophié. La couleur du tissu hépatique est brun foncé, sans infiltrations biliaire ou sanguine.

A la coupe du lobe gauche, au niveau de la tumeur, la surface de section est blanche; il s'en écoule un suc cancéreux extrêmement abondant. Le tissu de la tumeur est dur et rénitent; les parties blanches qui le constituent s'infiltrent dans le parenchyme hépatique cirrhosé, sans limites précises. Le tissu hépatique, partout granuleux au même degré, est occupé, de place en place, par un grand nombre de masses adéromateuses parfaitement caractérisées, uniformément réparties dans la totalité de l'organe.

La section du lobe droit montre des altérations analogues, mais non absolument semblables. L'identité n'est complète que sous le rapport de la quantité des adénomes ; elles sont d'ailleurs, en général, moins volumineuses qu'à gauche et presque toutes constituées par la substance jaune. Quant à la cirrhose, elle est la même qu'à gauche, à cette différence près que les granulations n'ont pas la même tendance à la transformation cancéreuse; on y remarque plutôt la transition progressive entre la cirrhose et la formation adénomateuse.

Au niveau du hile du foie, existe un groupe de cinq à six gros ganglions indurés, blancs, constitués par une substance identique à celle du cancer hépatique.

Les poumons, congestionnés à leur base, sont parsemés à leur surface de nodules cancéreux adhérents à la plèvre.

Les autres organes ne présentent pas de lésions notables.

Il résulte des premiers renseignements donnés par l'autopsie que la dégénération cirrheuse du foie était antérieure au cancer; que les adénomes, d'autre part, ne présentaient, en dehors de leur grande abondance, nul caractère étranger à ceux qui leur ont été assignés par M. Sabourin. La masse cancéreuse elle-même pouvait être considérée comme une transformation carcinomateuse d'un conglomérat d'adénomes. La particularité anatomique de l'observation, suivant M. Brissaud, résidait dans le fait que les ganglions du hile du foie étaient dégénérés, ou plutôt hypertrophiés, indurés, de la même hypertrophie et de la même induration que le lobe gauche du foie. Cette dégénérescence réalisait, à ses yeux, l'adénopathie cancéreuse du cancer clinique. Incontestablement, dit-il, la grosse lésion hépatique était un carcinome; mais elle n'était, à proprement parler, un cancer, dans l'acception contemporaine de ce mot, que parce qu'elle se généralisait par la voie ganglionnaire. L'envahissement de la plèvre par des nodules de carcinome n'était pas indispensable pour la démonstration de la malignité; elle en était seulement une preuve de plus.

Le cancer en question possédait au suprême degré les attributs cliniques de la malignité. Le malade a succombé à la cachexie.

L'analyse microscopique n'a ajouté que peu aux renseignements fournis par l'examen à l'œil nu. La cirrhose reproduisait le type de la cirrhose annulaire à grosses granulations; c'était une cirrhose bi-veineuse déjà ancienne, mais jusqu'alors insuffisante pour produire une atrophie des masses parenchymateuses.

Le tissu de sclérose, abondamment infiltré d'éléments jeunes, conservait encore assez de laxité pour ne pas intercepter le cours de la bile ou du sang. Partout les veines portes étaient béantes; les veines sus-hépatiques des centres lobulaires étaient en grande partie oblitérées; mais le système anastomotique des gros troncs sus-hépatiques avec les veines portes des petits et moyens espaces était assez développé pour expliquer l'absence de retard circulatoire, d'ascite et de dilatation du réseau sous-cutané abdominal.

Quant à la formation adénomateuse, la substance glandulaire était envahie dans sa presque totalité par ce processus, banal dans toutes les cirrhoses généralisées, qu'on a appelé hépatite nodulaire.

Ce qui est vraiment exceptionnel dans cette observation, ce n'est pas la grande dimension du cancer hépatique, ce n'est pas la transformation du tissu adénomateux en carcinome, c'est la tendance presque universelle des adénomes à subir cette transformation cancéreuse.

Voici, d'après M. Brissaud, ce que l'on peut conclure de ce fait :

La cirrhose veineuse, considérée jusqu'à ce jour comme une inflammation chronique simple, quoique systématisée, est une des causes de la dégénération adénomateuse du parenchyme hépatique.

Le carcinome hépatique peut procéder directement de

l'adénome; et, une fois constitué, loin de représenter seulement une phase histologique vulgaire d'un processus irritatif, il se caractérise tout entier par sa tendance à l'envahissement ganglionnaire et à la généralisation viscérale.

Donc le carcinome hépatique, lésion ultime, maligne et spécifique, provient d'une évolution anatomo-pathologique banale, l'hépatite nodulaire, qui est d'ordre inflammatoire.

Du maniement des instruments en ophthalmologie.

Le 1er décembre, M. le docteur Landolt ouvrait son cours de *chirurgie oculaire*, à l'École pratique de la Faculté de médecine, par une conférence ayant pour sujet : « Du maniement des instruments en ophthalmologie. »

Sur ce thème éminemment neuf, le conférencier a démontré les différences de procédés qui séparent la chirurgie oculaire de la grande chirurgie ; il a surtout fait ressortir l'importance toute spéciale de l'étude du maniement des instruments en ophthalmologie, qui doit précéder tout cours d'opérations. — Si toutes les branches de la chirurgie ont les mêmes principes fondamentaux, il y a cependant des différences de détail assez marquées : d'abord le terrain de la chirurgie oculaire est assez petit, puis l'organe sur lequel elle opère est essentiellement mobile.

Le rayon de section, dans la grande chirurgie, est presque toujours assez considérable, nécessitant la participation de la main et souvent même du bras tout entier. « Au contraire, dit M. Landolt, nos petites sections n'exigent que des excursions minimes de l'instrument, avec un rayon ne dépassant guère deux phalanges de doigt. C'est, en effet, le *doigté* qui fait le chirurgien en ophthalmologie. Nos opérations exigent, en outre, une sûreté, une promptitude de mouvement telles que celui qui le ferait partir du carpe risquerait cent fois de perdre un œil. »

Dans nombre d'Universités, on cultive certains exercices destinés à rendre les doigts indépendants de la main et indépendants entre eux, pour leur donner cette finesse dans le toucher, cette souplesse et cette promptitude dans les mouvements que réclament nos opérations.

Le conférencier étudie d'une façon aussi originale que pratique les positions que doivent prendre le corps et les bras, et l'art de saisir et de guider l'instrument. Il insiste beaucoup sur ces principes techniques : « Le bras, dit-il, doit former le levier auquel la main est *suspendue.* » Il a trouvé le secret de la sûreté de la main dans sa complète indépendance du bras. Les démonstrations qui accompagnaient les données de ces principes font comprendre, de la manière la plus vivante, combien la main gagne en sûreté lorsque le bras est placé suivant les règles de l'art, et à quel degré d'habileté on peut arriver par un exercice méthodique des doigts.

M. Landolt divise les instruments, d'après leur maniement, en trois catégories : 1° les instruments à manche ; 2° les ciseaux ; 3° les pinces. Les premiers peuvent avoir des mouvements de rotation et de section dont la sûreté et l'étendue dépendent de la position des doigts vis-à-vis de l'instrument. Pour les seconds, les doigts doivent avoir, suivant la comparaison si heureuse du conférencier, le contact léger et cependant constant du pied dans l'étrier. Les règles du maniement des pinces, notamment de celle à iridectomie, exigent au plus haut degré la liberté des mouvements des doigts et leur indépendance de la main.

M. Landolt n'est pas de ceux qui condamnent, comme dangereux pour la sûreté de la main, les exercices corporels, l'escrime, la gymnastique et l'équitation, mais il est persuadé que tout ce qui peut fortifier la santé physique et morale, tout ce qui rend plus vigoureux le bras, ne peut que profiter au chirurgien.

« La confiance en lui-même, dit en terminant le conférencier, donne à l'opérateur la sûreté de main, l'élégance et le gage du succès. Et cette confiance elle-même naît de la connaissance approfondie de la tâche qu'on se propose, de l'habitude du maniement des instruments, acquise par l'expérience, et de ce sentiment viril qui est le privilège des mâles exercices. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 décembre 1885. — Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN.

COMMUNICATIONS

Imperforation de l'hymen. — M. BERGER fait un rapport sur une communication de M. Segond, relative à un cas d'imperforation congénitale de l'hymen. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt ans qui n'avait jamais été réglée et qui, à partir du mois de janvier 1884, avait ressenti périodiquement des douleurs abdominales extrêmement intenses. Tous les emménagogues qui ont été successivement prescrits ne produisirent qu'une exacerbation des douleurs, sans amener le moindre écoulement menstruel. M. Segond constata chez cette jeune fille l'existence d'une tumeur volumineuse, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; au toucher, on sent une tumeur fluctuante ; on constate un hymen distendu, imperforé. M. Segond se décide aussitôt à opérer. La malade ayant été endormie par le chloroforme, il fait sur la ligne médiane, une petite incision antéro-postérieure, qui donne issue à un liquide chocolat ; le liquide s'écoulant très lentement, il agrandit son incision, la fit cruciale, et favorisa l'évacuation complète du liquide en exerçant une douce compression ouatée sur l'abdomen. Cette évacuation dura environ trois quarts d'heure.

Un tube fut placé dans la cavité vaginale qui fut lavée avec une solution de sublimé au 2 millième ; il fit un pansement antiseptique léger, fit continuer les injections de sublimé, et, vers le cinquième jour, comme il y eut un peu de stomatite mercurielle, il les remplaça par des injections phéniquées. La guérison s'opéra assez promptement, et les règles apparurent ensuite très régulièrement.

M. Berger rappelle qu'il y a, dans ces cas, deux sortes d'accidents à craindre : les uns, immédiats, dépendant de l'évacuation rapide, ce sont la rupture de l'hématome, amenant une hémorrhagie intra-péritonéale, puis une péritonite le plus souvent mortelle ; les autres survenant à la suite de l'évacuation lente et graduelle, déterminés par la transformation septique du liquide et toutes ses conséquences.

L'évacuation rapide peut avoir pour conséquence la rupture de la poche, une hémorrhagie intra-péritonéale, ou bien, lorsqu'il y a une dilatation concomitante des trompes avec atrésie de leur orifice utérin, la rupture de l'une ou l'autre de ces trompes, par suite de leur distension excessive.

Il faut aussi tenir compte de l'influence possible des adhérences des trompes avec l'épiploon, ainsi que l'a constaté M. Gosselin dans une autopsie. Peut-on prévoir ces cas ? Oui, répond M. Berger, par l'inspection du ventre, la dilatation des trompes pouvant se reconnaître par la présence d'une tumeur bosselée, fluctuante, hors de la ligne médiane.

Il y a des cas où ces accidents ne sont nullement à craindre, ce sont ceux dans lesquels le vagin seul est distendu par l'épanchement sanguin ; c'est ce qui eut lieu dans le cas de M. Segond ;

l'utérus n'était pas dilaté, ainsi qu'il a pu le reconnaître avant même l'opération. Dans ces cas, les dangers dont il vient d'être question sont beaucoup moins à craindre.

Mais dans les cas où il y a dilatation utérine en même temps que dilatation tubaire, que peut-on faire pour prévenir ces ruptures? M. Berger déclare tout d'abord, à ce propos, n'être pas partisan de l'administration du chloroforme, à cause des mouvements réflexes, des vomissements auxquels il peut donner lieu. Il faut savoir éviter les compressions brusques et n'exercer, dans ces cas, qu'une compression très douce avec un bandage de flanelle de plus en plus serré, à mesure que le liquide s'écoule. Plusieurs chirurgiens ont proposé de ponctionner ces épanchements soit par le vagin, soit par le rectum, soit même par l'abdomen. Mais ce sont là des procédés dangereux qui, du reste, n'ont pas été mis en pratique. On serait plutôt autorisé, dans certains cas bien déterminés, à faire la laparotomie.

M. Berger repousse comme dangereuses les injections intra-utérines.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que le cas rapporté par M. Segond est exceptionnel; il est bien rare, en effet, de rencontrer la dilatation du vagin par la rétention des règles sans la dilatation de l'utérus.

M. Berger, ajoute M. Lucas-Championnière, a peut-être un peu exagéré les dangers de l'opération que nécessitent ces cas; les accidents dont il a parlé étaient à craindre il y a vingt ans; ils ne le sont plus aujourd'hui; il n'y a plus que quelques précautions à prendre.

L'opération étant longue et douloureuse, l'emploi du chloroforme paraît formellement indiqué, contrairement à l'opinion émise par M. Berger. Il y a tout avantage à opérer de bonne heure, ces malades souffrant horriblement.

M. GILLETTE a opéré, en 1876, une jeune fille qui présentait une énorme dilatation du ventre, par imperforation de l'hymen; elle était accusée d'être enceinte. Il est quelquefois difficile, dans ces cas, d'empêcher l'hymen de se réunir. L'évacuation rapide du liquide ne donne généralement pas d'accidents. M. Gillette a plusieurs fois eu recours à la ponction évacuatrice; il y a renoncé et préfère inciser avec le thermo-cautère. Il ajoute qu'il faut éviter de palper le ventre, de le malaxer avant l'opération; qu'il faut faire une injection vaginale antiseptique et empêcher le rapprochement des lèvres en opérant avec le thermo-cautère.

M. GUÉNIOT pense, avec M. Lucas-Championnière, qu'il est très rare de voir le vagin foyer unique de l'épanchement sanguin. Il demande si M. Segond a vu cette malade longtemps après l'opération; s'il a constaté chez elle un abaissement utérin, les ligaments utéro-sacrés ayant dû subir, dans ce cas, une distension extraordinaire.

M. BERGER répond qu'il est certain que l'utérus ne participait pas à la dilatation. Il fait observer à M. Lucas-Championnière qu'il n'y a pas que les accidents de résorption purulente à craindre, mais aussi et surtout ceux de la rupture. C'est au point de vue de cette rupture surtout qu'il redoute l'emploi du chloroforme, à cause des vomissements. La rupture de la dilatation tubaire a été constatée anatomiquement par M. Gosselin.

Plaie de la région dorsale de la moelle. — M. BERGER fait un rapport sur un cas de plaie de la région dorsale de la moelle par un instrument tranchant, qui a été récemment communiqué par M. Kirmisson. Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'un coup de couteau dans la région dorsale, a été pris d'une paralysie complète de la motilité et incomplète de la sensibilité de tout le côté droit. La pointe du couteau était restée dans la plaie. C'était une plaie du rachis à la région dorsale. Il n'y avait pas eu de blessure, mais une simple compression de la moelle. Il en était résulté une certaine attrition avec sclérose consécutive, puis retour incomplet des fonctions. M. Kirmisson a retiré la pointe du couteau et les accidents ont très rapidement disparu en partie.

Récidive des kystes de l'ovaire. — M. TERRILLON communique une nouvelle observation de récidive d'un kyste ovarique opéré. Il s'agit d'une malade âgée de cinquante-cinq ans, ayant eu deux grossesses, qui, en janvier 1883, vit son ventre grossir, eut, en mai, une métrorrhagie abondante, fut ponctionnée, puis ovariotomisée le 1er août 1883. Le contenu du kyste était gélatineux. C'était un kyste multiloculaire. Une des poches se rompit pendant l'opération et une partie de son contenu se répandit dans le petit bassin. L'opération avait duré quarante-cinq minutes. C'était un kyste gélatineux à parois très minces. La malade était guérie le 27 août. En décembre 1883, elle allait bien, lorsqu'elle eut une métrorrhagie; en octobre 1884, elle vit son ventre grossir de nouveau et une tumeur apparut dans la cicatrice abdominale. Elle avait de l'œdème des jambes, de la dyspnée. Deux ponctions amenèrent un liquide gélatineux. Seconde ovariotomie le 20 octobre 1884; on se trouve en présence d'une masse gélatineuse énorme, à loges multiples. L'opération s'acheva sans accident. La malade alla bien jusqu'aux premiers jours de novembre, époque à laquelle elle perdit l'appétit, eut de la diarrhée. Elle succomba un mois et demi après l'opération. L'autopsie révéla l'existence d'une péritonite suppurée peu abondante et chronique.

Il s'agit donc encore ici d'une récidive à distance d'un kyste ovarique; M. Terrillon pense que la rupture d'une des poches dans le petit bassin, lors de la première opération, a pu déterminer une sorte de greffe qui expliquerait la récidive. Le contenu de ces kystes est très complexe. Mais la complexité des caractères histologiques de ces liquides ne permet malheureusement pas de rien conclure au point de vue de la récidive.

M. TERRIER proteste contre cette assertion; il communiquera un cas analogue dans lequel M. Malassez, s'appuyant précisément sur ces caractères histologiques complexes, a pu prédire la récidive. L'événement lui a parfaitement donné raison.

Plaie de tête; trépanation. — M. PEYROT présente le crâne d'un blessé qu'il a trépané il y a un an.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'action antizymasique de la quinine dans la fièvre typhoïde (1), par M. le docteur G. Pécholier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Aujourd'hui, comme il y a dix-huit ans, M. Pécholier professe que la fièvre typhoïde est due à un ferment, à un microbe, que ce soit le bacille de Klebs ou tout autre. S'attaquer à ce microbe, s'opposer à sa prolifération, le détruire, est l'indication majeure du traitement de la maladie. Les effets si puissants de la quinine contre la fièvre typhoïde sont dus en première ligne à son action antizymasique, qui est supérieure à celle que l'auteur a trouvée jadis dans la créosote et l'acide phénique.

Cette affirmation clinique a amené M. Pécholier à une méthode rigoureuse de l'administration du remède. Commencer la quinine au premier soupçon de la fièvre typhoïde, et la donner quotidiennement à la dose de 80 centigrammes ou de 1 gramme pendant la période d'augment et d'état, puis à dose décroissante jusqu'à la défervescence complète. C'est en se conformant à cette méthode que, dans ces dernières années, l'auteur a soigné plus de 50 typhoïsants sans en perdre un seul. En outre de cette terminaison constamment favorable, il a constaté que le processus morbide est singulièrement amoindri et singulièrement raccourci. La maladie a évolué généralement à une température inférieure d'au moins 1 degré à celui qui aurait existé si la marche de la fièvre eût été abandonnée à elle-même. Il a vu le plus grand nombre de ses convalescents commencer du douzième au dix-huitième jour.

Lorsque, par le caractère exceptionnellement grave du cas ou par le retard qu'avait éprouvé le début de la médication quinique,

(1) In-8°. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

M. Pécholier n'a pas aussi facilement enrayé le processus morbide et qu'il a persisté à lui présenter les températures axillaires vespérines de 39°,5 ou même de 40 degrés et plus, il a trouvé un excellent secours supplémentaire dans les bains tièdes plus ou moins réitérés, qui, en diminuant la température du malade, ont donné très probablement une action antizymasique collatérale à celle de la quinine.

Cette vertu de l'alcaloïde du quinquina ne s'adresse pas évidemment à tous les ferments morbides, mais elle semble, depuis longtemps déjà, avérée contre celui de la fièvre intermittente (*bacillus malariæ*). Elle est excessivement probable dans la suette miliaire, certaines épidémies de fièvres puerpérales, certaines infections purulentes, et probablement encore dans d'autres maladies où les effets majeurs de la quinine sont depuis longtemps démontrés. Si, comme l'a affirmé le professeur G. Sée, la quinine n'exerçait contre la fièvre typhoïde que des effets antipyrétiques, ceux-ci devraient se retrouver dans les autres maladies fébriles. Or, à l'instar de Trousseau, la plupart des médecins l'ont vue impuissante contre la fièvre hectique. Elle se heurte aussi sans succès décisif contre la fièvre inflammatoire et contre la plupart des fièvres éruptives. Dans la variole, c'est l'association de l'éther et de l'opium, vantée d'abord par Du Castel, puis par Dreyfus-Brisac, qui possède la vertu antizymasique. C'est aussi le mercure employé en frictions. Sans nier les bons résultats de l'antisepsie intestinale proposée par Bouchard, et que M. Pécholier cherche depuis longtemps à obtenir au moyen des lavements phéniqués, il ne voit là qu'une indication secondaire dont l'importance ne peut être comparée à celle de l'action antizymasique que la quinine absorbée exerce sur l'organisme tout entier.

Cette action de l'alcaloïde du quinquina est-elle directe et due à des effets toxiques sur le ferment typhoïde? Est-elle au contraire subordonnée à l'action hypothermique du remède, laquelle modifierait la fermentation? M. Pécholier penche beaucoup pour la première manière de voir, reconnaissant cependant que des expériences de laboratoire pourront seules prononcer sur ce point en dernier ressort. Il faudra pour cela cultiver le bacille typhoïde et le soumettre, soit à des solutions titrées de quinine, soit à des abaissements gradués de température.

L'emploi et surtout l'emploi persistant de la quinine à dose élevée (3 grammes par jour) paraît dangereux. M. Pécholier ne regarde pas comme absolument impossible que, dans des cas très rares, la dose de 1 gramme par jour, continuée longtemps dans le cours d'une pyrexie qui tend à déterminer des modifications pathologiques du tissu du cœur, puisse prédisposer le malade à une syncope. Mais, d'autre part, en rendant plus courte la durée du processus morbide et en diminuant notablement le degré de la chaleur, son traitement est de nature à atténuer singulièrement les chances de myocardite typhoïde. Et puis cette syncope, que M. Pécholier n'a pas d'ailleurs observée lui-même, doit être prévue à l'avance par un examen attentif de la fonction du cœur, et prévenue par l'emploi rationnel des toniques du cœur, surtout celui de la caféine ou même du café.

Le massage par le médecin (1), par Léon Petit, préface par Paul Reynier.

Évidemment le massage constitue un modificateur hygiénique et thérapeutique précieux, à la condition qu'il soit pratiqué par des mains expérimentées et dirigé par une tête capable, non pas seulement d'en apprécier les effets, mais encore d'en saisir préalablement les indications. Il importe par conséquent de l'enlever aux gens incompétents, au même titre qu'il convient d'interdire au premier venu les manœuvres ayant pour but de réduire les luxations. C'est ce que se propose le petit livre en question. Aussi, tout en exposant l'ensemble des connaissances véritablement scientifiques qui, de près ou de loin, se rattachent au massage, notre confrère a-t-il écrit un ouvrage pratique. En un mot, son travail traite de la technique du massage, et cette technique se trouve décrite par la méthode des leçons de choses, c'est-à-dire à l'aide de nombreuses figures bien disposées pour montrer tous les temps de la série des opérations envisagées. On apprend ainsi la théorie sans aucune tension d'esprit. Il ne reste plus qu'à demander à M. Léon Petit l'enseignement appliqué du massage. Il serait bon qu'il fondât une *clinique gratuite d'entraînement*. Cette lacune comblée, son œuvre, à laquelle nous ne pouvons qu'applaudir, nous apparaîtrait parfaite.

(1) In-18. — Prix : 4 francs. — Paris, 1885, A. Coccoz.

Dictionnaire de botanique (1), par M. le professeur Baillon.

Le xviiie fascicule qui vient de paraître s'étend des lettres EUBI à FRAN.

Nous signalerons dans ce fascicule les articles *feuilles*, *fleurs* et *fougères*. Par leur développement et la richesse de leur illustration, ces articles forment de véritables monographies.

Ajoutons qu'une très belle planche hors texte, en chromolithographie, nous donne les détails de l'aconit napel (*Delphinium [aconitum] napellus*). Cette planche est due, comme les précédentes, au crayon si distingué de M. Faguet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 décembre 1885, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe : M. Poirée, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. les docteurs Balette, Bonnefoy, Boudet, De Labernardie, Boymond, Boissard, Gondran, Plique, Bournet, Blache, Boyer, Bellangé, Parent, Devars et Chabaud.

— Dans sa dernière séance, sur le rapport de M. le docteur Després, le conseil municipal de Paris a adopté, dans les termes suivants, une proposition de M. Deschamps :

« Le Conseil,

Considérant que les médecins et sages-femmes des bureaux de bienfaisance sont, dans de nombreux cas, obligés d'envoyer d'urgence (avant ou après l'accouchement) leurs malades à l'hôpital,

Invite l'administration à adresser à tous les directeurs des hôpitaux, *pourvus d'une maternité*, une note leur enjoignant d'accepter d'urgence les malades envoyés à l'hôpital par les médecins ou sages-femmes des bureaux de bienfaisance. »

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur A. Farine, médecin principal de première classe, directeur de l'hôpital militaire de Besançon, décédé ces jours derniers, dans cette ville, à l'âge de cinquante-cinq ans; et celle de M. Ayrolles, interne à l'hôpital de la Charité, qui a succombé mardi à la fièvre typhoïde contractée dans son service.

— *Erratum.* — Dans le numéro du 8 décembre, page 1131, 2e colonne, avant-dernière ligne, au lieu de « 85 kilogr. », lire « 86 livres ».

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Diabète sucré ou névrose assimilatrice du foie, exposé théorique, traitement alimentaire, physique et moral, par M. le docteur G. Esbach, chef du laboratoire de chimie à la clinique médicale de Necker. 1 vol. in-18. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

(1) Grand in-4o. — Prix du fascicule : 5 fr. — Paris, Hachette et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18742.

N° 145. — MARDI 15 DÉCEMBRE 1885. 58e ANNÉE. MARDI 15 DÉCEMBRE 1885. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Paris, le 14 décembre 1885.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE DÉONTOLOGIE

La commission d'étude nommée par les délégués des Sociétés médicales de Paris s'est réunie hier dimanche, 13 décembre, et a arrêté les statuts suivants :

Article premier.

Il est créé à Paris une Société médicale de déontologie et d'intérêts professionnels dont l'action s'étendra sur tout le département de la Seine.

Art. 2.

But de la Société.

Le but de la Société est d'établir entre tous les membres honorables du corps médical un lien qui leur permette de se prêter un appui dans toutes les circonstances de la vie professionnelle.

La Société de déontologie se donne pour mission de sauvegarder l'honorabilité médicale, et d'étudier toutes les questions d'un caractère professionnel qui pourront intéresser les médecins, telles que la poursuite de l'exercice illégal de la médecine.

Elle prendra l'initiative de demander aux pouvoirs publics les modifications à la législation qui paraîtraient nécessaires.

Elle substituera son action à celle de ses membres, soit en justice, soit ailleurs, toutes les fois que l'honneur médical ou un intérêt commun l'exigeront.

Elle établira, en un mot, entre tous les membres une solidarité d'honneur et d'intérêt.

Les règles de la déontologie n'étant pas de celles qui peuvent être codifiées, parce qu'elles se composent de l'appréciation d'une foule de cas particuliers, la Société tiendra un registre de toutes ses décisions et les fera connaître à tous ses membres, sans indiquer les noms des personnes qui les auront provoquées.

Elle s'interdit dans ses réunions toute discussion politique ou religieuse.

Art. 3.

Composition de la Société.

Elle se composera de tous les membres du corps médical du département de la Seine qui auront adhéré à ses statuts, et qui auront été agréés par le conseil central.

Art. 4.

Organisation des comités d'arrondissement et du conseil central.

Les comités d'arrondissement seront au nombre de vingt-deux. Chaque comité sera composé de tous les médecins habitant un même arrondissement qui feront partie de la Société.

Il élira chaque année son bureau et instruira toutes les affaires qui concerneront les membres de son arrondissement.

Conseil central. — Le conseil central aura un bureau élu tous les ans par l'Assemblée générale de la Société tout entière.

Pour accorder à chaque arrondissement une représentation égale, il sera composé en outre par le président et l'un des secrétaires de chacun des comités d'arrondissement.

Art. 5.

Attributions du conseil central.

Le conseil central prononcera seul la nomination et l'exclusion des membres de la Société.

Il décidera toutes les questions d'un ordre général, et ratifiera les décisions des comités d'arrondissement. Aucune décision d'un intérêt commun ne sera définitive avant la sanction du conseil central.

Toutes les fois qu'un membre de la Société sera obligé d'aller en justice, soit pour une affaire d'intérêt professionnel, soit spécialement pour se faire payer des honoraires, il pourra, s'il le désire, avoir le concours du président de la Société, qui se présentera en son lieu et place pour revendiquer ses droits.

Dans le cas où il s'agirait d'exiger le paiement d'une note d'honoraires, celle-ci sera examinée par la commission permanente, qui pourra la modifier ; mais, si elle en reconnaît le bien fondé, elle la remettra au président de la Société qui s'occupera, par l'intermédiaire du conseil judiciaire de la Société, d'en poursuivre le paiement.

Le conseil central se réunira tous les mois ; mais, dans l'intervalle des séances, le président sera assisté par une commission permanente dans toutes les affaires urgentes.

Le Conseil central proposera à la nomination de l'Assemblée générale les personnes qui devront composer le conseil judiciaire. Elles seront nommées pour trois ans, mais leur mandat pourra être renouvelé.

Art. 6.

Conditions d'admission.

Tout membre qui demandera à faire partie de la Société devra jouir d'une réputation d'honorabilité incontestée. Il adressera une demande au conseil central, qui statuera dans le délai d'un mois à partir de la dernière séance.

Art. 7.

Sanctions pénales.

Tout membre qui aura commis un acte regrettable au point de vue professionnel sera entendu par le bureau du conseil central. Il devra se conformer aux avis qui lui seront donnés, ou déposer sa démission.

Tout acte qui portera atteinte à l'honorabilité d'un membre de la Société entraînera son exclusion.

Art. 8.

Publications.

Tous les trois mois la Société publiera, sous forme de bulletin, un compte rendu de ses travaux. Cette publication contiendra la liste complète de ses membres.

Art. 9.

Budget et Caisse.

La Société de déontologie n'a pas de caisse de secours. Son budget sera présenté chaque année à l'approbation de l'Assemblée générale, qui fixera le chiffre de la cotisation destinée à réaliser les ressources nécessaires.

Art. 10.

Aussitôt que le nombre des adhérents le permettra, la Société de déontologie pourra fonder un Cercle médical, où ses membres seuls seront admis.

Il y sera réservé une salle pour une exposition permanente des livres et des instruments nouveaux.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

Tumeur de l'orbite.

Nous avons dans nos salles une jeune femme âgée de trente-trois ans qui nous a été adressée par M. le docteur Galezowski lequel lui avait enlevé, au mois d'octobre dernier, le globe oculaire du côté droit, alors complètement luxé et projeté hors de l'orbite. La vue, d'ailleurs, était perdue et il était manifeste que derrière ce globe oculaire il existait quelque tumeur qui le chassait ainsi en avant, en dehors de la cavité orbitaire.

La malade guérit parfaitement de cette première opération ; mais la tumeur en question ayant continué à se développer, cette femme est venue nous demander de la recevoir dans le service.

L'examen des organes de la vue nous montre l'orbite droit rempli par une tumeur qui fait actuellement saillie entre les deux paupières, qu'elle est parvenue à écarter en les repoussant en avant. Cette tumeur, recouverte d'une membrane rosée, fine, est constituée par plusieurs lobes, dont le plus volumineux et le plus dur, relativement, est le lobe inférieur. Le lobe supérieur, au contraire, est mou. Si avec le doigt on cherche à pénétrer entre la tumeur et les parois de l'orbite, on sent que celle-ci n'a contracté aucune adhérence avec le périoste. D'où nous pouvons conclure tout d'abord qu'il ne s'agit pas ici d'un sarcome périostique.

De plus, la tumeur est très mobile dans la cavité qu'elle occupe; elle est élastique, très peu douloureuse; la pression exercée sur le nerf optique ne détermine aucun phénomène lumineux. Son siège paraît être dans le tissu cellulaire rétro-oculaire au milieu duquel se trouve le nerf optique. S'agirait-il alors de quelque tumeur de ce nerf, de quelque gliôme? Il y a vingt ans environ que cette tumeur existe ou du moins que l'on a commencé à s'en apercevoir, et depuis longtemps déjà la vue de ce côté était perdue lorsque M. Galezowski l'a opérée. Or, si par quelques points nous serions disposé à admettre une tumeur du nerf optique, cependant, d'autre part, l'absence de certains phénomènes nous en éloignerait. Mais un gliôme donne bien au palper la sensation de gelée que nous éprouvons ici. Serait-ce quelque lipome? Cela se pourrait aussi, pourtant nous ne percevons aucun battement dans la tumeur comme dans les lipomes où l'on rencontre souvent un grand nombre de vaisseaux.

Enfin, on observe quelquefois aussi des kystes multiples de l'orbite. A ce propos, je vous citerai le fait curieux d'un jeune curé du département de l'Eure dont l'œil était luxé sur la joue; il consulta Desmarres qui, après avoir pratiqué une ponction, me l'envoya. Je ponctionnai à mon tour ; l'issue d'un peu de liquide m'ayant démontré qu'il s'agissait de kystes multiples, j'intervins par une opération chirurgicale, j'enlevai la tumeur, mais de façon à conserver le globe oculaire que je parvins à remettre ensuite en place en le refoulant dans l'orbite. L'opération, qui remonte maintenant à quinze ans environ, réussit parfaitement, et le malade recouvra une excellente vue.

Serions-nous donc chez notre malade en présence aussi d'une semblable tumeur? Quoi qu'il en soit de sa nature : gliôme, lipome ou kyste multiple, toujours est-il que le sinus frontal et le sinus maxillaire ne sont pas déformés et que la narine est libre. Mais, me direz-vous, si la tumeur est bénigne, pourquoi l'enlever? D'abord, rien ne nous prouve qu'elle ne soit pas maligne. D'ailleurs, un gliôme n'est pas une tumeur bénigne. De plus, celle-ci continue à s'accroître, et son développement progressif pourrait, à un moment donné, déterminer des accidents graves.

Nous allons donc l'opérer en pratiquant d'abord une incision s'étendant de la commissure externe des paupières au bord de l'orbite; puis, après avoir, au moyen de l'écarteur, maintenu séparées l'une de l'autre les paupières supérieure et inférieure, nous ferons une incision semi-lunaire qui nous permettra de pénétrer dans l'orbite pour aller énucléer la tumeur en haut et en bas, passer un fil pour lier le pédicule, s'il en existe, enfin enlever la tumeur. —L'opération a été pratiquée ainsi qu'il avait été dit sans donner lieu à aucun incident particulier ; mais la malade a succombé quelques jours plus tard à des accidents que rien ne nous avait permis de prévoir.

En effet, le jour de l'opération et le lendemain aussi elle avait eu, à plusieurs reprises, des vomissements, vomissements qui n'ont rien d'extraordinaire après l'administration du chloroforme. Le surlendemain, le pansement avait été renouvelé, et nous n'avions rien constaté de particulier. Mais le jour suivant, tout à coup, des phénomènes de méningite se sont déclarés, la température s'est élevée à 39 degrés. Les accidents ont persisté pendant vingt-quatre heures, le thermomètre indiquant 40 degrés, et la malade a succombé.

L'autopsie a été faite et voici ce qu'elle nous a révélé : un myxosarcome du nerf optique se prolongeant dans le chiasma et dans la bandelette optique vers le pédoncule cérébral. La tumeur avait le volume d'une noisette. De plus, on a trouvé dans les membranes qui tapissent le troisième ventricule une substance jaunâtre ressemblant à du pus infiltré; de même dans la partie inférieure du lobe sphénoïdal, on a constaté l'existence d'une plaque de suppu-

ration; enfin il y avait une cuillerée à café de pus dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

Or j'ai dit que le début de la tumeur remontait au moins à une vingtaine d'années, que la malade avait commencé alors à perdre la vue, et que, le mal progressant, l'exophthalmie survenue avait été combattue par l'extirpation du globe oculaire au mois d'octobre dernier; enfin que le néoplasme prenant de jour en jour un développement plus considérable, repoussant les paupières en avant et faisant même saillie à travers leur ouverture, la malade avait vivement réclamé une opération.

C'est dans ces conditions que je l'ai pratiquée, espérant que la malade en éprouverait un véritable bénéfice. Les événements ont trompé notre attente, d'autant plus que rien ne nous faisait supposer l'extension du néoplasme jusque dans le cerveau; sans quoi nous ne fussions certainement pas intervenu chirurgicalement.

J'avoue que j'ai quelque peine à comprendre cet état latent des lésions que l'autopsie seule nous a révélées et qui, du vivant de la malade, ne se sont traduites par aucune manifestation morbide autre que quelques rares douleurs. La présence de cette matière jaunâtre comme du pus n'est pas la conséquence de l'opération, mais elle existait antérieurement. Ce sont ces diverses lésions qui ont préparé l'explosion des accidents méningitiqnes, et notre intervention n'a été que la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Un cas d'occlusion intestinale (1).

II

La malade qui a fait le sujet de notre dernière leçon sur l'occlusion intestinale est entrée actuellement en pleine convalescence.

Vous savez que c'est samedi dernier, il y a aujourd'hui huit jours, qu'elle nous a été amenée à l'hôpital, et qu'après avoir renoncé à l'électricité, nous lui avons prescrit immédiatement la belladone en potion; médicament que nous avons continué jusqu'à mardi. Vous savez qu'à partir de dimanche, elle n'a plus vomi. J'ajoute qu'après les quelques selles qu'elle avait commencé à avoir lundi, sous l'influence du purgatif avec l'huile de ricin, elle a eu jeudi presque une véritable débâcle. Aujourd'hui, l'occlusion intestinale a complètement cessé et le ventre est libre.

Nous avions pensé que cette occlusion, située au commencement du côlon, entre lui et le cæcum, où nous sentions un empâtement douloureux, était le résultat de quelque rétrécissement, de quelque lésion organique. Aujourd'hui l'empâtement et la douleur ont complètement disparu, de telle sorte que sous le rapport de l'origine de l'occlusion, je reste quelque peu incertain et que l'avenir seul pourra faire la lumière sur cette question.

Dans la dernière leçon, je vous ai parlé successivement de la symptomatologie, de l'étiologie, du diagnostic, de la durée et de la marche de l'occlusion intestinale en général; aujourd'hui je vous entretiendrai du traitement.

Les moyens thérapeutiques sont assez nombreux. En première ligne et par excellence, je rangerai les purgatifs. En effet, lorsque nous sommes en présence d'un arrêt au cours des matières fécales, la première pensée est que celles-ci, durcies, accumulées par la constipation, bouchent l'intestin; de là l'indication d'un purgatif pour amener au-dessus de l'obstacle une sécrétion intestinale ainsi que des mouvements péristaltiques de l'intestin, capables de l'évacuer.

Si l'occlusion reconnaît pour cause quelque invagination, quelque bride ou quelque volvulus, on peut espérer également par des contractions dégager l'intestin. Les purgatifs ont donc une indication spéciale. J'ajoute qu'ils doivent être administrés pendant un jour ou deux.

Le choix du purgatif est un peu indifférent. Ainsi quelques médecins recommandent le mélange de 50 centigrammes de calomel et de 1 gramme de jalap, divisé en trois doses. D'autres, et je suis du nombre, préfèrent les purgatifs huileux, qui ont l'avantage de ne pas fatiguer l'intestin qui a déjà de la tendance à s'enflammer sous l'influence des matières accumulées; ainsi 30 grammes d'huile de ricin suffisent souvent pour amener une débâcle. Cependant si, après une première dose, je n'obtiens rien, je donne de nouveau 30 grammes d'huile de ricin auxquels j'ajoute une ou deux gouttes d'huile de croton, drastique très énergique.

On peut aussi employer le sulfate de soude, ainsi que les eaux minérales naturelles purgatives; mais celles-ci n'ont pas une action suffisante. On a conseillé aussi le séné en infusion avec un peu de sulfate de soude ou de magnésie. Le mélange est assez bon, parce que le séné a la propriété de déterminer des contractions de l'intestin.

Mais il arrive assez souvent que les purgatifs, et notamment le séné, ne sont pas supportés, et que les malades les vomissent. Dans ces conditions, il faut ajouter de la glace dans le purgatif et en faire avaler encore quelques morceaux à part. On a également conseillé, en cas de vomissement, les purgatifs en lavement pour déterminer des contractions de l'intestin de bas en haut.

De plus, il est bon, en général, de donner, comme nous l'avons fait ici, deux heures après le purgatif administré par les voies supérieures, un lavement au séné.

Tels sont les moyens à employer au début, mais sans les continuer pendant longtemps; quelquefois, cependant, il est bon aussi d'y revenir trois ou quatre jours après.

Les chirurgiens ont vivement attaqué les purgatifs, prétendant qu'ils augmentent encore l'obstacle, favorisent les vomissements et affaiblissent l'intestin. Pour moi, cette opinion non seulement est fort exagérée, surtout au début de la maladie, alors que le malade a conservé ses forces; mais encore, je considère qu'il y a avantage à employer les purgatifs à cette période de l'occlusion. Il est évident qu'il y a des indications et des contre-indications, telles, par exemple, que la péritonite, l'inflammation de l'intestin, l'affaiblissement des malades, leur intoxication par les matières fécales, etc., etc.

Après les purgatifs, nous avons les moyens mécaniques; ce sont des lavements d'eau émolliente, administrés avec une seringue de cheval, en quantité considérable, de façon, en distendant l'intestin, à favoriser ses contractions. A côté de cela, il y a les douches ascendantes qui agissent de même, surtout si l'obstacle réside dans l'ampoule rectale. Nous avons aussi l'insufflation de l'intestin, faite avec un soufflet assez fort. On a aussi conseillé les eaux gazeuses en lavement, c'est-à-dire l'eau de Seltz, au moyen d'un siphon dont le bec est adapté à une canule.

(1) Fin. — Voir le numéro du 10 décembre 1885.

Tous ces moyens peuvent être bons si l'obstacle, je le répète, est situé assez bas, dans l'ampoule rectale, par exemple, dans l'S iliaque. Il en est de même de l'administration d'eau tiède en lavement trois fois par jour pendant un quart d'heure.

Comme moyen mécanique, ce qui m'a réussi quelquefois, c'est la glace appliquée sur le ventre pour amener des contractions de l'intestin.

Parmi les adjuvants, je vous citerai l'opium pour calmer les douleurs, et très vanté aussi pour vaincre l'obstacle. En effet il peut être bon, si cet obstacle au cours des matières est le résultat d'un spasme. Il est bon aussi contre l'élément douleur, mais je lui préfère le chlorhydrate de morphine en injections sous-cutanées.

Cependant, un médicament bien plus important dans ce cas-là, c'est la belladone. Je vous la recommande vivement à la dose de 10 à 15 centigrammes par jour, car j'en ai obtenu plusieurs fois de très bons résultats. Chez la malade qui est l'occasion de ces deux leçons, j'en ai certainement retiré de très bons effets. Cette femme a été mieux à partir du moment où elle a pris sa première potion belladonée. Mais il faut continuer ce médicament, même après l'amélioration obtenue. C'est ce que nous avons fait ici jusqu'à hier matin.

La belladone m'a aussi donné de très bons résultats, il y a six semaines, en ville, dans un autre cas d'occlusion intestinale avec accidents de péritonite pendant quinze jours.

Pour moi donc, ce médicament est un excellent adjuvant. Les bains sont bons aussi et calment les douleurs. Le chloroforme soulage également les malades. Au moment de la découverte de cet anesthésique, je l'employai chez un jeune homme de quinze ans, atteint d'occlusion intestinale avec coliques atroces, très grande agitation. Je lui fis respirer du chloroforme jusqu'à ce qu'il fût endormi, et au réveil, les spasmes de l'intestin ayant cessé, il eut une abondante garde-robe.

Enfin, je ne dois pas omettre de citer l'électricité qui, chez certains malades, a donné des résultats superbes. Il faut y recourir dès que les purgatifs n'ont, au bout d'un jour ou deux, produit aucun effet, mais à la condition de savoir l'employer.

Dans la statistique de M. Edme Paris, nous ne trouvons que 17 insuccès sur 70 cas. Il faut donc avoir recours à l'électricité, sans trop tarder, c'est-à-dire aussitôt après que les purgatifs et que les lavements gazeux sont restés inutiles.

Enfin, si rien ne réussit, il faut faire intervenir la chirurgie, pratiquer l'entérotomie, créer un anus artificiel, mais sans attendre, bien entendu, que les accidents soient devenus trop graves, sans attendre la cachexie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 décembre 1885. — Présidence de M. Vidal.

COMMUNICATIONS

L'hystérie chez l'homme. — M. **MILLARD** présente un homme atteint d'hémiplégie et d'hémianesthésie du côté gauche, qui ne semblent pas pouvoir être rattachées à une autre cause qu'à l'hystérie.

Influence de la quantité d'eau ingérée sur la nutrition. — M. **DEBOVE**, après avoir rappelé le désaccord qui règne entre les médecins sur ce sujet, les uns prétendant que l'eau engraisse, d'autres qu'elle est sans influence, d'autres enfin qu'elle fait maigrir, désaccord qui s'explique par l'insuffisance des expériences qui ont été faites jusqu'ici, a cherché à résoudre le problème en s'efforçant de satisfaire aux trois conditions suivantes : 1° expérimenter sur l'homme ; 2° soumettre le sujet à une ration d'entretien de longue durée ; 3° doubler et tripler la quantité de liquide ingéré ; 4° examiner le chiffre de l'urée.

Ayant choisi, dans son service, une hystérique hypnotisable et suggestionnable, M. Debove lui suggère l'idée de manger tous les jours, à partir du 6 juillet, 200 grammes de viande, 600 grammes de pain et de boire un litre de tisane. Ce régime est suivi, sous l'influence de la suggestion, pendant un mois ; puis, le mois suivant, la quantité de tisane est portée à 4 litres. Or, pendant ce temps, le poids de la malade n'a pas varié ; le chiffre de l'urée est resté le même. M. Debove en conclut que la quantité d'eau ingérée n'a aucune influence sur l'augmentation ou la diminution du poids.

M. **A. ROBIN** rappelle les expériences qui ont été faites sur ce sujet, il y a trente ans, par un médecin étranger qui a constaté une augmentation de l'urée et du coefficient de la combustion, sous l'influence de grandes quantités d'eau ingérée. Ces expériences ont été faites dans des conditions de certitude qui ne laissent rien à désirer.

M. **DUJARDIN-BEAUMETZ** rappelle les expériences de Schiff sur des estomacs de chiens, qui prouvent que l'eau augmente le pouvoir digestif de l'estomac. Donc, quand on augmente la quantité d'eau dans l'alimentation, on augmente le pouvoir digestif. Beaucoup d'eaux dites digestives n'agissent comme telles que parce que c'est de l'eau.

M. **GUYOT** fait observer que la malade choisie par M. Debove comme sujet d'expérience est une hystérique qui, par cela même, ne se trouve pas dans les conditions normales.

M. **HAYEM** dit que ces questions de nutrition ont été jusqu'ici très mal élucidées. Comme M. Guyot, il pense qu'on peut faire à M. Debove des objections très sérieuses sur le choix de son sujet ; on sait, en effet, que chez les hystériques il existe bien souvent des modifications de la nutrition intime. C'est donc se placer dans de mauvaises conditions que de faire sur elles des expériences.

M. **LABBÉ** fait observer que la question d'heure est des plus importantes dans le rôle que l'eau peut jouer dans l'alimentation. Les malades qui boivent en dehors des repas engraissent et deviennent dyspeptiques. S'ils boivent la même quantité de liquide dans les repas, ils n'éprouvent plus les mêmes inconvénients.

M. **DEBOVE** fait observer que les conditions que présente son hystérique sont au contraire des meilleures pour l'expérimentation, puisque, dans ces conditions seules, on peut obtenir un régime identique pendant trois mois de suite.

Rupture du cœur. — M. **A. ROBIN** lit un travail sur les ruptures du cœur. Elles s'observent généralement, dit-il, sur des personnes d'un âge avancé, atteintes de myocardite scléreuse, souvent sous l'influence d'un effort augmentant le travail du cœur. Mais l'effort n'est généralement ici qu'une cause occasionnelle, les lésions antérieures de myocardite suffisant à les provoquer. Ces myocardites sont silencieuses ou latentes.

M. Robin a constaté deux ruptures sur un même cœur. Elles peuvent se faire de dehors en dedans, c'est-à-dire dans un sens opposé à celui de la circulation. La mort est subite, mais elle est précédée de quelques symptômes constants, tels que des accès douloureux analogues à ceux de l'angine de poitrine, accès laissant un certain engourdissement et ne disparaissant pas complètement comme dans l'angine de poitrine. L'auscultation du cœur ne révèle rien de particulier. M. Robin cite trois exemples tirés de sa pratique.

MUTATIONS

La Société procède aux mutations dans les hôpitaux. (Voyez les Nouvelles.)

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 décembre 1885. — Présidence de M. d'Arsonval.

COMMUNICATIONS

Hypnone. — M. Laborde a fait une série d'expériences avec la substance dont M. Dujardin-Beaumetz a parlé dans une des dernières séances de l'Académie de médecine (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 1045).

L'hypnone en injections sous-cutanées, même à fortes doses (3 grammes), ne produit rien chez le chien. Si on la fait ingérer par l'estomac, l'animal vomit et il n'y a pas encore d'effets physiologiques. Enfin, en injections intra-veineuses, elle produit un sommeil rapide et profond, avec ronflement, avec anesthésie et analgésie (dose, 1 gramme). Dans ces cas, la mort est constante dans un bref délai. A l'autopsie, on trouve des plaques apoplectiformes dans le poumon, une infiltration sanguine rénale, des urines sanglantes dans la vessie, de l'albuminurie.

Sous l'influence de ces injections intra-veineuses, il se fait du côté de la respiration des modifications considérables. Du côté du cœur, on constate un abaissement de la pression, une accélération et une atténuation des pulsations cardiaques. Les injections sous-cutanées déterminent des lésions locales. Instillée dans l'œil, l'hypnone produit une anesthésie de la cornée, mais aussi une conjonctivite des plus intenses qui doit en faire proscrire à jamais l'emploi dans ces cas. M. Dubois a constaté que les malades préalablement soumis à l'hypnone s'endorment et sont anesthésiés beaucoup plus facilement ensuite sous l'influence du chloroforme.

Souvenirs latents. — M. Bernheim (de Nancy) fait une communication sur les souvenirs latents et les suggestions à longue échéance. Il cite un grand nombre d'exemples.

M. Richet rappelle avoir, dès 1873, appelé l'attention sur les souvenirs ignorés réveillés par un souvenir quelconque.

Excitabilité des circonvolutions cérébrales. — M. Dupuy apporte de nouvelles preuves à l'appui de cette opinion qu'il a déjà soutenue de la diffusion des courants électriques par les vaisseaux.

ÉLECTION

M. Remy est élu membre titulaire de la Société.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LX

Eaux de Capbert (aujourd'hui Capvern).

En allant en voiture, de Saint-Gaudens à Bagnères-de-Bigorre, par Montréjean, nous passâmes la nuit au misérable village de Capbert, tout près de l'entrée, dans la vallée d'Aure. Nous y prîmes quelques renseignements sur des eaux minérales qui, d'après le pharmacien du lieu, fonctionnant aussi comme médecin et chirurgien, jouissent d'un grand renom dans toute la contrée pour la guérison des maux d'estomac, des hémorrhoïdes, des obstructions, etc. L'établissement situé à une demi-lieue du village au nord-ouest, dans le fond d'un vallon rétréci et boisé, comprend huit cabinets distincts avec baignoires en marbre ; trois énormes robinets fournissent abondamment l'eau minérale qui sourde de la base de la roche calcaire ; trois ou quatre maisons assez bien construites et destinées à loger les malades, précèdent l'établissement.

Ces eaux, que nous n'avons pas pu soumettre à des réactifs, ne nous ont pas offert au toucher une chaleur sensible ; elles n'avaient pourtant pas la fraîcheur des sources ordinaires : pour l'usage des bains, on les fait chauffer au moyen d'une grande chaudière ; aucune odeur sensible, aucune saveur particulière, sauf peut-être une légère stypticité, transparence parfaite, sans la moindre apparence de matière mucilagineuse. Ces eaux appartenaient autrefois à la commune, le gouvernement impérial s'en empara ; on espère que le gouvernement du roi restituera l'établissement au village. Quoique les bains ne se paient que dix sols, la boisson un sol par personne, les eaux sont cependant affermées pour 3000 francs par an.

L'analyse, avec le seul secours de nos sens, ne nous laissa pas une haute idée de leurs propriétés médicinales, et j'inclinai à penser que leur réputation locale en faisait le principal mérite. Que penser, en effet, des vertus d'une eau qui n'a ni saveur ni odeur ni chaleur ni couleur ? Leur innocuité est sans doute pour beaucoup dans la cause des cures merveilleuses qu'on leur attribue.

Quarante-trois ans après mon impression médicale sur les eaux de Capbert, je dois reconnaître que la station actuelle de Capvern, superbement aménagée tout près de la voie ferrée (Toulouse-Tarbes), a pris le renom du Vichy de notre sud-ouest.

Eaux de Bagnères-de-Bigorre.

Les montagnes si pittoresques qui dominent la jolie ville de Bagnères-de-Bigorre, à l'extrémité de la riche plaine de Tarbes, les vallées délicieuses qui l'avoisinent, l'abondance des eaux limpides qui la traversent, une grande quantité de sources d'eaux minérales, toutes les conditions favorables à la santé et aux plaisirs font de cette ville un des séjours les plus agréables. Dans la saison des eaux, lorsque les temps sont prospères, c'est un petit Paris.

Les établissements thermaux sont extrêmement nombreux ; nous en visitâmes rapidement une vingtaine : 1° bains de *Pinac* (nom du médecin-propriétaire de l'établissement), 25 à 30 degrés, sulfureuse, 6 baignoires, 2 buvettes, l'une de celles-ci est saline, et, dit-on, ferrugineuse ; 2° bains de *Lasserre*, eau ferrugineuse ou saline, 4 baignoires, 2 buvettes (l'une ferrugineuse, l'autre saline), 25 à 32 degrés ; 3° bains de *Mora*, 25 à 40 degrés, 2 baignoires, une buvette, eau saline et chaude ; 4° *Petit bain*, 4 baignoires, une buvette, eau saline et chaude, préconisée contre les coliques, 25 à 39 degrés ; 5° *Jaulas Théas*, 3 baignoires, 2 douches, eau saline et chaude, 26 à 40 degrés ; 6° *Cazaux*, 5 baignoires, 2 douches, une buvette, eau saline et chaude, 25 à 41 degrés ; 7° *Foulon*, 2 baignoires, eau plus onctueuse, 28 degrés ; 8° *Roc de Lane*, 2 baignoires, une douche, un peu sulfureuse, abondance de la *conferva thermalis* dans les tuyaux de conduite, 25 à 30 degrés ; 9° *Dauphin*, établissement du gouvernement, sans porte ni fenêtres, 2 piscines pouvant contenir six à sept malades chacune, eau très chaude ; 10° *Fontaine nouvelle*, 2 baignoires, une douche, 36 degrés, préconisée contre les plaies et ulcères ; 11° la *Reine*, c'est l'établissement le plus élevé de tous, il domine la ville, des promenades l'avoisinent, il appartient à la commune, 2 baignoires, une douche, 26 à 38 degrés ; 12° *Bellevue* ou *hospice*, 8 baignoires, 3 douches, 38 à 40 degrés ; 13° *Salut*, hors ville, au sud-ouest, précédé d'une jolie avenue d'arbres, un des plus fréquentés, 8 baignoires, 2 buvettes, eau ferrugineuse, 24 à 26 degrés ; 14° *Lapeyrie*, 3 baignoires, eau froide, tonique ; 15° *Grand pré*, 4 baignoires, une buvette, 27 à 28 degrés ; 16° *Santé*, c'est le plus propre, le plus élégant, de tous les établissements, 6 baignoires, une buvette appelée *fontaine du Grand prieur*, 25 degrés ; 17° *Versailles*, 4 baignoires, 26 à 29 degrés ; 18° *Lannes*, 4 baignoires, une buvette, 26 à 30 degrés, on dit l'eau purgative ; 19° *Petit prieur*, 2 baignoires, 24 à 29 degrés ; 20° *Darqué*, 3 baignoires, eau presque froide ; 21° *Salies*, en plein air, 41 degrés.

En résumé, dans cette jolie ville thermale, c'est la confusion des sources, chacun préconise la sienne.

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 décembre 1885.

Eaux-Bonnes et Eaux-Chaudes.

De Tarbes, où notre savant compagnon de voyage, M. de P..., nous quitta pour prendre la route de Bordeaux, nous allâmes à Nay, par Pontac, et, après avoir reçu la plus gracieuse hospitalité au chateau des Forges, chez notre ancien préfet, le marquis d'Angosse, nous traversâmes la vallée d'Ossau jusqu'à Laruns, d'où l'on monte au hameau des Eaux-Bonnes.

L'établissement thermal manque totalement de confortable : cinq sources d'eau thermale sulfureuse, *Vieille, d'en bas, Nouvelle, du Bois* ou froide, *d'Ortech ;* eau limpide, onctueuse au toucher, odeur sulfureuse prononcée, saveur peu désagréable : on ne se baigne pas aux Eaux-Bonnes, on ne fait usage de l'eau qu'en boisson. L'inspecteur est M. Darralde père ; préconisées surtout pour les affections des voies respiratoires ; on les transporte en grande quantité.

Nous visitâmes l'établissement des Eaux-Chaudes avec l'inspecteur M. Larivière : on l'appelle le *château de bas*. La source *Rey* a 7 baignoires, 5 douches, 28°,5 ; l'*Esquirette*, 7 baignoires, pas de douche, une buvette, 27 degrés, les baignoires sont en marbre, les cabinets un peu obscurs, l'eau monte de la source pour remplir les baignoires ; la température nous parut un peu plus chaude qu'à Bonnes, la saveur moins sulfhydrique ; la source *Clot* est séparée des précédentes, 2 baignoires, une douche, une buvette, 29 degrés. Au sud du château de bas, sur l'escarpement qui forme l'encaissement du Gave, il y a une source à découvert et peu abondante, connue sous le nom de *Laresec ;* l'eau surgit de deux points différents très rapprochés : l'un est un très petit bassin carré ayant à peine 5 pouces de diamètre ; la température, au toucher, paraît presque froide, 19 degrés. Nous remarquâmes une teinte rosée vers le fond des deux bassins, et des flocons blancs de matière grasse évidemment déposés sur une trame filamenteuse à la coupe (*conferva thermalis*). Nous remarquâmes aussi des bulles gazeuses qui venaient crever à la surface de l'eau de ces bassins ; on croit que ce gaz est de l'acide carbonique.

La source de Laresec surgit du granit.

M. Baudot, propriétaire de maisons, a découvert une nouvelle source sur le même escarpement, plus près du château de bas ; elle paraît assez abondante, 23°,5. La fontaine découverte en 1781, par le médecin-inspecteur Menvielle, hors du hameau, vers la base de la montagne de Goursi, est entourée d'un mur carré et fournit de l'eau sulfureuse froide.

Depuis que j'ai inscrit ces notes d'observation médicale dans mes journaux de 1816 et 1819, les divers établissements thermaux de nos Pyrénées ont acquis des améliorations considérables. Ces eaux minérales ont été l'objet d'analyses multipliées et exactes (celles surtout qu'a pratiquées le professeur Filhol, de Toulouse). La vogue d'aller aux Pyrénées pour y chercher distractions et santé, s'est accrue de toutes les facilités de voyage qu'ont produites les chemins de fer.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 11 décembre dernier, M. Mathias Duval, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris.

M. Prunier, agrégé des écoles supérieures de pharmacie, est nommé professeur de pharmacie chimique à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— Par suite de la mise à la retraite, au 1er janvier prochain, pour limite d'âge, de M. le docteur Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis, les mutations suivantes auront lieu, à cette date, dans le personnel des médecins des hôpitaux de Paris : M. le docteur Balzer passe du Bureau central à l'hôpital de Lourcine ; M. le docteur Roques, de l'hôpital de Lourcine à l'hospice d'Ivry ; M. le docteur Quinquaud, de l'hospice d'Ivry à l'hôpital Saint-Louis.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 novembre 1885, M. le docteur Bar, médecin-accoucheur du Bureau central, est nommé médecin-accoucheur à l'hôpital Tenon.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 décembre 1885, et sur la proposition de l'Académie de médecine, les récompenses suivantes ont été accordées aux médecins des épidémies et aux docteurs en médecine qui se sont distingués par leurs travaux spéciaux sur les épidémies pendant l'année 1884 :

Médailles d'or. — MM. les médecins des épidémies Jablonski (de Poitiers), et Pennetier (de Rouen).

Rappels de médailles d'or. — MM. les médecins des épidémies Pilat (de Lille), Perroud (de Lyon), Mauricet (de Vannes), et Pâris (de Versailles).

Médailles d'argent. — MM. les médecins des épidémies J.-B. Blanc (d'Albertville), Coronat (de Gap), Delacour (de Rennes), Empereur (de Bourg-Saint-Maurice), Lacourtiade (de Blaye), Leclercq (d'Arras), Mantel (de Saint-Omer). — MM. les docteurs Poncet, médecin principal de première classe ; Czernicki, médecin-major de première classe, et Torthe, aide-major de première classe.

Rappels de médailles d'argent. — MM. les médecins des épidémies Barbran (de Rochefort), Descol (d'Hazebrouck), Évrard (de Beauvais), Benoist (de Guingamp), Fichot (de Nevers), Guidoni (de Calvi), Lenoël (d'Amiens), Pujos (d'Auch), Rousseaux (de Vouziers). — MM. les docteurs Amat, médecin-major de première classe, et Villard (de Guéret).

Médailles de bronze. — MM. les médecins des épidémies Bouglé (d'Orléans), Bourée (de Châtillon-sur-Seine), Delbarre (de Cambrai), Denis-Dumont (de Caen), Dion (du Blanc), Dufraigne (de Meaux), Dulac (de Montbrison), de Font-Réaulx (à Saint-Junien), Hugot (de Laon), Raquet (de Paimbœuf), Robin (de Loudéac), Pône (de Pontarlier), Reumaux (de Dunkerque), Véret (de Doullens). MM. les docteurs Chabenat (à La Châtre), et Senut, médecin-major de première classe.

— La première épreuve du concours de l'agrégation (composition écrite) est terminée. La seconde épreuve, qui consiste dans une leçon de trois quarts d'heure après trois heures de préparation, commencera aujourd'hui lundi 14 décembre 1885. Elle sera subie par les vingt-huit candidats restants, — M. le docteur Cuffier s'est retiré du concours, — dans l'ordre suivant, fixé par tirage au sort :

Lundi 14 décembre, MM. Brault et Gaucher; mardi 15, MM. Dreyfus et Ballet; mercredi 16, MM. Grenier et Barth; jeudi 17, MM. Juhel-Rénoy et Letulle; vendredi 18, MM. Sarda et Bourcy; samedi 19, MM. Simon et Lemoine; lundi 21, MM. Netter et Dubreuilh; mardi 22, MM. Boinet et Déjérine; mercredi 23, MM. Lober et Weill; jeudi 24, MM. Brissaud et Brousse; samedi 26, MM. Parisot et Chauffard; lundi 28, MM. Colin et Balzer; mardi 29, MM. Moussous et Chuffard; mercredi 30, MM. de Beurmann et Lannois.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Daga, médecin inspecteur des armées, décédé à Paris, le 10 décembre, à l'âge de soixante ans.

— *Muséum.* — M. le professeur Edmond Perrier ouvrira un cours de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes) le mardi 15 décembre 1885, à deux heures et quart de l'après-midi, dans la galerie de zoologie, et le continuera, à la même heure, les jeudis et mardis de chaque semaine.

Le professeur exposera les traits principaux de l'histoire des zoophytes et des vers ; il insistera plus particulièrement ensuite sur l'histoire des mollusques, qui sera présentée à l'aide des pièces contenues dans la collection du Muséum. Des conférences, réservées aux candidats à l'agrégation et au doctorat inscrits au laboratoire, auront lieu le samedi.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18759.

1

SOLUTION COIRRE (CODEX 1877)

au chlorhydro-phosphate de chaux.

PHTHISIE, ANÉMIES, CACHEXIES, SCROFULES, RACHITISME, INAPPÉTENCE, DYSPEPSIE, ÉTAT NERVEUX, ASSIMILATION INSUFFISANTE, MALADIES DES OS.

Cette préparation, qui jouit depuis longtemps de la faveur du corps médical, est basée sur ce fait, aujourd'hui incontesté, que l'acide chlorhydrique, étant l'acide du suc gastrique, doit être, à tous égards, préféré pour la dissolution du Phosphate de chaux.

On peut résumer ainsi ses avantages :

Préparation rationnelle et éminemment physiologique, puisque le phosphate de chaux pénètre ainsi dans l'économie sous la forme qu'il prend naturellement lorsqu'il est à l'état de phosphate des aliments, — mais avec cette différence qu'il ne distrait rien de l'acide du suc gastrique.

Concentration plus grande du sel.

Acidité insignifiante.

Action eupeptique de la petite quantité d'acide chlorhydrique libre qui existe dans la préparation et dont les effets concourent précisément, par d'autres voies, au même but que le phosphate de chaux.

En outre, action spéciale éminemment favorable du chlorure de calcium qu'elle contient, comme l'ont démontré les docteurs Mercadié et Rabuteau.

Facilité d'administration. — N'ayant aucun goût quand on la mélange avec de l'eau sucrée ou du vin, les malades peuvent en prendre pendant très longtemps, sans en être fatigués comme des sirops.

Enfin, prix infiniment plus réduit, eu égard à la quantité de sel, — ce qui n'est point à dédaigner pour un traitement de longue durée.

Restent les résultats fort nombreux consignés dans tous les journaux de médecine, et qui peuvent se résumer ainsi :

Le chlorhydro-phosphate de chaux favorise l'appétit et la digestion au plus haut degré, et il agit comme reconstituant général avec la plus grande rapidité.

A ce titre, il est donc indiqué dans toutes les circonstances où il y a une dépression de l'économie, les anémies, les cachexies d'origines diverses, l'assimilation insuffisante, les convalescences, la phthisie, la scrofule, le rachitisme.

Il possède en outre une action spéciale dans les maladies des os (fractures, caries, ostéomalacie, mal de Pott, rachitisme), dans la scrofule, la phthisie, l'état nerveux, le développement de l'embryon et de l'enfant. Il est donc indiqué à un double titre dans ces maladies, ainsi que chez la femme enceinte et les enfants en bas âge placés dans de mauvaises conditions hygiéniques.

Une cuillerée à bouche chez les adultes; une cuillerée à café chez les enfants du premier âge; deux cuillerées à café de six à douze ans, au moment des deux principaux repas, dans l'eau sucrée ou coupée de vin.

Prix : 2 fr. 50 le flacon. Dans toutes les ph^ies^.

NOTA. — Se méfier des nombreuses imitations suggérées par le succès toujours croissant de ce produit.

Se méfier également des solutions préparées extemporanément; l'acide chlorhydrique ne dissolvant en quantité suffisante que le phosphate de chaux à l'état naissant, ce qui nécessite des appareils spéciaux.

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

23

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phtisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

22

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée). Dépôt G^ral^ : Ph^ie^ Cie F^g^ Montmartre, Paris.

25

DRAGÉES & ÉLIXIR DU DR RABUTEAU

Lauréat de l'Institut de France.

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les **Dragées** et l'**Élixir** au Protochlorure de Fer du **Dr Rabuteau** régénèrent les globules rouges du sang, avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Sirop du **Dr Rabuteau** destiné aux enfants.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : Chez **Clin & Cie**, 20, rue des Fossés-St-Jacques, Paris, où l'on trouve également les **Capsules** *au Bromure de Camphre* du **Dr Clin.**

91

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

ADH. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

44

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très abondante. — R. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

22

PHTISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

23

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

VIN DE BAYARD A LA PEPTONE PHOSPHATÉE

contient moitié de son poids de viande et 0^gr^,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

66

PANSEMENT ANTISEPTIQUE

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

120

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. VIANDE, ALCOOL, ÉC. D'ORANGES AMÈRES

Phtisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

25

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

53

BROMURE DE CAMPHRE DU DR CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut produire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique*, et « un *hypnotique* des plus efficaces »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.*)

Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 | Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 | Camphre pur.

DÉTAIL : *Dans les Bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

LIQUEUR DE LAPRADE

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

79

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-es-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

133

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales ph^ies^.

30

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen f^rcs^, 16, r. Parc-Royal, Paris, et ph^ies^.

41

CRESSON MAITRE

Suc concentré de cresson, contient naturellement associée et très assimilable une notable quantité d'iode, de fer, et de **phosphates** qui en font un excellent tonique antiscorbutique à administrer aux enfants contre **goître, scrofules, lymphatisme, rachitisme**, etc.; et, aux adultes, comme dépuratif contre les **affections syphilitiques et cutanées.**

Doses : 1 à 3 cuillerées p^r^ jour dans un peu d'eau sucrée ou pure, le matin ou au moment des repas.

Le fl., 3^f^,50, 105, r. de Rennes, Paris, et Ph^ies^.

63

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

Rigollot

110

FER DE QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de médecine.

C'est le Fer *pur* et, de toutes les préparations martiales, celle qui, à poids égal, introduit le plus de fer dans le suc gastrique.

1 à 2 mesures par jour, — ou 2 à 4 dragées.

N. La signature : T. A. QUEVENNE et l'étiquette ronde en *petits caractères de quatre couleurs*, distinguent le VRAI FER QUEVENNE des imitations et contrefaçons impures et inactives.

DÉP. : Ph^ie^ Em. GENEVOIX, 14, rue des Beaux-Arts, Paris, et t^tes^ pharmacies.

T. A. Quevenne

N° 146. — JEUDI 17 DÉCEMBRE 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 17 DÉCEMBRE 1885. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 15 décembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

RAPPORT

M. PROUST, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1885.

PRIX DE 1885

Prix de l'Académie. — Question : *Des corps étrangers dans les articulations.* Ce prix était de la valeur de 1000 francs. — L'Académie accorde le prix à MM. Poulet et Vaillard, professeurs agrégés à l'École du Val-de-Grâce.

Prix Amussat. — Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix Barbier. — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait découvert « des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. » (extrait du testament). Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. Ce prix était de la valeur de 2000 francs. Cinq mémoires ont été présentés au concours. — L'Académie accorde : 1° le prix à M. le docteur Leloir, auteur du travail intitulé: *Études dermatologiques;* 2° une mention honorable à M. le docteur Paul Gibier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, pour ses recherches expérimentales sur la rage.

Prix H. Buignet.— Ce prix, qui est de la valeur de 1500 francs, doit être décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il n'était pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; étaient seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne devait pas être partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs devait être reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pouvait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun. Huit ouvrages ont été adressés pour ce concours. — L'Académie accorde : 1° le prix à M. le docteur Quinquaud, médecin à Paris, auteur du travail ayant pour titre : *Les altérations du sang dans les maladies;* 2° une mention honorable à M. le docteur Redard (de Paris), pour son *Traité de thermométrie médicale.*

Prix Capuron. — Question : *Altérations du placenta; leur influence sur l'état du fœtus. Applications médico-légales.* Ce prix était de la valeur de 1000 francs. Un seul mémoire a concouru. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une récompense de 300 francs à M. le docteur Brégnat, médecin à Fleury-sur-Andelle (Eure), auteur de ce travail.

Prix Civrieux. — Question : *De l'hémichorée et de ses rapports avec les affections cérébrales.* Ce prix était de la valeur de 1000 francs. Un seul mémoire a été présenté au concours. — L'Académie accorde le prix à M. Bidon, chef de clinique à l'École de médecine de Marseille, auteur de ce travail.

Prix Daudet. — Aucun mémoire n'a été adressé pour ce prix.

Prix Desportes. — Ce prix, de la valeur de 1500 francs, devait être décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pouvaient, en outre, être accordées aux auteurs d'ouvrages de même nature. Quinze mémoires ont été présentés au concours. — L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde : 1° une récompense de 500 francs à M. Léon Arduin, pour son mémoire intitulé : *Contribution à l'étude thérapeutique et physiologique de l'antipyrine;* 2° une récompense de 500 francs à M. le docteur Gingeot, pour son travail sur *le traitement rationnel de l'affection furonculeuse;* 3° une récompense de 500 francs à M. Roux, médecin à Paris, pour son *Étude sur deux principes amers (absinthine et colombine)*; 4° une mention honorable à M. Paul Gagny, vétérinaire à Senlis.

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France et de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert chaque année devant l'Académie de médecine.— L'Académie a accordé à M. Omont, attaché à l'hôpital de Versailles en 1883, la somme de 6000 francs, avec mission d'aller étudier les eaux minérales du Caucase.

En 1884, conformément à l'article 8 du règlement, la Compagnie a versé à M. Omont une somme de 1500 francs, et l'a chargé d'observer les malades traités à l'établissement thermal de Dax.

Prix Godard. — Ce prix, de la valeur de 1000 francs, devait être décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe. Six mémoires ont concouru. — Le prix est accordé à M. le docteur Léon Tissier, pour son ouvrage ayant pour titre : *De la castration de la femme en chirurgie.*

Prix de l'hygiène de l'enfance. — Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix Itard. — Ce prix, qui est triennal, devait être accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages pussent subir l'épreuve du temps, il était de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. La valeur de ce prix était de 3000 francs. Six ouvrages ont concouru. — L'Académie accorde un prix de 2500 francs à M. le docteur Lœwenberg (de Paris), pour son ouvrage sur *Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, leur influence sur l'audition, la respiration et la phonation, leur traitement.* Une mention honorable, avec une somme de 500 francs, est ensuite accordée à MM. Despine et Picot, pour leur *Manuel pratique des maladies de l'enfance.*

Prix Laval (1000 francs). — Ce prix devra être décerné chaque

année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine. — L'Académie accorde le prix à M. Babinski, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Fondation Auguste Monbinne. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1 500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. » — Sur les arrérages de cette rente, l'Académie décerne un prix de 2 000 francs à M. Collin, pharmacien à Colombes, pour son *Mémoire sur l'application du microscope à l'étude des sciences médicales* (écorces officinales, fruits et graines, racines et rhizomes).

Prix Oulmont (1 000 francs). — Ce prix sera donné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or), au concours annuel des prix de l'internat. — L'Académie décerne le prix à M. Gilbert, interne à l'hôpital Saint-Louis.

Prix Portal. — Question : *Des causes et de la nature de l'angine de poitrine.* Ce prix était de la valeur de 1 000 francs. Huit mémoires ont concouru. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Liégeois, médecin à Bainville-aux-Saules. Trois mentions honorables sont en outre accordées à : M. le docteur Gellineau (de Blaye); M. le docteur Antony Martinet (de Paris); M. le docteur Gauthier (Gabriel), à Charolles.

Prix Saint-Lager. — L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

Prix Stanski. — Aucun concurrent ne s'est présenté.

Prix Vernois. — Ce prix, qui est unique et annuel, devait être décerné au meilleur travail sur l'hygiène. Il était de la valeur de 800 francs. — L'Académie décerne : 1° le prix à M. Schindler, pour son mémoire sur l'*Alimentation variée dans l'armée;* 2° trois mentions honorables sont accordées : à M. Du Mesnil, pour son *Rapport général sur les travaux de la Commission des logements insalubres;* à M. Miquel, pour son ouvrage sur les *Organismes vivants dans l'atmosphère;* à M. Redard, pour son mémoire sur le *Transport en chemin de fer des blessés et malades militaires.*

Service de l'hygiène de l'enfance. — La somme de 2 000 francs, mise annuellement à la disposition de l'Académie de médecine, par M. le ministre de l'intérieur, est destinée à récompenser les meilleurs mémoires adressés à la Compagnie, sur l'hygiène des enfants du premier âge. — L'Académie accorde : 1° *Médailles d'or*, à M. le docteur Gibert (du Havre), pour l'initiative et le dévouement qu'il a montrés dans l'organisation des dispensaires pour enfants malades; à M. le docteur Sagnier, médecin à la Grand'Combe : *De l'étiologie et de la prophylaxie de la scrofule, Note sur le fonctionnement de la loi Roussel, Deux tableaux-programmes de l'Académie* (1883-1884). — 2° *Médaille de vermeil*, à M. le docteur Foville : *Les dispensaires pour enfants malades.* — 3° *Médailles d'argent*, à M. le docteur Séjournet : Deux mémoires manuscrits : *Des convulsions essentielles chez les enfants du premier âge, De l'influence de l'allaitement naturel dans le traitement des maladies des enfants du premier âge;* à M. Métérié : *Rapport de l'inspecteur des enfants assistés dans le département du Nord pour* 1884; à MM. les docteurs Capelle, à Hermies; Gassot, à Chevilly; Diard, à Moret; Claisse, à Saint-Valérien; Carassus, à Milly; Regnoul, à Villeneuve-la-Guyard, médecins-inspecteurs de la Société protectrice de l'enfance de Paris, pour leurs rapports très détaillés et leur dévouement constant à la cause de la protection de l'enfance. — 4° *Rappel de médaille d'argent*, à M. le docteur Zinnis, professeur de clinique des maladies des enfants à l'Université d'Athènes : *Traité de la diarrhée chronique chez les enfants.* — 5° *Médailles de bronze*, à M. le docteur Sordes (de Tarare) : Manuscrits : *Résultats de la loi Roussel, Statistiques;* à M. Sourd, inspecteur des enfants assistés de la Nièvre : *Rapport pour les années 1883 et 1884.* — 6° *Mention honorable*, à M. le docteur Radou, inspecteur de la protection des enfants : *Notes sur l'hygiène de la première enfance.*

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies pour le service des épidémies de 1884. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 1158.)

Médailles accordées a MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales, pour l'année 1883. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 1134.)

Prix et médailles accordés a MM. les médecins vaccinateurs, pour le service de la vaccine en 1884. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 1110.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1886

(Nous publierons la liste et les conditions de ces prix dans un prochain numéro.)

M. JULES ROCHARD a la parole.

ÉLOGE DE CHASSAIGNAC

I

Messieurs,

Dans toutes les Sociétés savantes, l'honneur de prononcer l'éloge des morts appartient de droit au secrétaire perpétuel et, dans aucune Compagnie, ce devoir n'a été rempli avec plus de conscience et de talent qu'au sein de l'Académie de médecine.

Depuis soixante-cinq ans qu'elle existe, trois orateurs y ont fait entendre leur voix, dans des circonstances solennelles comme celle qui nous réunit aujourd'hui. Les modèles qu'ils nous ont laissés portent, en même temps, le cachet de leur personnalité et celui de leur époque. Ceux de Pariset se distinguent par la recherche du style. La phraséologie fluide et gracieuse de son temps s'y unit à la bienveillance un peu banale qui faisait le fond de son caractère. Ses portraits n'ont pas une tache, on ne voit pas une ombre dans ses tableaux. Ce sont des fleurs de rhétorique répandues à pleines mains sur la mémoire de gens accomplis.

Dubois (d'Amiens) son successeur, appartenait à une tout autre école. Celui-là ne cherchait pas à flatter ses personnages. Partant de ce principe qu'on ne doit aux morts que la vérité, il la leur disait sans déguisement. Ses discours sont remarquables par l'élévation des idées, la profondeur des aperçus et l'énergie du langage; mais ils portent l'empreinte d'un caractère dont l'austérité naturelle était devenue de l'aigreur, sous l'influence de l'âge et des infirmités. Les derniers surtout ne sont pas des panégyriques; ils ressemblent plutôt à des réquisitoires.

M. Jules Béclard, dont il m'est plus difficile de parler parce qu'il est là qui m'écoute, a su se tenir à égale distance de ces deux écueils. Dans ses éloges, l'élégante sobriété du style fait ressortir plus fortement l'originalité de la pensée, et ce qui les distingue par-dessus tout, c'est l'esprit de justice, la parfaite mesure, l'exactitude rigoureuse des appréciations, tempérée cependant par l'aménité de sa nature affable et sympathique.

Je n'ai pas, il est bien inutile de le dire, la prétention de rivaliser avec de pareils maîtres; je tiens seulement à faire acte de bonne volonté et à répondre de mon mieux à la confiance que m'a témoignée notre secrétaire perpétuel en me chargeant du soin de le remplacer pour un jour.

C'est à titre de chirurgien et de compatriote que m'est échu l'honneur de prononcer, devant vous, l'éloge de Chassaignac, et je l'ai accepté avec empressement, heureux de trouver cette occasion de rendre une justice tardive à l'un de nos plus éminents collègues et de montrer, sous son véritable jour, une personnalité trop longtemps méconnue.

Ce fut une existence bien tourmentée en effet que celle que je vais retracer devant vous et, si l'injustice des hommes a contribué, pour une large part, à y faire entrer les déceptions et l'amertume, il faut aussi tenir compte de cette fatalité qui s'attache aux pas des hommes de science, lorsqu'ils s'écartent des sentiers battus pour courir après une idée; de cette loi qui veut que le progrès scientifique soit lui aussi enfanté dans la douleur.

Dans la profession médicale, il y a deux manières d'arriver à la célébrité. La première consiste, tout en marchant dans le

même chemin que les autres, à s'élever au-dessus d'eux par le savoir, l'habileté professionnelle et le talent de l'enseignement. Ceux qui réalisent ces trois conditions sont les privilégiés de l'art de guérir. Ce sont les grands cliniciens dans les salles desquels on se presse, les professeurs dont les cours attirent la foule, les praticiens dont on assiége le cabinet de consultation. Tout leur arrive à souhait : les dignités, les honneurs, la fortune, et, pour peu qu'ils se montrent traitables, ils ont, par surcroît, le respect et l'affection de leurs confrères; mais rien de tout cela ne leur survit. Ils ont tout demandé à la profession médicale et n'ont rien donné à la science en retour. Aussi, leur nom, après avoir surnagé quelque temps au-dessus de l'indifférence des confrères et de l'ingratitude des malades, s'éteint avec la génération qui l'avait acclamé.

Je ne crois pas, Messieurs, qu'il soit nécessaire de vous en citer des exemples.

L'autre voie par laquelle on parvient à sortir de la foule, c'est l'âpre et dur chemin des inventions et des découvertes. Celui-là, personne ne s'y engage de parti pris. Ceux qui l'affrontent y sont poussés par une impulsion irrésistible. Plus exigeants ou plus ambitieux que les autres, ils n'ont pas su se contenter des ressources que leur offrait leur art; ils ont voulu en reculer les limites et alors a commencé pour eux toute une vie de luttes et de déceptions. Ils ont connu, ceux-là, les angoisses de la gestation scientifique, les tentatives avortées, les illusions auxquelles il faut renoncer, les mécomptes de la théorie aux prises avec les applications pratiques. Ils se sont heurtés, leur vie durant, à l'hostilité sourde des confrères et à la méfiance des Sociétés savantes; ils meurent le plus souvent sans avoir vu le triomphe de leur idée, sans avoir pu goûter aux fruits de l'arbre qu'ils avaient planté.

Ceux-là n'ont connu pendant leur vie ni les joies de la célébrité, ni les satisfactions de la fortune; mais l'avenir leur appartient et la postérité les venge. Si, parmi leurs créations, il en est de véritablement utiles, elles leur survivent; elles entrent définitivement dans le domaine de la science, avec le nom de leur auteur, qui désormais ne s'éteindra plus. Et d'ailleurs, en dehors même de cette renommée, le sort de pareils hommes me paraît enviable, parce qu'ils ont pu faire un peu de bien, parce qu'ils ont contribué, par leurs travaux, à diminuer la somme de douleurs que l'humanité doit subir sur la terre et la somme de dangers qu'elle est appelée à y courir.

Telle a été la destinée du collègue dont je vais vous entretenir.

Édouard-Pierre-Marie Chassaignac est né à Nantes le 24 décembre 1804. Son père avait quitté la France tout jeune encore, pour chercher fortune aux Antilles. Marié, une première fois, à la Martinique, il y avait perdu sa femme et ses enfants dans une épidémie de fièvre jaune, et avait épousé en secondes noces une jeune créole de Saint-Domingue, échappée, avec sa mère, au massacre des Européens, lors de l'insurrection de 1793, dans laquelle toute sa famille avait succombé. Cette jeune femme fut la mère de notre collègue. Elle était restée dans sa mémoire comme le modèle de toutes les grâces et de toutes les perfections, et, même au déclin de sa vie, il ne pouvait en évoquer le souvenir sans une émotion profonde.

Cette femme accomplie faisait l'ornement d'un petit cercle, composé de familles créoles échappées aux désastres de nos colonies, et de quelques débris de l'aristocratie nantaise épargnés par la Révolution. Une communauté de sentiments et d'opinions avait rapproché ces derniers représentants d'une société disparue. Leur fortune avait sombré dans le naufrage, mais ils avaient conservé, avec la distinction des manières, le goût de la littérature et des arts. C'est dans ce milieu que fut élevé Chassaignac et qu'il prit l'habitude de la bonne compagnie et des jouissances délicates de l'esprit.

Il n'avait que onze ans quand il perdit cette mère si tendrement aimée. Ce fut le premier chagrin qui traversa son existence. Le coup fut terrible; mais les enfants sont comme les hommes, ils ont besoin d'être trempés dans la douleur pour valoir quelque chose, et Chassaignac sortit transformé de cette épreuve. Ce n'avait été jusqu'alors qu'un écolier paresseux et insouciant, il devint un élève sérieux et travailleur, comme s'il avait voulu consoler la mémoire de sa mère des petits chagrins qu'il lui avait causés, ou comme s'il avait pressenti qu'il lui faudrait désormais marcher seul dans la vie, privé de la tendresse sur laquelle il s'était appuyé jusque-là.

Lorsque vint l'âge de choisir une carrière, il songea d'abord à l'École polytechnique, l'objectif habituel des jeunes intelligences de ce temps-là; mais un vieil ami de la famille, le docteur Süe, comprit que cette imagination ardente s'accommoderait mal du dogmatisme des mathématiques et de la tyrannie du théorème. Il lui prêta un traité d'anatomie et le pria de le lire avant de se décider. Le jeune homme lut le livre par déférence. Bientôt il se passionna pour cette étude, et, peu de temps après, il entrait comme élève à l'Hôtel-Dieu de Nantes, sous la direction du vénérable docteur Fouré.

Il y déploya la même ardeur, y obtint les mêmes succès qu'au collège et sa veuve montre encore, avec un orgueil attendri, un rayon de la bibliothèque qu'il lui a laissée et qui est rempli par les prix remportés par son mari sur les bancs du lycée et sur ceux de l'école.

Après cinq années d'études, il vint à Paris pour y compléter son instruction et pour se faire recevoir docteur-médecin. Il n'avait pas alors l'intention de s'y fixer d'une manière définitive, mais il aspirait avant tout au titre d'interne des hôpitaux. Chacun connaît le prix que les médecins y attachent, et les professeurs les plus renommés, les savants comblés d'honneurs, se font encore une gloire de l'avoir porté. Chassaignac ne put pas obtenir cet avantage. Lorsqu'il se présenta pour se faire inscrire, un règlement venait de paraître, qui fixait à vingt-cinq ans l'âge au delà duquel il n'était plus permis de prétendre à l'internat. Depuis huit jours, il avait dépassé cette limite. Il comprit alors la situation d'infériorité dans laquelle l'absence de ce titre allait le placer par rapport à ses jeunes collègues, et, renonçant à des espérances un instant caressées, privé des ressources matérielles que l'emploi d'interne lui aurait données, il ne songea plus qu'à subir rapidement les examens du doctorat, pour revenir se fixer à Nantes où ses relations de famille lui assuraient une position satisfaisante. Il fut détourné de ce parti par les conseils de Robert, qu'il avait rencontré à l'École pratique.

Robert n'avait que trois ans de plus que lui, mais il était arrivé tout jeune à Paris et s'y était déjà fait une position. Les succès qu'il avait obtenus à la Faculté, ses trois médailles de l'École pratique l'avaient mis en évidence, et classé, dans l'opinion, parmi les hommes d'avenir. Il venait d'ouvrir un cours de médecine opératoire auquel les étudiants étaient accourus. Tout semblait alors lui sourire et sa nature bienveillante et cordiale s'épanouissait dans toute sa bonté. Il réconforta Chassaignac et l'engagea à tenter la fortune à la Faculté. Ce conseil fut suivi et le futur chirurgien de Lariboisière obtint au concours l'emploi d'aide d'anatomie. Cette situation lui ouvrait les portes de l'enseignement et celles de l'École pratique. Il comprit que son avenir était là; il renonça à retourner en Bretagne et se livra tout entier à l'étude de l'anatomie, cette base fondamentale de toutes les connaissances qu'un chirurgien doit posséder.

Il fit de rapides progrès dans cette voie. En quelques années, il fut nommé prosecteur de la Faculté, docteur-médecin et professeur agrégé. Il obtint le grand prix de l'École pratique, devint l'un des membres les plus actifs de la Société anatomique à laquelle il est resté fidèle toute sa vie et qui l'a appelé deux fois à la vice-présidence. Entre temps, il avait traduit la *Névrologie* de Swann et publié ses recherches sur la distribution des nerfs dans les muscles, sur l'anatomie de l'appareil circulatoire, sur la fracture du col du fémur et le mécanisme de la résistance des os.

Il était alors dans le moment le plus brillant de sa carrière et tout le monde le croyait appelé au plus bel avenir; aussi, bien qu'il n'eût encore que trente et un ans, qu'il ne comptât qu'une année de doctorat et quelques mois d'agrégation seulement, personne ne fut surpris de le voir, en 1836, se présenter au concours,

lorsque Cruveilhier échangea sa chaire contre celle d'anatomie pathologique, qu'on venait de créer pour lui, en exécution du testament de Dupuytren. Neuf candidats s'inscrivirent pour disputer cette place (1). Chassaignac se fit remarquer, dès la première épreuve, par la clarté méthodique de son exposition et par le charme de sa parole. Les journaux de médecine se montrèrent tous favorables au jeune et brillant candidat, qui justifia leurs éloges jusqu'à la fin, et les applaudissements de l'auditoire vinrent plus d'une fois lui donner un témoignage de sympathie.

L'issue du concours ne lui fut pourtant pas favorable, la place fut donnée à Breschet. Il en prit promptement son parti. Sa jeunesse et les titres de ses compétiteurs lui rendaient la résignation facile; aussi, dès que la Faculté rouvrit ses portes, il reprit son cours libre à l'École pratique et se prépara à rentrer en lice pour disputer la place de chef des travaux anatomiques, devenue vacante par la nomination de Breschet.

Le concours s'ouvrit le 18 février 1837 et dura six mois. Sur les dix candidats inscrits (2), il n'y en eut que six qui subirent toutes les épreuves. L'intérêt de la lutte se concentra dès le début entre Chassaignac et Blandin; elle resta indécise jusqu'au dernier examen, qui fit pencher la balance en faveur de ce dernier. Le jury, pour dédommager son jeune rival, demanda pour lui une mention honorable et un encouragement de 1,200 francs pour ses préparations, qui étaient réellement remarquables.

Ce double échec n'avait porté aucune atteinte à sa réputation, ni diminué la confiance qu'il inspirait à l'École. Il ne tarda pas à en recevoir une preuve éclatante. Cruveilhier avait publié, quelques années auparavant, son *Traité d'anatomie descriptive*, dont la première édition s'écoulait lentement. Il songeait à en faire paraître une seconde, en la remaniant complètement; mais, en changeant d'enseignement, il avait renoncé aux travaux d'amphithéâtre et il lui fallait un collaborateur capable de se charger de la majeure partie de la besogne. Il fit choix de Chassaignac, qui se mit au travail avec son ardeur habituelle et qui refondit l'ouvrage tout entier (3).

Pendant qu'il menait à bonne fin cette œuvre de longue haleine, la mort de Richerand, survenue le 25 janvier 1840, vint créer un vide dans l'enseignement chirurgical et la chaire de médecine opératoire fut mise au concours à la fin de la même année. Quatorze candidats se présentèrent (4). C'était l'élite de l'école de Dupuytren, les plus brillants de ses élèves qui, parvenus à la maturité de la vie chirurgicale, venaient lutter entre eux pour remplacer un de ses collègues.

Le concours, commencé le 9 novembre 1840, ne se termina que le 25 mars 1841. Chassaignac eut la supériorité dans toutes les épreuves. Les procès-verbaux déposés dans les Archives de la Faculté le constatent. C'est là que j'ai fait, pièces en main, le compte des voix obtenues par chaque candidat à la suite de chaque examen et j'ai reconnu que le total en donne une de plus à Chassaignac qu'à tous les autres et quatre de plus qu'à Blandin, qui fut nommé; car, lorsqu'on en vint au vote définitif, après cinq mois de luttes, d'émotions et d'intrigues, le résultat du scrutin fut à ce point incroyable, inouï, que, sur douze juges, pas un ne donna sa voix, pour la nomination, au candidat qui les avait toutes obtenues dans les scrutins partiels. Il n'eut pas même celle de Cruveilhier, qui lui devait pourtant bien quelque chose. Il est vrai que Chassaignac avait consacré au travail et à la réflexion les cinq mois que d'autres avaient peut-être plus habilement employés; il est vrai que trop fier pour solliciter des suffrages, trop loyal pour admettre que cela fût nécessaire, il s'en était rapporté à la justice de ses juges. C'est un calcul qui l'a plus d'une fois trompé.

(1) Blandin, Bérard, Breschet, Broc, Chassaignac, Lebaudy, Laurent, Michon, Jobert. Ce dernier ne se présenta pas.

(2) Blandin, Broc, Chassaignac, de Lignerolles, Dufresne-Chassaigne, Rigaud, Alphonse Sanson, Robert, Huguier et Halma-Grand.

(3) Cruveilhier a reconnu cette collaboration dans la préface de cette seconde édition, datée du 20 novembre 1842.

(4) Blandin, Bérard, Boyer, Chassaignac, Huguier, Laugier, Lenoir, Malgaigne, Michon, Robert, Sanson, Sédillot, Thierry, Vidal.

Ce coup-là fut terrible. Il avait supporté ses deux premiers échecs sans trop de peine. L'enseignement de l'anatomie est une impasse. Nous ne sommes plus au temps des Ruysch et des Vesale; les sciences sans application pratique ne procurent ni la grande renommée, ni la grande fortune. Il n'en est pas de même des chaires de chirurgie. Avec celle de médecine opératoire, c'était tout son avenir qui lui échappait et c'était à Blandin que tout cela allait échoir. Il fallait une trempe de caractère solide pour tomber ainsi, sans défaillir, du haut de ses espérances. Chassaignac ne fit pas entendre une plainte. Il se replia sur lui-même et se recueillit. Il était jeune encore et avait le temps de réparer son échec. Dix mois après, il entrait de nouveau dans la lice, pour disputer une seconde fois la place de chef des travaux anatomiques que la nomination de Blandin rendait de nouveau vacante. Il avait pour compétiteurs Lenoir, Huguier et Denonvilliers. Ce fut ce dernier qui l'emporta. Il fut nommé le 27 janvier 1842.

Depuis cinq mois déjà, la chaire clinique chirurgicale était vacante par suite de la mort de Sanson. Elle fut mise au concours le 17 mars. Les mêmes candidats se présentèrent, à quelques abstentions près, mais les chances n'étaient déjà plus les mêmes. Auguste Bérard avait pris sur ses rivaux une avance considérable; il fut nommé à une grande majorité au premier tour de scrutin et Chassaignac éprouva une déception de plus.

Je craindrais, Messieurs, de fatiguer votre attention et de vous faire éprouver une impression pénible, si je continuais à le suivre dans cette voie douloureuse qu'il a parcourue pendant neuf ans encore, à partir du moment où je viens de le laisser.

L'idée de faire tomber les tumeurs, en serrant fortement leur pédicule à l'aide d'un lien, s'est présentée de très bonne heure à l'esprit des chirurgiens, et ils l'ont accueillie avec d'autant plus d'empressement que la crainte des hémorrhagies les rendait plus timides dans l'emploi de l'instrument tranchant. Les ligatures en masse et par transfixion étaient en usage du temps de Celse. La ligature des polypes était une pratique usuelle au XVIe siècle. Perfectionnée par Levret, par Desault, cette méthode fut rajeunie par Mathias Mayor lorsqu'il imagina sa *ligature à tourniquet* ou *serre-nœud à boule*, qui permettait de graduer la constriction. Nous avons eu le serre-nœud de Græfe, amplifié plus tard par Maisonneuve, les ligatures de Manec, de Vidal (de Cassis), de Rigal (de Gaillac), etc., etc.; mais tous ces procédés reposaient sur le même principe et produisaient le même résultat final : la division lente et progressive des tissus embrassés par le lien constricteur. Or, la section opérée de cette manière est précédée par la gangrène de la tumeur, et la masse putréfiée reste jusqu'à sa séparation complète au fond de la cavité qui la recèle, avec tous les dangers qu'entraîne un pareil séjour, tandis que l'écraseur linéaire l'enlève en une seule séance et sans l'altérer. De plus, il a une façon d'agir qui n'est qu'à lui et qui diffère essentiellement de celle des serre-nœuds et des constricteurs de toute sorte, y compris ceux de Maisonneuve. Ces instruments n'agissent en effet que par constriction circulaire, tandis que celui de Chassaignac divise les tissus en les sciant et en les écrasant tout à la fois, grâce au mouvement de va-et-vient que le mécanisme à double crémaillère imprime à la chaîne articulée.

En laissant de côté cette modification ingénieuse, mais peu pratique, et à laquelle il n'a pas été donné suite, l'écrasement linéaire nous reste comme une méthode nouvelle. Il en a tous les caractères, et cette méthode est bien la propriété de Chassaignac. Tout ce qu'on a pu faire depuis pour la modifier n'a conduit, comme l'a dit Broca, qu'à une détérioration et non à un perfectionnement (1). Je vais tâcher de le prouver.

La nouvelle méthode fut accueillie d'abord avec une certaine défiance. Elle avait quelque chose d'excentrique, de brutal, au moins en apparence, et les chirurgiens n'étaient pas encore habitués à violenter ainsi les tissus vivants. Il faut bien reconnaître aussi que l'extension un peu abusive qui lui fut donnée dès le début par son auteur était de nature à la discréditer.

(1) Broca, *Traité des tumeurs*, 1868, t. I, p. 526.

Au lieu de se borner à se servir de l'écraseur pour diviser les parties très vasculaires, ou profondément situées, il entreprit de le substituer complètement à l'instrument tranchant, et il en vint à l'employer pour pratiquer la taille, la circoncision, l'incision de la fistule anale et jusqu'à l'amputation des membres. Lorsque, en 1869, Bardinet (de Limoges) vint lire à l'Académie de médecine une observation d'amputation de la jambe, pratiquée à l'aide de l'écraseur, il apprit, avec quelque étonnement, qu'il avait été devancé par l'inventeur lui-même et que Chassaignac avait eu plusieurs fois recours à son instrument favori pour amputer la cuisse.

De pareilles exagérations devaient nuire au succès de la méthode et, si l'on tient compte en même temps de la malveillance instinctive dont les gens qui n'inventent rien sont animés à l'égard de ceux qui découvrent quelque chose, on ne sera pas surpris qu'elle n'ait pas été appréciée, comme elle le méritait, du vivant de son auteur. Cependant le *Traité de l'écrasement linéaire* fut couronné par l'Institut en 1863 et deux ans après, l'Académie de médecine lui décerna le prix Barbier, sans que son auteur eût fait acte de candidature. Depuis cette époque, le temps a fait justice des préventions comme des rivalités, et la méthode de Chassaignac a pris, en chirurgie, la place qui lui revenait. Son application est sans doute beaucoup plus limitée qu'il ne le pensait, mais elle a ses indications spéciales pour lesquelles aucune autre ne peut la remplacer. Ces indications, hâtons-nous de le dire, se rapportent plutôt à l'hémorrhagie qu'à l'infection purulente. L'écraseur est resté un instrument hémostatique et c'est dans ce but que son auteur l'avait primitivement imaginé. Les méthodes oblitérantes, du reste, ont perdu toute leur importance depuis que nous sommes en possession de moyens plus sûrs et d'un emploi plus facile pour mettre les opérés à l'abri des accidents consécutifs des plaies. Tout le monde sait, en effet, que les pansements antiseptiques en ont eu raison et que la chirurgie contemporaine a résolu maintenant les deux grands problèmes devant lesquels avaient échoué les siècles précédents. Elle a supprimé la douleur dans les opérations et diminué les dangers qu'elles font courir dans des proportions telles que toutes les hardiesses sont aujourd'hui légitimes, et qu'on se sent même disposé à pardonner quelques témérités.

Je n'ai pas à faire ici l'histoire des moyens à l'aide desquels ce résultat a été obtenu; mais je dois signaler la part que Chassaignac y a prise. Le pansement de Lister, que presque tous les chirurgiens ont adopté, auquel revient la plus grande partie des succès qu'on obtient aujourd'hui à la suite des opérations; ce pansement, dis-je, compte parmi ses éléments essentiels, et Lister a été le premier à reconnaître une des créations de notre compatriote : le drainage chirurgical.

Chassaignac avait un rare bonheur d'expression. Il excellait à trouver le mot propre, la dénomination pittoresque qui se grave dans la mémoire et qui n'en sort plus. Celle de *drainage*, avec son étymologie anglaise, est un de ses plus heureux néologismes. On sait que cette méthode consiste à faire passer, à travers les tissus vivants, des tubes en caoutchouc, percés de trous, afin de procurer aux liquides pathologiques un écoulement constant et facile, de même qu'en agriculture on traverse les terrains marécageux avec des conduites en poterie pour en faire écouler les eaux. Cette fois encore, il ne s'agissait pas d'une idée nouvelle, et l'auteur a été le premier à le reconnaître, avec sa loyauté habituelle. D'autres avaient, avant lui, plongé, dans les foyers purulents, des canules de formes diverses, mais le moyen ne s'était pas répandu. Pour faire accepter, pour généraliser la méthode, il fallut l'heureuse inspiration de recourir à ces tubes, si souples et si élastiques, qui peuvent s'appliquer à toutes les régions de l'économie et séjourner indéfiniment dans les tissus, sans y causer de désordre. D'ailleurs, c'est amoindrir la découverte de Chassaignac, que de vouloir la réduire à l'emploi de ces tubes. « Ce qui m'appartient, dit-il avec raison, c'est la conception du plus vaste système de canalisation qui ait jamais été appliqué aux affections purulentes de l'homme, avec indication précise et détaillée du mode d'application, suivant chaque région et presque dans chaque cas particulier (1). » Plus tard, il étendit l'usage de ses drains à toutes les collections de liquides sans exception; mais l'une des applications les plus importantes de sa méthode, le *drainage préventif*, lui échappa. On ne comprend pas comment cet esprit si éminemment généralisateur et si disposé à élargir le domaine de ses créations, n'a pas eu l'idée d'appliquer celle-là à la pratique des opérations sanglantes. Ce sont deux chirurgiens de la marine, Jules Roux et Arlaud, qui ont eu cette inspiration en 1859 (2). Tout le monde les a imités et, depuis lors, le drainage est devenu l'élément indispensable du pansement antiseptique, la condition *sine qua non* de la réunion par première intention, et l'auxiliaire obligé de toutes les opérations qui se pratiquent sur les grandes cavités et dans lesquelles il s'agit d'assurer l'évacuation permanente des collections de liquide qui s'y forment.

De tous les services que Chassaignac a rendus à l'art de guérir, c'est, à mon avis, celui qui mérite le premier rang. Ce n'est pas une raison pour oublier les autres. Ces cuirasses en sparadrap étaient un premier pas fait dans la voie des pansements par occlusion (3). C'était la première ébauche de l'idée si heureusement réalisée depuis par M. Alphonse Guérin. Le procédé de trachéotomie en un seul temps qu'il exécutait d'une façon si brillante; ceux qu'il avait imaginés pour l'extirpation des polypes pharyngiens, pour l'ablation simultanée des deux amygdales; le principe de l'incision unique dans les résections et de la fragmentation préalable des extrémités osseuses pour favoriser leur extraction successive, sont autant d'idées ingénieuses, dont quelques-unes sont entrées dans la pratique et qui portent toutes l'empreinte de cet esprit si original et si fertile en ressources.

Ses travaux ne se sont pas bornés à la médecine opératoire; il n'est pas de branche de l'art de guérir sur laquelle son activité ne se soit portée; mais les sujets qu'il a traités de la façon la plus magistrale, sont ceux qui concernent les maladies des os et la suppuration. Ses études sur l'anatomie pathologique du phlegmon diffus, son admirable histoire des abcès sous-périostiques et de l'ostéomyélite, resteront comme des modèles d'observation et d'analyse.

Il est peu de chirurgiens qui aient autant écrit. Le catalogue de ses ouvrages, dressé à l'occasion de ses dernières candidatures à l'Académie de médecine, ne comprend pas moins de 800 articles, parmi lesquels figurent des ouvrages de longue haleine comme les *Traités de l'écrasement linéaire, de la suppuration et du drainage*, comme son *Traité des opérations chirurgicales* et sa *Clinique de l'hôpital Lariboisière*, sans parler de la *Traduction des œuvres chirurgicales* d'Astley Cooper, qu'il a faite de concert avec M. Richelot et qu'il a enrichie de notes fort étendues.

Tous ces ouvrages se font remarquer par l'abondance et l'originalité des idées. On y voit le reflet d'une imagination toujours en éveil, habile à saisir la vérité et parfois même à l'embellir.

Chassaignac n'était pas seulement l'inventeur et l'écrivain que je viens de vous dépeindre, c'était de plus un professeur émérite. Il avait le goût et le talent de l'enseignement. Quelques-uns d'entre vous peuvent se rappeler ses cours libres de l'École pratique. Je me souviens, pour ma part, d'avoir assisté à ses leçons d'anatomie en 1844, lorsqu'il remplaçait Breschet à la Faculté, et j'ai encore devant les yeux cette figure intelligente et énergique, ce sourire spirituel, ce front large et puissant que couronnait une abondante chevelure noire. Je crois entendre encore cette voix bien timbrée, cette diction limpide et précise, comme la science qu'il enseignait; mais c'est surtout à Lariboisière que ses leçons attiraient la foule. C'est là qu'il se trouvait sur son véritable terrain, qu'il développait devant un public de choix, ses conceptions

(1) Chassaignac, *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical.* Paris, 1859, t. I, préface, p. 3.

(2) *Gazette des hôpitaux*, n° du 18 juin 1861, p. 282.

(3) *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 21 mai 1878, n° 21, p. 525.

favorites, et qu'il appliquait ses procédés sous les yeux des visiteurs, avec cette habileté de mise en scène qui n'appartenait qu'à lui.

Tous les lundis, armé de ses instruments spéciaux, suivi de ses élèves et des infirmiers, portant ses appareils, il pratiquait des séries d'opérations analogues avec une ardeur et un entrain qu'il puisait dans son enthousiasme pour ses procédés. Il en était à ce point épris qu'il aurait voulu y faire entrer la chirurgie tout entière. Cette optique particulière aux hommes qui ont imaginé quelque chose, l'a souvent conduit à des applications abusives ; mais, pour s'en étonner, il faudrait ne pas connaître les inventeurs. S'ils n'avaient pas pour leurs œuvres cette passion aveugle, exclusive, ils ne parviendraient jamais à les conduire à bonne fin. Avant d'éclore, une idée s'est offerte bien des fois à l'esprit des hommes. Les uns lui jettent un regard distrait et passent leur chemin ; les autres s'arrêtent, la caressent un instant, puis l'abandonnent, découragés par les efforts qu'il faudrait faire pour la réaliser, et l'idée demeure stérile, jusqu'au jour où quelqu'un de ces enthousiastes, dont je parlais tout à l'heure, venant à la rencontrer sur sa route, l'épouse et la féconde en dépit des difficultés qu'il lui faut vaincre et des obstacles qu'il lui faut surmonter.

Je ne sais si c'est un effet de ce mirage qui élève et embellit les choses du passé aux yeux des gens qui ont longtemps vécu ; mais il me semble que les combattants de ces luttes mémorables en sortaient grandis et comme sacrés par l'opinion publique, après avoir fait leurs preuves au grand jour et devant tous. Il me semble que le titre de professeur avait alors un relief et un éclat qu'il n'a plus aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit, l'abolition du concours fut pour Chassaignac une véritable délivrance. Débarrassé de cette obsession, il put donner suite à des projets depuis longtemps caressés et poursuivre des idées qu'il avait été obligé de négliger jusque-là. C'est de cette époque que datent ses travaux les plus importants, ses créations les plus originales ; c'est dans la seconde moitié de sa carrière qu'il a fait connaître les méthodes ingénieuses auxquelles il doit le rang si distingué qu'il occupe dans l'histoire de la chirurgie contemporaine. Pour en comprendre l'importance et en apprécier le caractère, il faut se reporter au temps qui les a vues naître. Pour que je puisse exposer devant vous l'œuvre de Chassaignac, que j'ai jusqu'ici laissée dans l'ombre, pour ne pas interrompre le récit plus émouvant de son existence de candidat, il faut que vous me permettiez de revenir sur mes pas et de reprendre mon jeune compatriote au moment où il arrivait à Paris avec ses illusions et ses vingt-cinq ans.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences a, dans sa séance de lundi dernier, voté une mention honorable de 1 500 francs (concours du prix Bréant), pour ses recherches sur l'épidémie cholérique dans les hôpitaux de Paris en 1884, à notre collaborateur et ami M. Émile Rivière, déjà lauréat de l'Institut au mois de février dernier, pour ses travaux d'anthropologie et de paléontologie.

— Le concours pour l'internat en médecine dans les asiles d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne, Ville-Évrard, Vaucluse, Villejuif, Infirmerie spéciale près le dépôt de la préfecture et Maison nationale de Charenton) vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires, MM. Baudouin, Jondeau, Journiac, Klein et Barthomeuf ;

Internes provisoires, MM. Arnaud, Landrieu, Houeix de La Brousse, Paterne et Fournier.

— Par décret, en date du 12 décembre 1885, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Gouvernement militaire de Paris. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* M. Chabry, médecin aide-major de deuxième classe.

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* M. Briand, médecin aide-major de deuxième classe, médecin-chef de l'asile d'aliénés de Villejuif.

2e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* M. Lenoël, médecin aide-major de deuxième classe.

3e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* MM. Tourneux, médecin aide-major de première classe, médecin-chef à l'Hôtel-Dieu de Rouen; Gosselin, médecin aide-major de deuxième classe, professeur suppléant à l'École de médecine de Caen ;

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Gros-Fillay et Vallon.

4e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* M. Richet, médecin aide-major de deuxième classe, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ;

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Parenteau, Chassaing et Dhomont.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* MM. Rohmer, médecin aide-major de deuxième classe, professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine de Nancy ;

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Janin et Schving.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* M. Bailly, médecin aide-major de deuxième classe.

8e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* M. Masson, médecin aide-major de deuxième classe, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon ;

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Moineau et Jobard.

9e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Petiau, Bruneau, Gambier et Ackermann.

10e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Geoffroy, Le Rolland et Herrmann ;

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : M. Girard, pharmacien aide-major de deuxième classe.

13e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Riol, Porte, Gidon, Sabaterie et Roux.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Cogniard et Benoît-Gonin.

16e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bascoul, Pujade et Balestrié ;

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : M. Massol, pharmacien aide-major de deuxième classe, professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

18e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Poumier, Burg, Abadie, Darlan, Roux (Antoine), Laurent et Dufau;

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : M. Hazéra, pharmacien aide-major de deuxième classe.

19e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Vazeille et Piérin.

— Notre vénéré confrère, le professeur Stoltz, l'éminent doyen honoraire de l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg et de la Faculté de Nancy, vient de célébrer à Andlau (Alsace), où il s'est retiré depuis quelques années, le 82e anniversaire de sa naissance. Il a reçu de toutes parts de nombreuses félicitations.

— L'Académie royale de médecine de Belgique vient d'élire comme président M. Warlomont, et comme vice-président M. Gallez.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18774.

97

AVIS A MM. LES MÉDECINS

L'ELIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ (*amers et ferments digestifs*) qui a donné de si emarquables résultats cliniques (expériences de MM. Archambault, Bouchut, Gubler, Frémy, Huchard, etc. etc.), constitue le traitement le plus rationnel et le plus efficace des *dyspepsies*, de l'*anorexie*, des *vomissements de la grossesse* et des *troubles gastro-intestinaux des enfants*. Cette préparation, dont le goût agréable facilite singulièrement l'emploi, contient 50 centigrammes de pepsine par cuillerée; les doses sont: pour les adultes, 1 verre à liqueur pour chaque repas, et pour les enfants, 1 à 2 cuillerées à dessert. — Envoi franco d'échantillons par colis postal. Phie Grez, 34, rue La Bruyère, Paris, et phies.

91

PERLES D'HYPNONE DU Dr CLERTAN

10c par perle. Dose : 2 à 3 pour un adulte.

(*Procédé approuvé par l'Acad. de méd. de Paris.*)

L'**Hypnone** détermine un sommeil profond : il résulte des expériences faites dans les hôpitaux de Paris qu'elle ne présente aucun des inconvénients des préparations opiacées et qu'elle est parfaitement tolérée.

Fabrication et gros : Maison L. FRERE, 19, rue Jacob, Paris.

33

QUASSINE ADRIAN

Dragées de quassine **amorphe** à 25 milligr.
Granules de quassine **cristallisée** à 2 milligr.

SULFURINE DU Dr LANGLEBERT

Bain sulfureux sans odeur.

N'ALTÉRANT PAS LES MÉTAUX.

VÉSICATOIRE LIQUIDE BIDET

Effet certain. — Application facile.

PAS D'ACCIDENTS CANTHARIDIENS

HÉMOGLOBINE SOLUBLE

De Vr DESCHIENS.

Principe ferrugineux naturel ne causant ni constipation ni maux d'estomac.

Dragées. — Sirop. — Vin.

CAPSULES BRUEL

Éther amylvaliéranique.

Coliques hépatiques, néphrétiques, utérines.

Spécifique des maladies nerveuses.

POUDRES ALIMENTAIRES ADRIAN

Les poudres de viande Adrian ne renferment jamais de viande de cheval.

CAPSULES D'HYPNONE ADRIAN

à 5 centigrammes de médicament.

L'HYPNONE a les propriétés HYPNOTIQUES supérieures à celles du chloral et de la paraldéhyde. Dose : 0,15 à 0,20 par jour.

Gros : Société française, 11, r. de la Perle, Paris. **Échantillons franco aux médecins.**

15

CHLORO-ANÉMIE, NERVOSISME, ETC.

Gouttes concentrées de

PEPTONATE DE FER ROBIN

(*15 à 20 gttes par repas ou 0,05cg fer assimilable.*)
Gros : TROUETTE-PERRET, 165, r. St-Antoine, Paris.

7

DRAGÉES MEYNET

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

1

TAFFETAS BERTHAULT

Pour le traitement externe des *eczémas* et les *pansements chirurgicaux en général.*

Souple, adhésif, transparent, imperméable et élastique, il est absolument *neutre*. Sa transparence parfaite permet la surveillance constante d'une plaie.

Ces qualités le rendent supérieur aux taffetas gommés, silk protective, feuilles minces de caoutchouc, de gutta-percha et autres tissus destinés à recouvrir les surfaces dénudées.

LE PERDRIEL, 11, rue Milton, et pharmacies.

7

BAINS D'EAUX-MÈRES

De Salies-de-Béarn (*Basses-Pyrénées*).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurée, et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.
Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.
Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

39

PASTILLES GÉRAUDEL

Agissant par inhalation et par absorption contre les **Maladies des Voies respiratoires** *Seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par l'approbation du Conseil médical de l'Empire.*

Médaille d'Or, Paris 1885

Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron, qu'il transporte directement sur le siège du mal. C'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité.

L'étui : **1 fr. 50** dans toutes les pharmacies.
GÉRAUDEL, ph. à Sainte-Menehould (Marne).
Envoi gratuit sur demande Boîtes d'échantillons à MM. les Médec. qui désireraient les expérimenter.

30

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

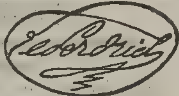
Christen frès, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

9

LA TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

(VESICATOIRE ROUGE)

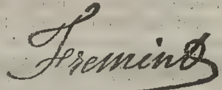
est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée, un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. Exiger la couleur rouge et la division centésimale noire (propriété de l'auteur), ainsi que la signature.



38

PILULES DE QUASSINE FRÉMINT

cont. chacune 0,02 de quassine amorphe pure, TONIQUE, AMER, SIALAGOGUE, APÉRITIF, DIURÉTIQUE,
Très efficace contre *anorexie, dyspepsie, coliques hépatiques et néphrétiques, cystites*; dose : de 2 à 6 par jour, avant les repas. Le flac., 3 fr. 18, rue d'Assas, Paris, et les Phies.



71

QUINOIDINE-DURIEZ

10 CENTIGR. QUINOIDINE PAR DRAGÉE.

Mêmes indications que pour le quinquina.
Très efficace contre les récidives des fièvres intermittentes. Paris, 20, pl. des Vosges.

46

POUGUES

EAU MINÉRALE ALCALINE GAZEUSE RECONSTITUANTE

Gastralgies. — Dyspepsies. — Gravelles. Anémies. — Chloroses. — Convalescences.

39

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : Clin & Cie, 14, RUE RACINE, PARIS
DÉTAIL : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

13

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La Solution du Docteur Clin, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.
0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*
GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

69

SIROP DE T. GRAS

au phosphate de chaux gélatineux.

Ce sirop n'est pas acide, ne fatigue pas l'estomac. Il est très assimilable.
Une cuillerée à soupe contient 3 gr. de phosphate.
Puissant reconstituant adopté par les médecins des hôpitaux spéciaux.
Phthisie, Bronchites, Epuisement, Maladies des os.
Phie T. GRAS, 9, r. Le Peletier, Paris, et Phies.

49

La Direction de la Source amère purgative *de*

FRANÇOIS-JOSEPH

A BUDAPEST

*a l'honneur de soumettre à MM. les Médecins l'*ANALYSE COMPARATIVE CI-DESSOUS, *en les priant de prescrire comme essai, s'ils ne l'ont déjà fait, cette eau, qui se trouve chez les Pharmaciens et Marchands d'Eaux minérales, sous le nom de* FRANÇOIS-JOSEPH.

Par litre.	Sulf. de magnésie.	Sulf. de soude.
FRANÇOIS-JOSEPH . . .	21gr,60	20gr,70
HUNYADI-JANOS . . .	16gr,01	15gr,91

Paris, 16 mai 1878. Eug. BOUTMY.

46

QUINA ANTIDIABÉTIQUE ROCHER

A base de glycérine redistillée et chimiqt pure. Calme immédiatement la soif, tonifie et reconstitue. Fl. : 3f,50. — Echant. gratis à MM. les médecins. Pharmacie ROCHER, 1, rue Perrée, Paris.

13

PEPTO-FER DU Dr JAILLET

Ancien chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris.

Le plus assimilable des fers combiné à la peptone H. Schaffner, 4, faubg Poissonnière, Paris.

177

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

OREZZA,

EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

La plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,
et toutes les maladies provenant de
L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 15 décembre 1885. — Présidence de M. BERGERON.

ÉLOGE DE CHASSAIGNAC (1)

II

C'était en 1829, Dupuytren était alors dans tout l'éclat de sa gloire. La chirurgie française ne connaissait pas de rivale, et le grand homme qui la personnifiait n'avait plus que des admirateurs. On accourait de toutes les parties du monde pour assister à ses cliniques; tous les chirurgiens français le reconnaissaient pour leur maître et marchaient dans son ombre en faisant escorte à son immense renommée.

En dehors de cette phalange docile se distinguaient à peine de rares détracteurs inspirés par l'envie, et quelques jeunes impatients qui étaient sortis des rangs pour aller battre l'estrade dans le champ vierge encore des spécialités chirurgicales. Ceux-là se livraient de véritables batailles sur le terrain de la lithotritie et se disputaient la découverte d'une pince ou la propriété d'un écrou avec un acharnement et une violence qui nous font sourire aujourd'hui. Chassaignac, bien qu'en s'adonnant plus particulièrement à l'anatomie, s'enrôla comme tout le monde sous la bannière de Dupuytren.

Quand cette grande personnalité disparut du monde chirurgical, aucun de ses contemporains n'était de taille à prendre en main la direction de l'École. P.-J. Roux n'avait ni la portée scientifique, ni les qualités personnelles qu'un pareil rôle aurait exigées. Son habileté manuelle ne pouvait pas compenser ce qui lui manquait comme professeur et comme clinicien. Ce ne fut pas sans peine qu'il se fit accepter à l'Hôtel-Dieu. Richerand, malgré son ambition démesurée, n'avait pas pu parvenir à se faire un nom en chirurgie, et vivait de son passé dans l'amertume de ses espérances trompées. Marjolin, satisfait de sa clientèle et de sa fortune, ne demandait qu'à en jouir en paix au sein de sa famille, loin de l'agitation et du bruit. Lisfranc voyait le vide se faire autour de lui, et son auditoire, de plus en plus restreint, ne répondait plus que par le silence à ses diatribes et à ses lazzis surannés. Sanson s'était tenu jusque-là digne et fier dans l'ombre de son illustre maître, et ne songeait pas à en sortir. Cloquet, enfin, était arrivé au comble de ses vœux. Riche, entouré de relations intelligentes et artistiques, il n'aspirait qu'à laisser de côté la pratique de la chirurgie pour se consacrer tout entier à ses études scientifiques La jeune génération, celle à laquelle appartenait Chassaignac, avait été trop longtemps comprimée par l'autorité despotique du Maître pour qu'il pût tout à coup en sortir un chef d'école ; aussi la chirurgie française subit-elle, à la mort de Dupuytren, une sorte d'effacement qui se prolongea pendant quelques années. Cette période ne fut cependant pas stérile, et, si la pléiade d'hommes de savoir et de talent que nous avons vus se disputer dans les concours les places de professeurs à la Faculté, ne s'est pas signalée par de grandes découvertes, elle a complété l'œuvre de son maître en donnant à la chirurgie française le caractère scientifique et les bases solides sur lesquelles elle repose encore aujourd'hui. C'est à cette époque que nous devons la précision dans le diagnostic et la sagesse de l'intervention qui caractérisent notre pratique, hardie lorsqu'elle se sent suffisamment éclairée, mais toujours ennemie des excentricités et des aventures.

Ce calme durait depuis douze ans, lorsqu'il survint un de ces événements qui font époque dans l'histoire des sciences. On apprit tout à coup en Europe que les Américains venaient de trouver le moyen de supprimer la douleur dans les opérations. Cette nouvelle fut accueillie d'abord avec une certaine réserve. Sa provenance, son étrangeté, sa simplicité même, la rendaient un peu suspecte; mais le fait était si facile à vérifier que tous les doutes cessèrent bientôt. Il y eut alors une explosion d'enthousiasme dans le monde entier. Les médecins de tous les pays s'empressèrent d'étudier la question sous ses faces multiples et de donner à la grande découverte américaine tout le développement qu'elle pouvait comporter.

Après quelques années de labeur, la chirurgie put s'enorgueillir d'avoir résolu l'un des deux grands problèmes dont elle avait de tout temps poursuivi la solution; le moment était venu d'aborder l'autre. Elle avait supprimé la douleur dans les opérations, il s'agissait maintenant de diminuer leurs dangers. C'est le but vers lequel les bons esprits se tournèrent.

Lorsque tous les regards convergent sur un même point, il semble s'éclairer d'une lumière nouvelle. L'enquête à laquelle on se livra, les statistiques qui furent produites, dévoilèrent des faits dont on ne semblait pas se douter. Elles signalèrent une mortalité effrayante pour les blessés traités dans les hôpitaux. Les résultats des opérations étaient de nature à décourager les plus hardis. On citait certains de ces établissements où la guérison, à la suite des grandes amputations, pouvait être considérée comme un mythe.

On comprend l'émotion que de pareilles révélations causèrent dans le monde chirurgical et l'ardeur avec laquelle on se mit à étudier un problème qui prenait, du premier coup, de pareilles proportions.

On ne tarda pas à reconnaître que les blessés qui succombaient en si grand nombre n'étaient victimes ni de la gravité du traumatisme, ni de la violence de l'inflammation, qu'ils mouraient

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 décembre 1885.

empoisonnés par l'atmosphère viciée des salles dans lesquelles ils étaient traités. On reconnut que l'infection purulente et que toutes les complications des plaies n'étaient, sous des formes différentes, que le résultat d'une intoxication dont les parties en suppuration fournissaient l'agent dont l'air, les pièces de pansement, les mains des médecins, étaient les véhicules, et dont l'absorption s'opérait par les surfaces traumatiques.

Ce fait une fois démontré, il fallait trouver un remède, et chacun se mit à le chercher, suivant la direction que lui imprimaient ses études antérieures ou la nature de son esprit. Trois routes différentes s'offraient en effet aux investigateurs. On pouvait empêcher le poison de se produire, le détruire sur place ou s'opposer à sa pénétration dans l'organisme. Les hygiénistes, s'appuyant sur l'insalubrité notoire des hôpitaux et sur la malpropreté des salles, demandaient qu'on commençât par assainir ces établissements meurtriers, qu'on cessât de les encombrer, qu'on y fît entrer à flots l'air, le soleil et la lumière, et que le culte de la propreté y fût imposé à tout le monde. Ce n'est pas dans cet ordre d'idées que Chassaignac déployait son activité.

De leur côté, les médecins et les chimistes voulaient arriver à détruire, à neutraliser le poison organique ; ils cherchaient des désinfectants ; ils préconisaient des antiseptiques. Ce sont eux, je dois le dire par avance, qui sont arrivés au but.

Les chirurgiens enfin demandaient à la médecine opératoire la réalisation de leur rêve, et c'est à ce dernier groupe qu'appartenait le collègue dont j'ai l'honneur de vous entretenir.

L'anesthésie avait transformé la médecine opératoire. Avant elle, on se préoccupait surtout d'agir avec promptitude pour abréger le supplice du patient. Les chirurgiens visaient à la dextérité, quelques-uns même à l'élégance. Ceux-là avaient la coquetterie de leur art. Avec le chloroforme et l'éther, ces conditions passaient au second rang. Des trois qualités classiques de l'opérateur, il y en avait deux de supprimées. Il n'était plus question d'agir *vite* ni *agréablement*, il suffisait de le faire avec sécurité. Or l'instrument tranchant, sous l'empire des nouvelles doctrines, était devenu le bouc émissaire des iniquités de la chirurgie. C'est à lui qu'on attribuait tout le mal, c'est lui qui ouvrait la porte à l'infection purulente. En sectionnant nettement les vaisseaux, il laissait leurs orifices béants à la surface des plaies, et l'élément toxique y entrait de plain-pied. Cette explication, d'une simplicité antique et que l'école mécanicienne n'aurait pas désavouée, était bien passible de quelques objections ; mais on n'y regardait pas de si près. Le bistouri était condamné et menacé de passer à l'état d'instrument historique, comme les faucilles de Wisemann. On ne songeait plus qu'à écraser, broyer, arracher, déchirer ou brûler les tissus vivants, et chacun s'évertuait à découvrir un nouvel agent chimique ou mécanique pour arriver plus facilement au but. C'est à cet ordre de moyens qu'appartient la plus originale, sinon la plus importante, des méthodes opératoires imaginées par Chassaignac.

Il cherchait un procédé qui lui permît de diviser les tissus en une seule séance, en froissant les bouches des vaisseaux, de façon que le sang ne pût pas en sortir et que l'infection purulente ne pût pas y entrer. Après bien des essais et des tâtonnements, il parvint à une solution qui lui parut satisfaisante, et il présenta, le 28 août 1850, à la Société de chirurgie, sous le nom de *ligature métallique articulée*, son premier instrument, qu'il n'avait encore employé que sur le cadavre et sur les animaux. Les premières applications sur l'homme n'eurent lieu que deux ans après, alors que l'auteur eut apporté les derniers perfectionnements à son appareil, et qu'il lui eut donné le nom qu'il porte aujourd'hui.

A l'époque où les amputations par les caustiques eurent un moment de faveur, il songea à combiner cette méthode avec l'écrasement linéaire, en remplaçant les maillons de la chaîne par de petites capsules en platine, articulées de la même manière, mises en mouvement par le même encliquetage, et destinées à contenir le caustique. L'instrument fut confectionné par Mathieu ; il figure dans la collection que l'inventeur a laissée ; mais je ne crois pas qu'il ait jamais servi.

Il a contribué pour une large part à la révolution qui s'accomplit en ce moment dans notre art, et dont l'importance ne peut se mesurer encore. Il avait conscience de la valeur de son œuvre ; il avait foi dans le jugement de la postérité. C'est là ce qui l'a soutenu jusqu'à la fin de sa vie, et cette vision de l'avenir, cette seconde vue dont les mourants sont doués, a répandu sur ses derniers instants le calme et la sérénité dont je vous entretenais tout à l'heure.

Quatre fois il est remonté sur la brèche (1), sans découragement comme sans faiblesse, soutenu par son opiniâtreté bretonne et par la conscience de sa valeur, qui ne l'a jamais abandonné. Il n'a quitté le terrain de la lutte que lorsqu'il s'est effondré sous ses pieds, lorsque le décret du 9 mars 1852 supprima le concours et que cette admirable institution, à laquelle la Faculté de Paris avait dû si longtemps son éclat et son indépendance, succomba, pour la seconde fois, sous le coup des mêmes intrigues et des mêmes passions et à l'abri des mêmes prétextes qu'en 1815.

Chassaignac a été, comme Robert, un martyr du concours; mais c'est à tort qu'on s'est appuyé sur ces deux exemples pour attaquer le principe de ce mode de nomination. Les meilleures institutions ne donnent que de déplorables résultats, lorsque le sentiment de la justice et du devoir a cessé d'animer ceux qui les appliquent. S'étayer sur de pareils arguments pour attaquer le concours, c'est comme si l'on invoquait le souvenir de Calas et de Lesurques pour condamner les tribunaux réguliers au profit de la justice de Cadi.

Le décret de 1852 a fait perdre à l'École de Paris l'un de ses titres de gloire et l'un des éléments de sa vieille renommée. La plupart d'entre nous se souviennent encore de ces derniers concours auxquels Chassaignac a pris part et qui ont donné pour professeurs à la Faculté Auguste Bérard, Denonvilliers, Laugier, Malgaigne et Nélaton. A l'approche de ces grandes assises, une sorte de fièvre s'emparait de l'École tout entière. Médecins de tout âge, étudiants, prenaient parti pour les candidats et s'associaient à la lutte. Le jour des examens, le grand amphithéâtre de la Faculté ne suffisait pas à contenir la foule, aussi vibrante que les candidats; puis, quand le calme s'était établi, lorsque la voix de l'orateur résonnait seule dans le grand silence, on entendait de temps en temps courir sur toutes ces têtes une rumeur approbative, qui enlevait le candidat et lui redonnait des forces. Lorsqu'une brillante leçon venait de se terminer, alors des applaudissements frénétiques ébranlaient les voûtes du vieil édifice et allaient retentir au dehors avec l'enthousiasme des auditeurs.

Chassaignac n'ambitionnait pas le titre de clinicien. La pratique de la chirurgie n'était pour lui qu'un moyen de perfectionner et de répandre ses inventions. Jamais il n'a courtisé la clientèle; jamais il ne s'est proposé la fortune comme objectif, et l'aisance modeste qu'il a laissée à sa famille, après avoir tenu pendant quarante ans une place aussi importante dans les rangs de la chirurgie parisienne, est la preuve éclatante de son désintéressement.

Avec ses titres scientifiques, avec la grande situation qu'il avait conquise de bonne heure, il semblerait que l'Académie de médecine eût dû s'empresser de lui ouvrir ses portes. Il était jeune encore quand il y frappa pour la première fois; mais il avait soixante-quatre ans quand elles s'ouvrirent pour lui. Après s'être vu préférer tous les chirurgiens de sa génération, il avait renoncé à se présenter, lorsque, en 1866, Velpeau et M. Gosselin le décidèrent à tenter de nouveau les chances du scrutin. Il céda à leurs instances, et, cette fois encore, il eut à faire antichambre pendant

(1) 1846. Concours pour la chaire d'anatomie, lors de la nomination de Denonvilliers.

1848. Concours pour la chaire de clinique chirurgicale, lors de la nomination de Laugier.

1850. Concours pour la chaire de médecine opératoire, lors de la nomination de Malgaigne.

1851. Concours pour la chaire de clinique chirurgicale, lors de la nomination de Nélaton.

dix-huit mois, car il ne fut nommé qu'à la quatrième vacance (1).

Rien ne lui est arrivé à son heure, pas même la décoration. Lorsqu'il est mort, il ne portait encore à la boutonnière que le ruban de chevalier de la Légion d'honneur, et il ne l'avait reçu qu'en 1861.

Ces dénis de justice, car il faut bien les appeler ainsi, cette hostilité qu'il a toujours rencontrée sur son chemin, tenaient un peu à la raideur de son caractère. Il avait une aversion invincible pour le métier de solliciteur. Les moindres démarches lui répugnaient, même celles qu'imposent les plus vulgaires convenances. Il s'obstinait à vouloir passer tête haute sous des portes qu'on ne franchit d'habitude qu'en se baissant un peu. Ombrageux et susceptible, passionné pour la vérité, il n'hésitait jamais à sacrifier ses intérêts à ses convictions, et laissait à ses ennemis la liberté de calomnier à leur aise ses sentiments et ses opinions. Ce n'était pourtant pas indifférence de sa part, car personne n'a jamais senti plus vivement que lui les moindres froissements. Impressionnable à l'excès, il élevait ses contrariétés à la hauteur de véritables chagrins et dévorait en silence les affronts comme les perfidies; mais il ne les pardonnait jamais. Cependant, dans les dernières années de sa vie, il n'était plus aussi maître de lui, et parfois, toute cette amertume lui montait aux lèvres.

Il ne faut pas s'étonner qu'avec de pareilles dispositions il ne se soit pas fait beaucoup d'amis; mais ceux qu'il s'était attachés lui sont restés fidèles et dévoués jusqu'à la dernière heure. Il ne lui en fallait pas davantage, car il était dépourvu de cette bienveillance banale qui rend les relations sociales faciles et grâce à laquelle les gens aimables vivent dans une atmosphère d'affections, bien superficielles sans doute, mais suffisantes pour ceux qui ne demandent pas au commerce des hommes plus qu'il ne peut leur donner. Les relations extérieures ne lui étaient du reste pas nécessaires, car il avait su s'entourer de liens plus solides et plus sûrs.

Je m'étais souvent demandé comment cet homme si vulnérable avait pu traverser sans faiblir de si cruelles épreuves. J'ai cessé de m'adresser cette question le jour où je suis entré dans sa demeure. J'ai compris qu'il devait tout oublier quand il en avait franchi le seuil.

Chassaignac n'était plus un jeune homme, il avait quarante et un ans, lorsqu'il prit le parti de se créer une famille. Le mariage, avec la douce monotonie de ses habitudes régulières, n'avait pas pu jusqu'alors trouver place dans cette existence tourmentée, où le travail de la nuit succédait à l'agitation du jour, où les distractions elles-mêmes avaient quelque chose de fébrile.

Au début de sa carrière, alors que tout lui souriait et qu'un brillant avenir lui semblait promis, il avait eu, à plusieurs reprises, l'occasion de contracter une union avantageuse; mais il était de ceux qui pensent que c'est déchoir que de demander au mariage ou sa fortune ou ses appuis, et, bien qu'il eût passé l'âge des entraînements, il fit un mariage d'inclination. Ce fut tout à la fois l'action la plus sage et la plus grande réussite de sa vie. Heureux les hommes qui ont su fixer le bonheur près des cendres de leur foyer, en y faisant asseoir une compagne intelligente et dévouée, qui s'intéresse à leurs travaux, épouse leurs illusions comme leurs espérances, les suit d'un regard affectueux dans leurs luttes du dehors et, quand ils en reviennent blessés, meurtris, les console avec une parole et les guérit avec un sourire. Ces privilégiés de la destinée, quelles que soient par ailleurs les épreuves qui les attendent, ne sont jamais complètement malheureux. Ceux qu'il faut plaindre, fussent-ils comblés d'honneurs, ce sont les gens qui n'ont personne pour partager la bonne ni la mauvaise fortune, qui ne trouvent en rentrant au logis qu'un luxe banal, des soins salariés, un foyer sans chaleur et sans vie et cette solitude silencieuse qui fait d'un appartement désert une sorte d'antichambre du tombeau.

Chassaignac se transfigurait dans ce milieu de douce tendresse. Ceux qui ne l'ont pas vu dans son intimité ne le connaissent pas. Cet homme irascible, au caractère dominateur, au cœur aigri par les revers, redevenait, dans son intérieur, doux, expansif, affectueux et tendre. Il gardait pour les siens les trésors de son esprit fin et cultivé, sa conversation originale et enjouée de cette gaieté juvénile que personne au dehors ne pouvait soupçonner.

C'est là qu'il retrouvait les souvenirs de son heureuse enfance; c'est là qu'il se sentait vivre, et, comme si c'était une loi de notre triste destinée que l'homme soit toujours frappé dans les parties les plus sensibles de son cœur, c'est au sein de sa famille qu'il a reçu le plus rude des coups qui lui ont été portés.

Deux enfants étaient nés dans cet heureux ménage. Il les voyait grandir près de lui. L'aînée, une enfant adorable comme tous ceux que la mort va nous ravir, était surtout l'objet de ses tendresses. Un soir, on entendit retentir dans son petit berceau cette toux sinistre dont la pensée seule donne le frisson. Tous ceux qui ont perdu des enfants comprendront que je n'insiste pas sur ce drame de famille.

Le moment vint pourtant où il fallut agir, et Chassaignac n'eut pas le courage stoïque que quelques-uns de nos confrères ont montré. Malgré sa confiance dans l'habileté de sa main et dans l'excellence de son procédé rapide, il n'osa pas prendre l'instrument et chargea Guersant de le remplacer. L'enfant succomba, et la mort, en emportant la petite fille, effleura le père du bout de son aile. Le vieux chêne, que les tempêtes de l'ambition avaient à peine ébranlé, fut atteint par ce coup de foudre jusque dans ses racines. C'est à partir de ce moment que Chassaignac a commencé à mourir. Le chagrin ne tue pas, disent les esprits forts. Ah! les médecins savent bien le contraire. Ce n'est assurément pas à la façon du choléra ou de l'apoplexie; mais la douleur constante, implacable, qu'aucune distraction n'éloigne, que le sommeil même ne suspend pas, amène à la longue, dans les profondeurs de l'économie, des désordres qui se manifestent au cours des années, et le malade finit par mourir de quelque affection organique dont les proches seuls peuvent soupçonner le point de départ en se rappelant le passé.

Depuis la mort de sa fille, Chassaignac éprouvait des malaises auxquels il n'attachait aucune importance, lorsqu'en 1864, pendant un été exceptionnellement chaud, il se sentit pris d'une soif ardente, inextinguible, qu'il attribua à l'élévatiou de la température et à l'activité exagérée que lui imposaient ses obligations. Il se décida toutefois à consulter son ami le docteur Moissenet, dont l'affection et le dévouement ne lui ont jamais fait défaut. M. Moissenet reconnut chez lui l'existence du diabète, et lui conseilla le régime qui convient à cette affection; mais cette vie de précautions quelque peu tyranniques ne pouvait pas convenir à sa nature active et impatiente. Il dédaigna de se soigner. Cette insouciance est assez commune chez les médecins. Les gens du monde s'en étonnent et l'attribuent à notre peu de confiance dans notre art, tandis que ce n'est au fond qu'un sentiment d'indifférence facile à comprendre chez des hommes qui ont trop souvent vu la mort de près pour la craindre, et qui, connaissant mieux que les autres le prix réel de l'existence, estiment qu'elle ne vaut pas la peine qu'on se donne pour la conserver.

Quelque temps après, la limite d'âge vint l'atteindre et l'enlever à cet hôpital Lariboisière qui avait été le théâtre de ses succès, où sa réputation avait attiré, pendant dix ans, les chirurgiens du monde entier. Il restreignit peu à peu sa clientèle. Il se consacra de plus en plus à la vie de famille, à l'éducation de son fils, et put enfin se livrer sans entraves à ses goûts littéraires et artistiques, ainsi qu'au culte de la musique, qui fut toujours sa passion dominante.

Il jouissait depuis quatre ans de ce repos si chèrement acquis, lorsque l'Académie lui ouvrit ses portes; mais les luttes nouvelles qu'il eut à soutenir pour y entrer portèrent un coup funeste à sa santé profondément altérée, et il ne put pas donner à notre Com-

(1) L'Académie lui préféra :
Follin, nommé le 6 novembre 1866;
M. Legouest, nommé le 29 janvier 1867;
Demarquay, nommé le 6 novembre 1867.
Il fut élu le 28 avril 1868.

pagnie tout le concours que son expérience et son savoir lui auraient apporté quelques années plus tôt.

Lors de l'invasion allemande et du siège de Paris, il partit pour Nantes. La vie calme et reposée qu'il y mena, l'influence de l'air natal peut-être, enrayèrent la marche du diabète et rendirent à notre collègue comme un regain de santé. Il revint à Paris, reprit le cours de ses travaux et reparut à nos séances. C'est à cette époque, et pendant la discussion sur la septicémie, que nous l'entendîmes développer à cette tribune les doctrines qu'il s'était efforcé de faire prévaloir dans ses écrits (1).

Pendant l'hiver de 1875, un soir, par un froid rigoureux, il fut atteint d'un raptus cérébral, suivi de paralysie du pharynx et de l'œsophage. Pendant onze jours, l'alimentation fut impossible, et sa famille put craindre de le voir mourir d'inanition; mais ces accidents se dissipèrent peu à peu; il se rétablit, et, en 1878, nous le vîmes reparaître au milieu de nous pour nous exposer, avec un talent que l'âge et la maladie n'avaient pas affaibli, ses opinions sur l'art des pansements et les progrès qu'il lui avait fait faire. C'était le chant du cygne. Chassaignac ne devait plus reparaître parmi nous.

Depuis longtemps il allait, tous les étés, se reposer sous les ombrages de Versailles. En 1879, il y vint comme d'habitude, et rien ne pouvait inspirer de craintes immédiates pour sa vie, lorsque, dans la nuit du 23 août, il fut pris tout à coup d'étouffements et de suffocation. C'était une attaque d'angine de poitrine qui débutait. Elle ne fut pas immédiatement mortelle. Le malade lutta pendant trois jours, à travers des alternatives de syncopes et d'accès de dyspnée, et succomba le 26, à onze heures du matin, sans une plainte, sans une défaillance.

Ainsi s'éteignit cette existence si bien remplie. Il me reste maintenant à la résumer d'un seul mot : Chassaignac, par son savoir, par ses travaux scientifiques, par l'originalité de ses vues et l'importance de ses découvertes, restera, comme l'a dit notre collègue Panas, une des gloires chirurgicales de notre temps.

DE L'INVARIABILITÉ DE FRÉQUENCE DU POULS

DANS LES DIFFÉRENTES ATTITUDES PENDANT LA PÉRIODE MENSTRUELLE.

Par P. LOUGE
Interne des hôpitaux de Marseille.

On connaît depuis longtemps, grâce aux recherches d'un certain nombre d'observateurs, en particulier de Guy (2), l'influence de l'attitude sur la fréquence du pouls. Celle-ci est en effet plus considérable dans l'attitude verticale que dans la position couchée; la différence est en moyenne de 10 à 15 pulsations par minute. Inversement, la fréquence du pouls diminue quand, à l'attitude verticale, succède la position horizontale.

Graves avait déjà fait remarquer que, dans les cas d'hypertrophie cardiaque, la fréquence du pouls reste constante dans les différentes attitudes, et Jorisenne (3) a signalé récemment cette invariabilité chez les femmes en état de grossesse : « Dès les premiers mois de la grossesse, dit-il, chez une femme saine, le cœur ne répond plus aux changements d'attitude par un ralentissement ou une accélération de ses mouvements : il garde une vitesse constante. »

J'ai pensé que, si un pareil fait s'observait même dès le début de l'état gravidique, on pouvait aussi le rencontrer pendant la menstruation, qui est, à proprement parler, suivant la très juste remarque de Tarnier (4), la première phase de l'état puerpéral. Les résultats obtenus ont confirmé mes prévisions.

(1) Séances du 14 janvier et du 8 avril 1873.

(2) W. Guy, Des variations du pouls dans les changements de position du corps. *Guy's Hospital Reports*, oct. 1838, vol. III, pp. 92 à 308; in *Gazette médicale de Paris*, 1839, p. 75.

(3) Jorisenne, Nouveau signe de grossesse. *Archives de tocologie*, 1882, p. 332.

(4) S. Tarnier, *Recherches sur l'état puerpéral*, Th. Paris, 1857, p. 12.

Pendant la période menstruelle, la fréquence du pouls reste constante dans les différentes attitudes.

L'observation suivante est remarquable entre toutes.

Chez une fille nullipare, Jeanne L..., âgée de vingt-cinq ans, d'une santé parfaite, je notais, quinze jours avant l'époque menstruelle, et à plusieurs reprises, une différence de 14 pulsations par minute entre la position couchée et l'attitude verticale :

	Avant le repas.	Après le repas.	Moyenne.
Couchée.	64	76	70
Assise.	72	80	76
Debout.	76	92	84

Le jour où se produisait le flux menstruel, quatre heures avant son apparition, la différence n'était plus que de 4 pulsations :

Couchée, 80; assise, 84; debout, 84.

Le lendemain, le pouls battait 84 dans les trois positions.

Le surlendemain, je notais encore cette invariabilité :

	Avant le repas.	Après le repas.
Couchée.	70	78
Assise.	70	78
Debout	70	78

Le quatrième jour, l'écoulement diminuait, puis cessait; l'écart ne s'observait qu'après le repas :

	Avant le repas.	Après le repas.
Couchée.	74	82
Assise.	74	86
Debout	74	92

Le cinquième, le sixième et le septième jour, l'invariabilité n'existait plus. Voici les moyennes des pulsations prises avant et après le repas :

Couchée, 76; assise, 78; debout, 84.

Quinze jours après, la différence était de 14, comme par le passé, et je notais encore cette invariabilité au retour des menstrues.

Il est de toute nécessité, dans ces recherches, de compter les pulsations pendant trente secondes au moins et de ne commencer l'examen qu'après un quart de minute à chaque changement d'attitude, de façon à éliminer l'influence due à la contraction musculaire.

On n'observe généralement pas cette invariabilité absolue pendant toute la durée de l'écoulement menstruel, mais particulièrement le second et le troisième jour qui suivent son apparition. Dans tous les cas, l'écart constaté entre la position couchée et l'attitude verticale est toujours fort minime par rapport à celui qui s'observe chez la même femme en dehors des époques.

Le fait que je signale est très facile à vérifier et paraît digne d'un certain intérêt au point de vue physiologique.

L'interprétation en est cependant assez difficile. L'hypertrophie cardiaque ne peut être invoquée comme dans les deux premiers cas.

Il paraît plus naturel d'attribuer cette invariabilité à une augmentation de la tension sanguine pendant la menstruation. Si, comme l'admet Marey (1), les changements produits dans la fréquence du pouls suivant les différentes attitudes tiennent à des modifications dans la tension artérielle, ces changements seront d'autant moins accusés que la tension sera plus considérable. Certains faits cliniques tendent du reste à faire admettre cette augmentation de tension pendant la période menstruelle (2).

(1) E.-J. Marey, *La circulation du sang à l'état physiologique et dans les maladies*, 1881, p. 341. Paris, G. Masson.

(2) A. Cauchois, Sur l'augmentation de tension vasculaire dans le système de la circulation générale pendant la période menstruelle. Société de biologie, 22 novembre 1873; *Gazette médicale de Paris*, 6 décembre 1873.

THÉRAPEUTIQUE

Du Goudron.

Par M. le docteur Achenne.

Il est admis dans la science que certaines substances volatiles passent en nature dans le torrent circulatoire, puis sont éliminées par les poumons sans avoir subi aucune modification : l'alcool, le chloroforme, l'éther, etc. ; aussi a-t-on considéré le poumon comme une glande chargée d'un véritable travail d'élimination plus ou moins analogue à celui qu'accomplissent les glandes rénales.

Le Goudron jouissant d'une incontestable efficacité dans toutes les affections des voies respiratoires, on était autorisé à se demander si, éliminé par les glandes pulmonaires, il agissait sur les muqueuses des voies respiratoires à la manière des balsamiques qui traversent les reins avant d'agir sur les muqueuses urinaires.

Les expériences tentées à ce sujet étant restées complètement négatives, les thérapeutes ont dû rechercher les moyens de faire arriver directement le Goudron sur les muqueuses pulmonaires. De là sont nés les inhalateurs, les goudronnières, etc. Ces appareils et ces procédés ont de nombreux inconvénients : ils sont dispendieux et d'un emploi difficile; ils obligent le malade à emplir sa chambre tout entière de vapeurs de goudron, alors qu'une faible partie de l'air contenu dans cette chambre sera seule utilisée pour la respiration.

M. Géraudel s'est posé le problème d'une tout autre façon et l'a résolu d'une manière aussi simple que pratique. M. Géraudel part de ces données : si les substances ayant la vapeur d'eau pour véhicule pénètrent difficilement par la bouche dans les voies aériennes, il n'en est plus de même, d'après les travaux de physiologie et de thérapeutique, notamment ceux de Gubler et de Sales-Girons, des substances qui sont à l'état gazeux. En conséquence, M. Géraudel s'est proposé de réduire le goudron à un état de division moléculaire tel que la température normale de la bouche suffit à le faire passer à l'état gazeux. Ces gaz, se mélangeant à l'air inspiré, se trouvent ainsi transportés directement dans les alvéoles pulmonaires, sans avoir à franchir l'économie. Par ce moyen, l'agent modificateur est porté directement sur la surface à modifier.

Les Pastilles de M. Géraudel fondant très lentement dans la bouche, ont pour but de transformer cet organe en un véritable appareil inspirateur ou inhalateur. Si nous rappelons que le Goudron stimule la fibre pulmonaire; qu'il ne nuit jamais; que, s'il tarit les sécrétions morbides, ce n'est pas à la façon des opiacés qui endorment la contractilité des vésicules aériennes et tendent à produire l'atélectasie et l'engouement, surtout chez les vieillards et les enfants; si l'on ajoute que le Goudron est un antiputride excellent qui suspend la putréfaction des matières animales; que ses vapeurs tuent tous les mycodermes et végétaux inférieurs, qu'elles diminuent et corrigent les sécrétions des cavernes, nous comprenons son usage si répandu et les résultats si remarquables que l'on obtient de l'emploi des Pastilles Géraudel.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

337. M. Heitz. Contribution à l'étude des éruptions bulleuses. — 338. M. Mullot. Du vertige auriculaire consécutif aux injections de liquide dans le conduit auditif externe. — 339. M. Leclercq. Maladies aiguës précédant ou accompagnant les débuts de la fièvre typhoïde. — 340. M. Chassin. Sur l'inoculation de la fièvre intermittente. — 341. M. Jardet. Des lésions rénales consécutives à la lithiase urinaire. — 342. M. Degail. Contribution à l'étude des polypes fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales. — 343. M. Blanc. Le nerf moteur oculaire commun et ses paralysies. — 344. M. Dieu. Du pseudo-lipome. — 345. M. Ribbe. Étude sur l'ordre d'oblitération des sutures du crâne dans les races humaines. — 346. M. Leval-Picquechef. Du pseudo-tabes. — 347. M. Martin du Magny. Contribution à l'étude de l'inoculation tuberculeuse chez l'homme. — 348. M. Paul Jean. Essai sur la syphilis précoce du rectum. — 349. M. Poupon. Pseudo-étranglements par péritonite primitive. — 350. M. Morin. D'une variété d'exanthème observée dans l'embarras gastrique aigu fébrile. — 351. M. Gaston Gilbert. Tuberculose pulmonaire chronique chez les vieillards. — 352. M. Dupouy. La rupture complète du cordon ombilical pendant le travail de l'accouchement. Causes, anatomie pathologique, considérations médico-légales. — 353. M. Alphandery. La thérapeutique morale et la suggestion. — 354. M. Cotton d'Englesqueville. Du délire toxique en général et du délire urémique en particulier. — 355. M. Lesage. Du chancre par morsure. — 356. M. Deseuche. De l'atrophie du triceps crural dans la fracture de la rotule. — 357. M. Boudin. Essai de diagnostic du volume fœtal (de la tête en particulier), au point de vue de la dystocie. — 358. M. Cotton Étude sur la résection du coude dans la tumeur blanche. — 359. M. Delahousse. Contribution à l'étude des maladies chirurgicales du diaphragme. — 360. M. Marciguey. Contribution à l'étude de la régénération des nerfs périphériqnes. — 361. M. Guilain. Contribution à l'étude du traitement des abcès prostatiques et périprostatiques par l'incision périnéale. — 362. M. Caravias. Traitement des collections purulentes du foie par incision large et antiseptique. — 363. M. Malibran. Contribution à l'étude des affections gastriques. (Distension et dilatation de l'estomac.) — 364. M. Frémont. Pleurésies à signes pseudo-cavitaires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'agrégation. — La deuxième épreuve du concours (leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation) a commencé lundi dernier. Les questions données jusqu'à aujourd'hui ont été : lundi, MM. Brault et Gaucher : Monoplégies du membre supérieur ; — mardi, MM. Dreyfus et Ballet : Cancer de l'utérus ; — mercredi, MM. Grenier et Barth : Hypertrophie splénique, ses diverses formes ; — jeudi, MM. Juhel-Rénoy et Letulle : Kystes hydatiques du foie.

— Par décret, en date du 14 décembre 1885, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de pharmacien de deuxième classe : M. Fontaine, pharmacien de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

— Par décret, en date du 14 décembre 1885, ont été promus dans le corps de santé militaire de l'armée territoriale :

Gouvernement militaire de Paris. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* M. Merklen, médecin aide-major de deuxième classe, médecin des hôpitaux de Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Haillot, de Beaurepère, Vialle, Dupouy, François, Baraduc, Jirou, Calmettes, Wilhelm, Cousin, Mary et Gille.

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* MM. Reynier, médecin aide-major de deuxième classe, professeur agrégé de la Faculté et chirurgien des hôpitaux de Paris; Colas, médecin aide-major de deuxième classe, chef de clinique de la Faculté de médecine.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Lecerf, Simon, Voury, Butruille, Lepoutre, Chotin, Capelle et Caudrelier.

2e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* M. Jalaguier, médecin aide-major de deuxième classe, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. Franqueville, Lesage, Rodet, Cailleret et Gauron.

3e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première*

classe : MM. les médecins-majors de deuxième classe, démissionnaires de l'armée active, Larger et Cheurlot.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Moizard, médecin aide-major de deuxième classe, médecin des hôpitaux de Paris ; Bazy, médecin aide-major de deuxième classe, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Leheribel, Stapfer, Devillers, Auger, Neumann, Leboucher, Fabre de Parrel, Viaud, Aumont et Nitot.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : M. Néel, pharmacien aide-major de deuxième classe.

4e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe :* M. Strauss, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé de l'École de médecine de Paris.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : M. Pinard, médecin aide-major de première classe, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Legallois, Laugier, Leménant Des Chesnais, Brémont, Bodé, Foucher, Drouin, Fournier, Gény, Trochon, Lecomte, Chatellier, Ménager et Gauguelin.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Sœure et Cocardas.

5e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* M. Cazaux, médecin aide-major de deuxième classe.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* M. Schmitt, médecin aide-major de deuxième classe, agrégé de médecine à la Faculté de Nancy.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe De Cours, Regnault, Abelanet, Pillière et Finot.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : M. Prulière, pharmacien aide-major de deuxième classe.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe :* M. de Beurmann, médecin aide-major de première classe, chef de clinique de la Faculté.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Jacquelin, Gros-Claude, Gromier, Rouby, Mercier, Grisez, Ravaclez, Colard, Beau, Metzquer, Chévelu, Bardy, Huguet, Nargand, Guinoiseau, Jobard, Guyot, Beucler, Devillez, Piérin, Demay, Tauffieb, Bertel, Briand, Vesselle, Potu et Coutemoine.

8e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Jullien, Ladevèze, Cellard, Robert, Henry-Desturaux et Chavet.

9e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Chailloux, David, Bouchet, Couillaud-Maisonneuve, Michalovicz, Lusson, Lachaize, Berland, Barié, Aussourd et Michel.

10e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Lemoine, Dufour, Burill, Le Mat, Raoult, Descoqs, Chollet, Gourdon, Massie, Langevin, Bellet, Bouchard, Lepage, de Lagoanère, Laurent, Bourdelais, Eyquen, Fatôme, Fortin, Leneveu, Rabère, Saucet, Larraïdy, Maissonnave, Redon, Robineaud, Lelièvre, Tizon, Le Riche, Pinard, Nazair, Debroise, Masson, Gibon, Destay, Labbé, Gorry, Rabasté, Rogée, Robert, Raimbault, Trémoureux, Murati, Allez, Anne, Raoult, Troquart, Bertheux, Hubert et Lesdos.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Sechet et Creuset.

11e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Laville, Doussain et Gergaud.

12e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* M. Lemaistre, médecin aide-major de deuxième classe.

13e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Alirol, Rigodon, Devernoix, Chambige, Duret, Chantelauze, Chevalier, Baduel et Hyvernat.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe :* M. Teissier, médecin aide-major de première classe, médecin des hôpitaux et professeur de pathologie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : M. Genevez-Montaz, médecin aide-major de deuxième classe, médecin de l'hospice civil de Grenoble.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Meinadier, Bompard, Brun, Rochas, Guers et Quantin.

15e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Savornin, Ricavy et Pourrière.

16e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Granier, Marignan, Rey, Delfau, Wrisez, Maffre, Donnezan, Prunac, Teulon, Carrié, Augé, Rossignol, Fisteux, Crouzet, Guichon, Baïsse, Gazaniol, Alric, Vergnes, Balestier, Rieussec, Allary, Vernier, Bélugon et Marty.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe, Albergnié, Ville et Verlac.

17e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Guerchoux, Dupau, Conord, de Rigaud, Roudouly, Nasse et Ducasse.

18e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bertrand, Pastureau, Buty, Ferran, Branlat, Faneuil, Marchand, Boutges, Brousse, Durodié, Bossuet, Bonneau, Laborde, Barbaste, Mailhetard, Roux, Delille, Maisonnave, Douaud, Sallaud, Sourrouille, Peyri, Roy, Dupuy, Duronéa, Rozier, Delmas, Lamarque, Lavielle, Deffis, Issartier, Laffitte, Maderay, Persillon, Condou, Tronche, Armaignac, Briand, Juanchuto, Bompar, Bordenave, Moreau, Richard, Bourretère, Cassagnau, Dubos, Anglade et Delest.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Dive, Sudour et Lacau-Barraqué.

19e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Le Lièvre et Bouvet.

— Par arrêté ministériel, en date du 15 décembre 1885, un concours s'ouvrira le 17 juin 1886, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine de Rennes.

— Par décision ministérielle, en date du 12 décembre 1885, M. Nogier, médecin-principal de première classe, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Dijon, a été désigné pour le corps du Tonkin.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Faivre-Dupaigre, agrégé des sciences physiques, est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Bulle, démissionnaire.

— M. le docteur Fournier, maire de Tours, est nommé membre du Conseil académique de Poitiers, en remplacement de M. Marquet, dont le mandat est expiré.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Olive, décédé à Nogent-sur-Seine, le 30 novembre dernier, à l'âge de vingt-neuf ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18774.

1

PELLICULE GÉCÉ

A BASE D'ICHTHYOL

TRAITEMENT LOCAL

de toutes les variétés

D'ECZÉMA, DU PSORIASIS, et autres affections de la peau.

Ce traitement réalise les conditions suivantes, qui, seules, permettent d'arriver à une guérison rapide :

Médicament topique dont l'efficacité comme modificateur, n'est égalée par aucun autre; — Contact permanent avec la surface malade; — Isolement des agents extérieurs; — Application facile sur toutes les parties du corps, sans aucun bandage, grâce à la souplesse et à l'adhérence de la pellicule; — Absence de toute gêne pour le malade qui, pouvant vaquer à ses occupations, conserve son pansement nuit et jour, d'où — régularité et constance dans le traitement, ce qui est presque impossible avec les moyens ordinairement employés.

Pour le mode d'emploi, voir le prospectus.

PRIX DU ROULEAU : 2 FR.

DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Dépôt pour la vente en gros : COIRRE et Cie, 79, rue du Cherche-Midi, Paris.

NOTA. — Les échantillons adressés sous enveloppe étant insuffisants et fort souvent hors d'état de servir, on enverra franco un rouleau à tout médecin qui en fera la demande, *mais en France seulement, les règlements postaux s'opposant à cet envoi pour l'étranger.*

15

ANALYSE DE DÉCEMBRE DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de décembre, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1.030,4
	gr.	
Beurre par litre	38.700	
Albumine	10.400	
Caséine	27.100	
Sucre de lait	53.200	
Sels	7.300	
Total des matières fixes	136.700	136.700
Eau par litre		893.700

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.200
Acide sulfurique	0.128
Chaux	1.740
Magnésie	0.174
Potasse	1.977
Soude	0.371
Silice, chlore, acide carbonique, fer et perte	0.710
Total	7.300

PRIX :

Dans les dépôts	75 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	80 c. le litre.
—	50 c. le 1/2 litre.

Adresser les commandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, rue de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

88

VIN DURAND DIASTASE ET CINCHONINE

Le meilleur des toniques, le plus efficace des digestifs et d'un goût exquis.

Dyspepsie, anémie, constipation, convalescences.

Le **VIN DURAND** est la seule préparation qui, ne renfermant ni laxatif ni purgatif, détruise la constipation ; c'est la preuve indiscutable qu'il rétablit les fonctions digestives.

Expérimenté dans les hôpitaux de Paris et par les principales sommités médicales.

8, avenue Victoria, Paris.

10

ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

Paris, Phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

53

ADJon, en l'éte de Me DUPLAN, not. à Paris, 11, r. des Pyramides, le jeudi 24 décembre 1885, à 3 h., d'un fonds de **PHARMACIEN** ANCIENNE PHARMACIE MÉRIJOT, à Paris, r. de Rivoli, 20. Mise à prix, 25 000 francs. Consignation pr enchérir, 2 000 francs. Loy. d'av. à remb., 2 650 fr. S'adr audit Me DUPLAN, notaire.

77

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les Pilules du Dr Moussette, à l'ACONITINE et au QUINIUM, calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires.*

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

12

PRODUITS OLOQUINIQUES

OLOQUINA PATON

Cette préparation, déjà ancienne, est conseillée par beaucoup de médecins dans tous les cas où le quinquina est indiqué. Elle se recommande par son dosage toujours identique et par le choix rigoureux des écorces de quinquina qui entrent dans sa préparation.

La petite cuiller qui accompagne chaque flacon représente la quantité nécessaire pour un verre à bordeaux de vin de quinquina.

Prix du flacon : **1 fr. 50.**

ÉLIXIR OLOQUINIQUE DUGUET

A la fibrine musculaire et au JUS de VIANDE DE BŒUF

Chaque verre renferme : Extrait de quinquina, 10 centigrammes.

Fibrine musculaire dissoute et jus de viande retiré par expression de : Viande de bœuf, 75 gr.

D'un goût très agréable, d'une conservation indéfinie, il est tout à fait inutile de détailler les cas, les maladies, etc., dans lesquels son emploi peut être prescrit. La nature de la préparation l'indique suffisamment par elle-même. D'ailleurs, en pareille circonstance, le médecin est seul juge.

Prix du flacon : **3 fr. 50.**

NOTA. — MM. les médecins qui désireraient expérimenter ces produits sont priés de s'adresser à M. DUGUET, qui se fera un devoir de leur être toujours agréable. Deux échantillons de chaque produit seront mis immédiatement à leur disposition.

LABORATOIRE A LONGJUMEAU (S.-et-O.).

Vente en gros : DUGUET, pharmacien de 1re classe, 12, rue de Sévigné, Paris.

Détail dans toutes les pharmacies.

96

CAPSULINES D'HYPNONE LIMOUSIN

Nouvel hypnotique, expérimenté dans les hôpitaux, n'ayant pas les inconvénients de l'opium.

Une, deux ou trois capsulines pour obtenir le sommeil.

Prix du flacon de 20 capsulines dosées à 10 centigr. : 3 francs.

Phie, 2 *bis*, rue Blanche, et toutes phies.

39

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 5 francs par semaine. GAZ, 0f,10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boite, **130** francs.

Phie LIMOUSIN ✱, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

82

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

25

SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES

SULFATE D'ATROPINE DU Dr CLIN

« Avec les Pilules d'un demi-milligramme « de **Sulfate d'Atropine du Dr Clin,** « on parvient *sûrement* à prévenir les « Sueurs pathologiques, et notamment les « **Sueurs nocturnes des Phthisiques.** « C'est sur une centaine de cas observés dans « les Hôpitaux de Paris, que ces Pilules ont « constamment réussi. »

(*Gaz. des Hôpitaux* et *Prog. Méd.*)

En prescrivant les **Pilules de Sulfate d'Atropine du Dr Clin,** les Médecins seront certains de procurer à leurs malades, un médicament pur et d'un *dosage rigoureusement exact.*

Détail : dans toutes les bonnes Pharmacies.

4

POUDRE ROCHER

Contre la *constipation* et nombreuses maladies qui en dérivent : migraine, congestion, hémorrhoïdes, etc. Goût agréable. N'irrite pas comme *pilules purgatives*, toujours *drastiques*, *fruits laxatifs, huile de ricin* répugnante et n'affaiblit pas l'organisme comme purgatifs salins, *sels, eaux purgatives*, etc. Provoque, *sans colique ni diarrhée*, une selle naturelle.

Fl. : 2f,50. — Echant. gratis à MM. les médecins.

Pharmacie ROCHER, 1, rue Perrée, Paris.

74

CAPSULES DARTOIS A LA CRÉOSOTE DE HÊTRE

Ces capsules, qui sont de la grosseur d'une pilule ordinaire, contiennent chacune 0,05 de créosote vraie de hêtre et 0,20 d'huile de foie de morue. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote contre les *affections des voies respiratoires.*

Le flacon, 3 fr. 105, r. de Rennes, Paris, et Phies.

39

PASTILLES GÉRAUDEL

Agissant par inhalation et par absorption contre les **Maladies des Voies respiratoires** *Seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par l'approbation du Conseil médical de l'Empire.*

Médaille d'Or, Paris 1885

Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron, qu'il transporte directement sur le siège du mal. C'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité.

L'étui : **1 fr. 50** dans toutes les pharmacies.

GÉRAUDEL, ph. à Sainte-Menehould (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîtes d'échantillons à MM. les Médec. qui désireraient les expérimenter.

30

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, aussi, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

En outre, pour les adultes *convalescents* ou *valétudinaires*, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen fres, 16, r. Parc-Royal, Paris, et phies.

71

PRODUITS DE L'EUCALYPTUS

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

46

POUGUES EAU MINÉRALE ALCALINE GAZEUSE RECONSTITUANTE

Gastralgies. — Dyspepsies. — Gravelles.

Anémies. — Chloroses. — Convalescences.

N° 148. — MARDI 22 DÉCEMBRE 1885. 58e ANNÉE. MARDI 22 DÉCEMBRE 1885. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

20 décembre 1885.

Mon cher Directeur,

Le Conseil de surveillance des hôpitaux vient, à ce qu'il paraît, de prendre en considération un projet de laïcisation immédiate de l'hospice des Enfants-Assistés.

Cette précipitation dans les votes du Conseil, au mépris de la lettre que 109 de nos collègues des hôpitaux ont adressée à M. le Ministre de l'intérieur, ne peut être attribuée qu'à l'absence des membres les plus compétents de cette assemblée. En effet, les représentants de la ville de Paris, les membres du Conseil de surveillance nommés directement par l'administration précédente ou choisis par elle, plus passionnés et sans doute moins occupés que MM. Bouchardat, Béclard et Nicaise, et MM. les préfets, ne manquent pas une séance, et peuvent ainsi choisir le moment où ils se trouvent en majorité, pour voter des mesures destinées à plaire aux conseillers municipaux de Paris, mais qui sont, tout le monde en convient tout bas, aussi contraires à l'intérêt des pauvres que ruineuses pour les finances des hôpitaux.

M. le Directeur de l'Assistance publique ferait mieux de ne pas publier ces choses-là. Les séances du Conseil de surveillance ne sont pas publiques, et l'on serait heureux d'ignorer la manière dont le Conseil de surveillance et M. le directeur de l'Assistance publique entendent la surveillance des hôpitaux. Comme M. Peyron et son Conseil ne veulent point faire connaître les résultats fâcheux de l'expulsion des religieuses hospitalières, on pouvait aussi nous cacher, au moins pour quelque temps, les résolutions prises pour aggraver le mal.

Nous n'avons point d'avis à donner ici au gouvernement; mais il y a, qu'il permette à un républicain sincère de le lui dire, quelque chose en péril dans un pays lorsqu'il n'y a plus d'autre loi que le caprice des assemblées.

Dr Armand Desprès,
Chirurgien à l'hôpital de la Charité, conseiller municipal.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Duplay.

De la transfusion du sang.

Vous devrez avoir recours à la transfusion du sang chaque fois que des hémorrhagies excessives, puerpérales, traumatiques ou morbides, aiguës ou chroniques, et aussi chaque fois que certains états d'extrême affaiblissement anémique auront mis un malade en danger prochain de mort. Vous ne devez pas attendre que la vie soit presque absolument éteinte, ainsi que cela s'est fait trop souvent.

Cette opération est, en effet, légitimée par de nombreuses expérimentations, et ce sont toujours les résultats de l'expérience qui doivent nous servir de guide dans nos appréciations, et non point des théories préconçues.

La transfusion a fourni une proportion très élevée de succès, 70 p. 100, lorsqu'elle a été pratiquée d'une façon assez habile pour éviter toute cause de coagulation du sang. Tout d'abord, je dois vous dire qu'il est nécessaire que le sang soit transfusé en entier sans avoir été diminué de quelques-unes de ses parties composantes, ni additionné de substances étrangères. Il doit aussi conserver sa température propre et être maintenu aux environs de 37 à 39 degrés.

La transfusion de sang veineux est médiate indirecte, ou immédiate directe, selon que le sang a été d'abord extrait ou recueilli dans un réservoir pour être poussé dans la veine, ou qu'un courant ininterrompu, immédiat, a été établi entre les deux circulations.

Voici l'appareil imaginé par M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, et avec lequel on ne peut accomplir que la transfusion médiate. Vous voyez qu'il se compose d'un large entonnoir de métal, au-dessous duquel est un réservoir cylindrique suivi d'une pompe de verre aspirante et foulante, terminée par un tube de caoutchouc muni d'un trocart métallique.

Dans le cylindre est la partie la plus intéressante de l'instrument; ce sont deux boules d'aluminium, d'une densité moindre que le sang et sur lequel elles flottent en faisant l'office de soupapes, qui ferment tour à tour le tube d'entrée ou le tube de sortie du sang, et s'opposent au passage de l'air.

Le sujet qui donne le sang est saigné à la lancette, et le sang, qui jaillit en pluie plus ou moins continue, est recueilli dans l'entonnoir, d'où il descend dans le réservoir, puis ensuite dans la pompe, et enfin dans le tube et le trocart métallique.

Ainsi que vous le voyez, le sang a perdu de sa température normale ; il a été largement exposé à l'air ambiant et aux germes et microbes qui y flottent; de sorte que, dans sa plus grande partie, il est coagulé en caillots plus ou moins gros lorsqu'il arrive dans la veine. J'ai essayé plusieurs fois d'employer cet appareil, sans pouvoir réussir à achever l'opération, et il est certain que, si quelques transfusions ont été accomplies avec cet instrument, le sang qui a été transporté était indubitablement altéré.

La transfusion médiate doit donc être repoussée, et c'est à la transfusion immédiate ou directe que vous devrez avoir recours, lors même que son manuel opératoire est plus délicat et compliqué ; car c'est la délicatesse elle-même du sang qui nécessite la complication de l'instrument.

Je vais vous présenter plusieurs appareils construits dans ce but, et vous montrer qu'il en est un qui remplit absolument toutes les indications obligées.

Voici d'abord l'appareil de M. Dieulafoy. Vous voyez qu'il représente, comme le précédent, une pompe aspirante et foulante, accompagnée du réservoir cylindrique contenant les deux petites boules légères dont je viens de vous parler. De ce réservoir part aussi, du côté de la propulsion, un tube muni d'un trocart; mais, du côté de l'aspiration, au lieu du réservoir de Collin, nous voyons un autre tube, muni aussi d'un trocart, destiné à être introduit dans la veine du donneur de sang.

Quoique plus parfait que le précédent, cet instrument est encore incapable de transporter du sang sans l'altérer, et cela, d'abord parce qu'il est construit de métal et de verre au contact desquels le sang se coagule, et encore parce que le sang s'y mélange avec l'air enfermé dans l'instrument.

Enfin, le trocart métallique, qu'il faut introduire dans la veine du donneur, est un organe défectueux, parce que le sang le parcourt trop lentement et s'y coagule, et que la présence de ce corps étranger planté dans la veine est une cause certaine de coagulation, souvent aussi de phlébite.

Or, si l'on peut demander à des hommes dévoués de donner leur sang à leurs semblables, il faut obligatoirement que la prise du sang soit pratiquée de la façon la plus inoffensive par une simple saignée; et l'on n'a point le droit de les exposer aux dangers d'embolies ou de phlébites.

J'ai encore à vous parler d'une méthode proposée par notre savant maître Alphonse Guérin, sous le nom de transfusion réciproque ou communauté du sang. Cette conception, peut-être applicable sur des animaux, n'a jamais été tentée sur l'homme, et je ne vois pas trop quel est le but réel de cette conception, tout au moins originale.

L'opération consisterait à établir, au moyen d'un tube, une communication entre le bout supérieur de l'artère de Pierre et le bout inférieur de l'artère de Paul, comme dans la transfusion artério-artérielle; mais, en plus, un autre tube mettrait en communication le bout supérieur de l'artère de Paul avec le bout inférieur de l'artère de Pierre, de sorte que serait ainsi établie une communication, pouvant durer plusieurs minutes ou même plusieurs heures, entre les deux circulations, établissant ainsi un échange réciproque ou une communauté des sangs.

Je ne sais pas quel pourrait être l'avantage d'une telle opération, mais je sais bien que, si on trouve des hommes assez dévoués pour donner de leur sang à un malade, on n'en trouvera pas, et avec raison, qui veuillent recevoir le sang de ce malade, et il ne serait pas du devoir d'un médecin de proposer un tel échange.

Voici maintenant que je vais vous présenter l'instrument inventé dès 1865 par le docteur J. Roussel, instrument qui satisfait absolument à toutes les conditions imposées pour la perfection de l'opération. Cet instrument diffère en tout des autres appareils, et ses grands avantages sont principalement d'être rempli d'eau chaude au lieu d'air, à l'arrivée du sang, sans toutefois mélanger avec de l'eau le sang transfusé; puis d'extraire le sang de la veine par une simple saignée inoffensive faite sous une couche d'eau; et, enfin, d'être entièrement construit de caoutchouc durci et de caoutchouc élastique, substance qui, parfaitement pure, réchauffée et mouillée par le courant d'eau, possède la propriété spéciale de conserver au sang sa température normale, et de le transporter sans le coaguler ni l'altérer.

Cet appareil vous paraîtra quelque peu compliqué, et sa manœuvre délicate; mais, comme il s'agit d'une opération d'une grande délicatesse, et aussi d'une grande importance, il est nécessaire que vous preniez le soin d'étudier ce manuel opératoire dont tous les détails sont indispensables.

Un grand nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux ont, depuis plusieurs années, demandé à l'Administration de mettre le transfuseur de M. Roussel à leur disposition, et cependant l'Administration n'y a pas encore consenti.

Le professeur, pour indiquer la position que doit prendre le chirurgien auprès du blessé et du donneur de sang, plaça devant une petite table un homme, représentant le donneur de sang, dont le bras est allongé parallèlement au bras du sujet figurant l'opéré. Sur le bras du cadavre de l'amphithéâtre, il pratiqua et démontra la préparation de la veine, ainsi que l'introduction de la canule afférente. Puis il démontra et figura au tableau le jeu de la lancette de l'instrument ; enfin, il plaça la ventouse au lieu d'élection sur la veine du donneur de sang, et, aspirant de l'eau, il montra qu'elle remplit l'appareil en entier après en avoir expulsé l'air. Puis il expliqua dans tous ses détails le manuel opératoire déjà connu des lecteurs de votre journal.

Maintenant que vous connaissez la seule méthode qui permette d'accomplir une transfusion parfaite, et que vous comprenez son manuel opératoire, je vais vous donner la preuve que la saignée opérée par l'instrument de M. Roussel est absolument inoffensive, et que le sacrifice de quelques cents grammes de sang nécessaires à sauver la vie d'un mourant n'est en rien nuisible à la santé d'un homme valide. Non seulement on trouve facilement des gens assez dévoués pour supporter ce léger sacrifice personnel, mais encore on en trouve qui ont eu la charité de se dévouer plusieurs fois dans le but de sauver leurs semblables.

Voici devant vous M. Guislin Du Puisch, ancien soldat, que vous voyez vigoureux et bien portant. Sur le trajet de sa veine médiane, vous pouvez distinguer six blanches cicatrices de saignées, et cependant cette veine est parfaitement indemne et perméable. Cet homme a déjà supporté six fois la saignée de la transfusion. Trois personnes sur cinq lui doivent actuellement la vie. De plus, il consent encore à ce qu'on lui fasse aujourd'hui, devant vous, la saignée nécessaire à la démonstration complète de l'appareil. (*Chaude ovation et triple salve d'applaudissements dans la salle.*)

La bande de saignée est appliquée sur le biceps de M. Du Puisch, la ventouse est fixée sur sa veine. L'appareil est rempli d'eau, que l'on voit jaillir par les canules terminales; c'est à ce moment qu'une des canules devrait être insinuée dans la veine du mourant si l'opération était complète ; puis l'arrivée d'eau est fermée.

La veine est prudemment ouverte par trois coups successifs de la lancette, de plus en plus allongée de façon à couper d'abord la peau, puis le tissu cellulaire, puis la veine sur sa paroi supérieure seulement.

Aussitôt le sang apparaît, d'abord mélangé d'eau, puis parfaitement pur, jaillissant de la canule.

Vous comprenez que si cette canule, de laquelle vous voyez jaillir ce sang pur et complet, était placée dans la veine d'un blessé, nous n'aurions qu'à continuer la manœuvre du ballon-pompe pour achever une transfusion parfaite; mais je ne veux pas laisser couler plus longtemps le sang précieux de cet homme dévoué. (*Nouveaux applaudissements.*)

Nous allons simplement enlever la ventouse et panser le bras avec une bande imbibée d'un liquide antiseptique; dans quelques heures la cicatrisation sera parfaite.

Je puis vous montrer maintenant, en démontant l'appareil et en le lavant, qu'il ne s'est formé à l'intérieur aucun caillot, et que, par conséquent, cet instrument remplit réellement toutes les conditions nécessaires à la parfaite transfusion du sang humain.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel Mollière.

Kyste hydatique de l'abdomen.

(Observation recueillie par M. J. Assada, interne des hôpitaux.)

Les kystes hydatiques des parois abdominales et du tissu cellulaire sous-péritonéal sont excessivement rares; Nélaton, dans son *Traité de pathologie chirurgicale*, n'en fait même pas mention, et Moutet peut être considéré comme le premier auteur qui se soit occupé de cette affection. Dans une étude, d'ailleurs fort bien faite, et publiée dans le *Montpellier* 1871, il a réuni les huit observations connues jusqu'à ce jour. Depuis lors, je crois, aucun autre travail n'a été fait, et le cas que nous avons pu observer dans le service de M. Daniel Mollière est, par cela même, très intéressant.

B...(Frédéric), âgé de trente-six ans, né à Monteroux-Milieu (Isère), entre, le 10 juin 1885, salle Sainte-Marthe, nº 16; il exerce la profession de cocher; mais, il y a quelques années, il était garçon de réfectoire dans un établissement scolaire et portait fréquemment de lourdes piles d'assiettes appuyées sur le flanc gauche. Il n'a aucun antécédent héréditaire ou acquis. C'est un homme d'une très robuste constitution. En 1877, il s'est aperçu, pour la première fois, d'une petite tumeur sur le côté gauche de la paroi abdominale, au-dessus de l'arcade de Fallope. Toutefois, deux ou trois ans auparavant, il avait ressenti en ce point une légère douleur qui augmentait par la pression. Depuis cette époque, la tumeur a augmenté insensiblement de volume; et d'ailleurs elle était à ce point indolente que jamais le malade ne consulta un médecin. Depuis 1882, sa marche semble être plus rapide, sans avoir cependant jamais présenté le moindre symptôme inflammatoire. Elle est aujourd'hui de la grosseur d'un poing et occupe une partie de la fosse iliaque gauche. Elle a un aspect étalé et est absolument fixe. Elle disparaît sous la couche musculaire aussitôt qu'on fait contracter la paroi abdominale. Elle est lisse, régulière, assez nettement fluctuante, et ne présente pas de frémissement hydatique. A l'aide d'une ponction capillaire, pratiquée avec l'appareil de Dieulafoy, on retire une sérosité limpide, dans laquelle l'examen microscopique révèle la présence de crochets.

L'intervention chirurgicale a lieu le 15 juin. M. le docteur Mollière, après avoir incisé, couche par couche, toute la paroi abdominale, arrive sur une poche sous-péritonéale qui, à son ouverture, laisse échapper environ un litre et demi d'un liquide clair et citrin. A l'aide de pinces à polypes et de pinces de Kœberlé, il retire un grand nombre de vésicules d'hydatides, variant comme volume d'un grain de mil à une orange. Lavage minutieux à l'aide d'une solution de sublimé. On place un drain dans la plaie, et on applique un pansement antiseptique. A la suite de cette intervention, il y eut une très légère réaction fébrile et pas le moindre symptôme de péritonite. La plaie ne présenta pas de complication, et le 10 septembre dernier le malade sortait de l'hôpital, complètement guéri.

Si nous rapportons cette observation au travail de Moutet, nous reconnaîtrons, avec cet auteur, que les kystes hydatiques des parois abdominales sont remarquables par la lenteur de leur développement et le peu de trouble fonctionnel qu'ils déterminent. Ce cas servira à établir la préférence de ces tumeurs pour le côté gauche du corps; car il portera à cinq celles qui se sont développées de ce côté (observations Boudet, Decieux, Courty, Moutet). Parmi les trois autres dont le siège est connu, une (observ. Roux) occupait la ligne médiane, et deux le côté droit (observ. Deigner, Leidy). Enfin, jusqu'à présent, les auteurs n'ont presque jamais trouvé un liquide absolument semblable dans les différentes tumeurs qu'ils ont observées. Tantôt c'est une sérosité limpide, comme dans notre observation, tantôt un liquide clair (Deigner), tantôt quelque chose de séro-purulent (Courty). Decieux a même rencontré du pus véritable. D'après le docteur Jonassen, le caractère du liquide indiquerait l'état pathologique des échinocoques. Un liquide clair et citrin dénote un kyste hydatique à l'état de développement, et n'ayant subi à aucun degré une dégénération ou une inflammation quelconques. L'opalescence indique la mort des échinocoques dont les cadavres, en se dissolvant, ont abandonné au liquide la matière albumineuse dont ils sont formés; enfin l'aspect purulent serait dû à la régression de ces cadavres. Cette théorie confirme notre opinion première, c'est-à-dire que le kyste, sujet de cette observation, était en cours de développement.

NOUVELLES EXPÉRIENCES

A PROPOS DE LA LOCOMOBILITÉ INTRACRANIENNE DU CERVEAU

Par M. G. Luys.

Dans le récit des expériences que j'ai exposées l'an dernier devant l'Académie de médecine, je me suis évertué, à l'aide de recherches originales faites sur le cadavre, à prouver :

Que la masse du cerveau étant plus petite que la capacité cranienne, il y avait naturellement, entre le contenu et le contenant, un espace libre, et que, cet espace libre étant occupé par du liquide, la masse encéphalique était susceptible d'accomplir des mouvements de glissement passifs analogues à ceux du fœtus plongé au sein du liquide amniotique. J'ai donc été amené à conclure que la masse cérébrale, ayant de l'espace autour d'elle, surtout dans les portions supérieures, était susceptible d'opérer une série de déplacements successifs par suite des changements de position de la boîte cranienne qui l'enserre.

J'ai particulièrement insisté sur les faits suivants, en disant, par exemple : que, la tête reposant sur l'occipital dans l'attitude de l'homme couché, la substance cérébrale perdait par cela même le contact en avant avec la boîte cranienne; qu'il en était de même lorsque la tête reposait sur la région frontale, les régions occipitales du cerveau abandonnant à ce moment le contact avec la boîte cranienne; que, dans le décubitus latéral gauche ou droit, l'un ou l'autre hémisphère abandonnait la surface cranienne correspondante, suivant que l'un ou l'autre occupait la position supérieure; et enfin, que, dans l'attitude verticale, lorsque le

sujet est debout, les portions supérieures du cerveau perdaient le contact avec la voûte cranienne, s'affaissaient légèrement sur elles-mêmes, en abandonnant un espace libre, ainsi que cela a été constaté, en particulier dans une circonstance spéciale, par Laborde, sur la tête d'un décapité.

Ces considérations nouvelles relatives aux déplacements passifs du cerveau sous son enveloppe osseuse, suivant les différentes attitudes de la tête, m'ont permis de donner une explication rationnelle du rôle physiologique de l'arachnoïde dans l'ensemble des actes de la vie cérébrale.

Dans l'organisme, l'existence d'une séreuse n'implique-t-elle pas un mouvement accompli? Et cela est si vrai que, là où des mouvements anormaux se produisent, dans le jeu de certaines gaines tendineuses par exemple, il se produit naturellement des séreuses nouvelles, qui indiquent par cela même l'existence de mouvements insolites. Quoi donc d'extraordinaire à dire que, s'il y a une séreuse autour de la masse de l'encéphale, cette séreuse soit là pour en faciliter les déplacements?

On trouvera dans le récit de la discussion qui suivit à l'Académie de médecine l'exposé de mes idées, les objections plus ou moins spécieuses qui lui ont été présentées et auxquelles je crois avoir suffisamment répliqué à l'aide d'expériences répétées, destinées à combattre mes contradicteurs.

Je désire actuellement répondre à l'une d'elles, qui m'a paru sérieuse, et dans laquelle on me reprochait d'avoir opéré dans des conditions anormales, en produisant des traumatismes de la paroi cranienne et en introduisant par cela même, dans le champ des expériences, des données imprévues.

Je me suis donc mis en mesure d'étudier les rapports du cerveau et de la boîte cranienne dans des conditions nouvelles, se rapprochant le plus possible des conditions normales, sans rien déranger aux rapports naturels des parties.

Le procédé employé dans ce but est bien simple : il consiste à congeler le crâne et le cerveau chez un sujet maintenu soit dans la position horizontale, soit dans la position verticale, et à voir, à l'aide de coupes intéressant en même temps le contenu et le contenant, quels sont les rapports réciproques, dans l'un et l'autre cas, du cerveau et de la boîte cranienne. Cette méthode d'expériences me paraît présenter des garanties sérieuses de sincérité, attendu que, les choses restant en place, l'opérateur ne fait que constater leur réalité, et de plus la continuité dans laquelle le liquide céphalo-rachidien peut se mouvoir se trouve ainsi maintenue dans ses rapports normaux.

Une fois que le cerveau a été congelé, j'ai pratiqué des coupes soit dans le sens horizontal, soit dans le sens vertical, et j'ai pu, à l'aide d'un verre dépoli mouillé, prendre les tracés respectifs du pourtour du cerveau et des parois craniennes. Ce sont ces graphiques faits directement sur nature, comme une épreuve photographique, que je fais passer sous les yeux de la Société.

1° La planche I représente la coupe horizontale du cerveau et des parois craniennes d'un sujet dont la tête avait été congelée dans la position horizontale. On voit nettement, ainsi que je l'ai déjà avancé, que, lorsque la tête est horizontalement placée, reposant sur l'occiput, la masse du cerveau rétrocède en s'affaissant sur la région occipitale et laissant au niveau des lobes frontaux, entre ces lobes et les parois osseuses, un espace libre occupé par du liquide céphalo-rachidien congelé au milieu de tractus de tissu cellulaire induré.

Ce liquide, dans le cas actuel, est représenté par de véritables glaçons disposés sous forme d'une calotte en croissant, interposée entre la dure-mère accolée au crâne et la surface cérébrale. Elle a son maximum d'épaisseur au niveau des régions culminantes, et s'atténue au niveau des régions pariétales. Au niveau de la région occipitale, la masse cérébrale était adhérente à la paroi osseuse.

2° Sur un autre sujet, dont la tête, à l'aide d'un dispositif spécial, avait été congelée en la maintenant verticale, dans l'attitude d'un homme assis, je répétai les mêmes opérations. La congélation ayant été suffisante, je pratiquai une série de coupes verticales intéressant, dans une épaisseur d'environ 2 centimètres, la masse cérébrale et les parois osseuses.

Sur les graphiques que j'ai recueillis, on voit la différence qui existe avec le graphique précédent. Ici l'espace vide n'occupe plus, comme précédemment, la région frontale, mais bien la région sincipitale ; les lobes cérébraux, dans l'attitude verticale, ont perdu le contact avec la boîte cranienne ; ils ont rétrocédé en s'affaissant sur eux-mêmes, et laissé un espace libre occupé par le liquide céphalo-rachidien congelé. Par l'effet de la congélation, le liquide a été surpris en place dans ses rapports naturels. Il représente une série de petits cristaux citrins enchâssés dans des tractus de tissu cellulaire congelé, et forme, au pourtour de la région convexe des lobes cérébraux, comme dans le cas précédent, une calotte glacée semi-lunaire, ayant son maximum d'épaisseur dans les régions culminantes du cerveau et s'atténuant sur les parties latérales.

Dans le cas actuel, la congélation a été tellement profonde qu'elle s'est étendue jusque dans les régions centrales du cerveau. Le liquide des ventricules latéraux a été en effet congelé du même coup, et il se présente sous l'apparence de petits cristaux jaune ambré, entourant les plexus choroïdes.

Ces expériences nouvelles, qui respectent les rapports naturels du cerveau et de son enveloppe osseuse, me paraissent démontrer d'une façon indéniable que, dans l'attitude horizontale de la tête, ces rapports intimes ne sont plus les mêmes que dans l'attitude verticale. — Dans le premier cas, ce sont les lobes cérébraux qui perdent le contact avec la paroi osseuse en avant, au niveau des bosses frontales. — Dans le second, ce sont les régions culminantes de ces mêmes lobes qui, en perdant le contact avec la voûte cranienne, s'affaissent sur eux-mêmes de haut en bas. — Chez l'homme couché horizontalement, chez l'homme debout, les rapports du cerveau avec sa boîte osseuse ne sont pas les mêmes. — On est donc logiquement amené à cette conclusion que le cerveau se déplace suivant les différentes attitudes de la tête, et que ses mouvements de glissement sont favorisés par une séreuse appropriée, et cette séreuse, c'est l'arachnoïde, dont le rôle physiologique se trouve ainsi légitimement expliqué (1).

---

(1) Je tiens à indiquer, pour les personnes qui voudraient reproduire les expériences précédentes, les dispositifs spéciaux auxquels j'ai eu recours pour congeler d'une façon efficace et profonde la substance cérébrale.

Il est d'abord indispensable de détacher le cuir chevelu, de manière à mettre les parois osseuses directement en contact avec le mélange réfrigérant; ce mélange réfrigérant doit être constitué par de la glace pilée, mélangée avec du sel marin. Il doit être maintenu en contact avec la tête environ pendant huit à dix heures, et renouvelé au fur et à mesure de la fusion.

Quand il s'agit de congeler la tête dans la position horizontale, la chose est relativement facile : il suffit de mettre la tête dans une petite cuve échancrée au niveau du cou, suffisamment large pour contenir la tête et le mélange réfrigérant en quantité suffisante.

Quand il s'agit d'opérer dans l'attitude verticale du sujet, il faut se servir d'un large tuyau métallique, échancré à la partie inférieure pour s'appliquer sur les épaules, et pouvant recevoir à l'aise la tête, le cou et le mélange réfrigérant. Le sujet en expérience doit être solidement fixé dans l'attitude assise sur une forte chaise. Dans cette position, on introduit la tête dans le cylindre que l'on fixe sur les épaules, en ayant soin de garnir sa partie inférieure avec des tampons de linge. Ceci fait et le crâne ayant été dénudé, on introduit, par petites portions, le mélange réfrigérant destiné à congeler toute la masse de l'encéphale. Il est absolument nécessaire que le cylindre dépasse d'une quantité notable la partie supérieure de la tête pour que la couche de la masse réfrigérante soit précisément au maximum en cet endroit. Il faut en général huit à dix heures pour congeler l'encéphale.

Lorsqu'on sort la tête du mélange réfrigérant, elle a pris une grande densité, analogue à celle du marbre. Et alors on pratique les coupes. Celles-ci doivent être faites d'une épaisseur d'environ 2 à 3 centimètres, à l'aide d'une scie. Il faut en pratiquer cinq ou six pour bien se rendre compte des détails anatomiques; on applique ensuite sur chaque coupe un verre dépoli mouillé, et on peut ainsi faire à l'aide d'un crayon un tracé rapide des contours du cerveau et des parois osseuses.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance annuelle du 21 décembre 1885. — Présidence de M. Jurien de La Gravière.

M. le Président prononce le discours d'usage dans lequel il résume les principaux événements qui ont marqué, dans l'Académie, au cours de la présente année.

M. Bertrand, secrétaire perpétuel, proclame les résultats des concours de 1885, que nous donnons ci-dessous en ce qui concerne les sciences médicales.

M. Bertrand, en l'absence de M. Jamin, secrétaire perpétuel, retenu loin de l'Académie par une longue et douloureuse maladie, prononce les éloges historiques de Charles-Pierre-Mathieu Combes et de Jules-Antoine-René Maillard de La Gournerie, membres décédés de l'Académie des sciences.

PRIX DÉCERNÉS

I. Médecine et chirurgie.

Prix Montyon. — L'Académie décerne :

A. Trois prix de 2,500 francs : 1° à M. le docteur Augustin Charpentier, professeur à la Faculté de médecine de Nancy (*Travaux sur les fonctions de la rétine*); — 2° à M. le docteur L.-H. Farabeuf, chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris (*Traité de manuel opératoire*); — 3° à MM. J. Regnauld, professeur, et E. Villejean, chef du laboratoire de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris (*Recherches sur les propriétés anesthésiques des formènes et de leurs dérivés chlorés*).

B. Trois mentions honorables (de 1 500 francs chacune) : 1° à M. le docteur E. Gavoy (*Invention d'un cérébrotome et travaux sur la répartition de la substance grise et de la substance blanche de l'encéphale*); — 2° à M. le docteur P. Redard (*Transport en chemin de fer des blessés et des malades militaires; thermométrie*); — 3° à M. le docteur P. Topinard (*L'anthropologie*).

C. Une citation honorable : 1° à M. le docteur Moncorvo, de Rio de Janeiro (*Dilatation de l'estomac chez les enfants; recherche de la température de l'abdomen dans l'entérite et la péritonite*); — 2° à M. le docteur L. Paoli (*Étude sur les accidents de l'organisme*); — 3° à M. le docteur Polaillon (*Monographie sur la chirurgie du doigt*); 4° à M. le docteur L.-A. de Saint-Germain (*Leçons sur la chirurgie orthopédique*); — 5° à M. Saint-Yves Ménard (*Contribution à l'étude de la croissance chez l'homme et les animaux*); — 6° à M. Ed. Retterer (*Études sur le développement du squelette des extrémités*); — 7° à M. de Robert de Latour (*La chaleur animale*); — 8° à M. le docteur L. Thomas (*Lectures sur l'histoire de la médecine*).

Prix Bréant. — A. Prix de 5 000 francs à M. le docteur Mahé, médecin sanitaire de France à Constantinople (*Sur la marche et l'extension du choléra asiatique des Indes orientales vers l'Occident depuis les dix dernières années* (1875-1884) *et sur quelques conséquences qui en résultent;* — 2° *Rapport adressé à M. le ministre du commerce sur la recherche de l'origine du choléra d'Égypte en* 1883).

B. Trois mentions honorables (de 1 500 francs chacune) : 1° à M. le docteur L. Bouveret (*Études sur les foyers cholériques de l'Ardèche*); — 2° à M. Gabriel Pouchet (*Recherches sur le sang des gros vaisseaux et sur les déjections des cholériques*); — 3° à M. Émile Rivière (*Études statistiques sur le choléra dans les hôpitaux civils de Paris pendant l'épidémie de* 1884-1885).

C. Un encouragement de 500 francs à M. A. Villiers (*Sur la formation des ptomaines dans le choléra*).

Prix Godard. — Prix de 1 000 francs à M. le docteur Ernest Desnos : (1° *Étude sur une cause particulière de rétention d'urine;* 2° *Recherches anatomiques sur l'appareil génital des vieillards*).

Prix Dusgate. — Ce prix n'est pas décerné.

Prix Lallemand. — Prix de 1 800 francs à M. le docteur Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier (*Traité pratique des maladies du système nerveux*). — Mention honorable à M. le docteur Bernard, de Marseille (*De l'aphasie et de ses diverses formes*).

II. Physiologie.

Prix Lacaze. — Prix de 10 000 francs à M. le docteur Duclaux (*Nombreux travaux de physiologie*).

Prix Montyon. — Prix (une médaille de la valeur de 750 francs) à M. C.-A. Rémy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris (*Sur les nerfs éjaculateurs*). — Mention honorable à M. le docteur Rouch, de Montpellier (*Méthode graphique appliquée à la physiologie du gros intestin.*)

III. Prix divers.

Statistique. — *Prix Montyon.* — Prix de 1 000 francs à M. le docteur P. de Pietra-Santa (*Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde à Paris*). — Mention exceptionnellement honorable à M. le docteur J. Socquet (*Contribution à l'étude statistique sur le suicide en France de* 1826 *à* 1878). — Mention très honorable à M. le docteur A. Chervin (*Étude statistique sur la taille dans le département de la Seine-Inférieure*).

Chimie. — *Prix Jecker.* — Le prix est partagé de la manière suivante : 1° 4 000 francs à M. Prunier, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris (*Recherches sur les carbures, les glycérines, la quercite, etc.*); — 2° 4 000 francs à M. R.-D. Silva (*Travaux divers sur les ammoniaques, la propylamine, etc.*); — 3° 2 000 francs à M. G. Rousseau (*Travaux de chimie minérale et de chimie organique*).

Prix Lacaze. — Prix de 10 000 francs à M. A. Ditte, professeur à la Faculté des sciences de Caen (*Mémoires sur des sujets très variés de chimie*).

Géologie. — *Prix Delesse.* — Prix de 1 400 francs à M. de Lapparent (*Traité de géologie*). — Un encouragement de 1 000 francs à M. A. Caravan Cachen (*Esquisse géographique et géologique du département du Tarn*).

Botanique. — *Prix Barbier.* — Le prix est partagé de la manière suivante : 1 000 francs à M. Raphaël Dubois (*Machine à anesthésier*) et 1 000 francs à MM. Heckel et Schlagdenhauffen (*Série d'études aux points de vue historique, chimique et thérapeutique*).

Prix Desmazières. — Prix (une médaille de 1 600 francs) à M. Leclerc Du Sablon (*Recherches sur les hépatiques*).

Prix Thou. — Ce prix n'est pas décerné.

Prix Montagne. — Prix de 1 000 francs à M. Patouillard, pharmacien à Fontenay-sous-Bois (*Descriptions et analyses microscopiques des champignons nouveaux, rares ou critiques*).

Anatomie et zoologie. — *Prix Savigny.* — Il n'y a pas lieu de décerner ce prix pour l'année 1885.

Grand prix des sciences physiques. — Prix (une médaille de 3 000 francs) à M. le docteur Joannès Chatin (*Étude de la structure intime des organes tactiles dans l'un des principaux groupes naturels d'animaux invertébrés.*)

Prix Bordin. — Aucun mémoire n'a été présenté au concours.

Prix du Gama Machado. — Prix (une médaille de 1 200 francs) à M. Paul Girod (*Mémoires sur les parties colorées du système tégumentaire des animaux*).

IV. Prix généraux.

Arts insalubres. — *Prix Montyon.* — L'Académie décerne deux prix (de 2 500 francs chacun) : 1° à M. Ch. Girard, directeur du laboratoire municipal de la ville de Paris (*Documents sur les falsifications des matières alimentaires et sur les travaux du laboratoire municipal*); — 2° à M. Chamberland (*Bougies filtrantes ou filtres Chamberland.*)

Prix Cuvier. — Prix (une médaille de la valeur de 1 500 francs à M. Van Beneden, professeur à l'Université de Louvain (*Recherches sur l'organisation et le développement des animaux inférieurs; travaux sur les cétacés.*

Prix Trémont. — Le prix, élevé cette année à la somme de 2 000 francs, est partagé également entre M. Bourbouze, préparateur de physique à la Sorbonne (*Nombreux appareils et expériences; projections photographiques*), et M. Sidot (*Préparation de différents corps nouveaux*).

Prix Geyner. — Prix de 4000 francs à M. Valson (*Recherches en faveur des progrès des sciences positives*).

Prix Petit d'Ormoy. — Prix de 10000 francs à M. le docteur Sappey, professeur à la Faculté de médecine de Paris (*Anatomie et physiologie des vaisseaux lymphatiques considérés ehez l'homme et chez les vertébrés*).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1886

(Nous publierons la liste et les conditions de ces prix dans un prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 décembre 1885. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Hypnone. — M. LABORDE a continué à faire, sur cette substance, une série d'expériences qui sont venues confirmer ses premières conclusions et qui démontrent surtout que cette substance exerce une action toxique et qu'elle agit sur le système nerveux du cœur.

De la sapidité des sels alcalins. — M. CH. RICHET a fait des expériences qui l'ont conduit à ces conclusions, que les sels alcalins agissent sur le même élément anatomique, qu'ils exercent une action purement chimique et que les nerfs du goût réagissent en raison de leur poids moléculaire.

Fibres modératrices cardiaques. — M. LIVON a fait des recherches tendant à démontrer la présence de fibres modératrices cardiaques dans la branche interne du spinal, en d'autres termes, que les fibres modératrices du pneumo-gastrique proviennent du spinal.

Injections intraveineuses d'urines de cholériques. — M. LIVON a fait sur des chiens des injections intraveineuses d'urines de cholériques arrivés à la période algide, sans jamais avoir obtenu, par ces injections, aucun effet toxique.

Locomobilité du cerveau. — M. LUYS a fait de nouvelles expériences à propos de la locomobilité intracranienne du cerveau. (Voir plus haut, p. 1179.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 12 décembre 1885, sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique :

MM. Voisin, conseiller à la Cour de cassation; le docteur Nicaise, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Ferry, maire du IX[e] arrondissement; Thomas, maire du XIII[e] arrondissement; le docteur Bouchardat, administrateur du Bureau de bienfaisance du IV[e] arrondissement, et le docteur Dubrisay, membre pris en dehors de toute catégorie.

— Il est institué, près le ministère de l'instruction publique, une commission chargée d'établir l'organisation des conditions du stage hospitalier exigé des aspirants au doctorat en médecine et de proposer un règlement général réorganisant ce service.

Sont nommés membres de cette commission : MM. Gavarret, président; Peyron, vice-président; Béclard, Besnier, Charcot, Gallard, Jaccoud, Léon Labbé, Le Fort et Tillaux.

— Par arrêtés ministériels, en date du 18 décembre 1885 : 1° un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'École de médecine d'Angers s'ouvrira, le 1[er] juillet 1886, devant ladite École; 2° un concours pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à ladite École s'ouvrira le 15 juillet 1886; 3° un concours pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à ladite École s'ouvrira le 5 novembre 1886 devant la Faculté de médecine de Paris.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre d'inscriptions du deuxième trimestre de l'année scolaire 1885-1886, sera ouvert le mercredi 6 janvier 1886, à midi. Il sera clos le samedi 23 janvier, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre suivant, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et de deuxième année de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 6, jeudi 7, vendredi 8, samedi 9, mercredi 13, jeudi 14 et vendredi 15 janvier.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les samedi 16, mercredi 20, jeudi 21, vendredi 22 et samedi 23 janvier. — La quatrième inscription ne sera point délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen (physiologie).

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du vendredi 15 janvier 1886.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le premier trimestre de l'année scolaire 1885-1886. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et aux externes qui négligeraient de les remplir.

— A l'occasion des fêtes de Noël, la Faculté de médecine de Paris sera fermée les vendredi 25 et samedi 26 décembre 1885.

— MM. les docteurs Broch et Jacques Bertillon viennent d'être nommés membres du conseil de la Société de statistique de Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bayonne (de Gimont) et Hurel (de Gaillon).

— Le bureau de la Société médicale des hôpitaux est ainsi constitué pour l'année 1886 :

Président, M. Guyot; vice-président, M. Féréol; secrétaire général, M. Desnos; secrétaires des séances, MM. Legroux et Barth; trésorier, M. Moutard-Martin. — Le conseil d'administration se compose de MM. Ferrant, Balzer, Féré, Lacombe; le conseil de famille, de MM. Vidal, Syredey, Cadet de Gassicourt, Dumontpallier; le comité de publication, de MM. Barth, Legroux, Desnos, Laveran, Tennesson.

— Les adhésions à la Société médicale de déontologie peuvent être adressées à M. le docteur Ladreit de Lacharrière, 1, rue Bonaparte.

— *Algérie.* — Excellent poste médical à occuper gratuitement, dans une ville sous-préfecture du département d'Alger; localité salubre et d'un grand avenir, qui doit être prochainement desservie par une voie ferrée. — Le titulaire peut compter sur les émoluments suivants : 1° le produit d'une bonne clientèle, facile à desservir; 2° une subvention annuelle de 3000 francs, payée par la caisse municipale ; 3° plus une somme de 2000 francs environ, payée par des administrations diverses.

S'adresser à M. le maire de Tizi-Ouzou.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18774.

N° 149. — JEUDI 24 DÉCEMBRE 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 24 DÉCEMBRE 1885. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a procédé au renouvellement de son bureau. Elle a nommé vice-président M. Sappey. Puis, après une courte lecture de M. Blache sur la dilatation de l'estomac chez les enfants, M. le président a proclamé le comité secret pour que, par rang d'ancienneté, chacun des académiciens présents fût appelé à choisir son fauteuil.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT

Nécrose du maxillaire inférieur.

Je vais avoir à opérer deux petits malades atteints tous deux d'une lésion à peu près identique, d'une nécrose d'origine traumatique du maxillaire inférieur. Ce sont un petit garçon de dix ans et une petite fille de quatre ans.

Le premier de ces malades fit, il y a un an, une chute de voiture de telle sorte que la mâchoire inférieure fut assez fortement contuse. Peu de temps après, une petite grosseur apparaissait sous la symphyse du menton, un abcès se forma, suppura et laissa à sa suite une fistule persistante.

Au mois de janvier dernier, une seconde fistule se formait et donnait issue, comme la première, à un liquide séro-purulent; de sorte que de chaque côté de la symphyse on apercevait une petite fistule. Le 25 avril, une troisième petite collection purulente s'était formée et s'ouvrait à son tour. Bref, aujourd'hui cet enfant, tout en paraissant jouir d'une bonne santé, porte trois fistules sous la mâchoire : l'une borgne, et les deux autres conduisant, au contraire, directement sur le bord inférieur et postérieur du maxillaire inférieur dénudé, lequel renferme quelques séquestres.

La petite fille est également sans aucun antécédent héréditaire; elle a fait une chute au mois d'octobre de l'année dernière, et, dans cette chute, sa joue droite est venue se heurter contre un mur. Les accidents consécutifs ont été de la douleur, de la rougeur, puis une tuméfaction au niveau du sillon gingival droit, formation d'un abcès osseux qui s'ouvre dans la bouche et donne beaucoup de pus. Une fistule se forme, fistule persistante que je suis appelé à constater trois mois plus tard pour la première fois. La gencive est fongueuse, la fistule gingivale est large et laisse apercevoir dans le fond l'os dénudé. Quelque temps après, elle se ferme, la gencive se tuméfie alors de nouveau, douleur et rougeur reparaissent. Un nouvel abcès se développe, il s'ouvre, laisse couler du pus et donne issue à un séquestre long de 2 centimètres et large de 1 centimètre. La plaie se ferme encore une fois et les mêmes accidents se reproduisent : gonflement, chaleur, rougeur, douleur, abcès, écoulement purulent, élimination de plusieurs séquestres, et cette fois une fistule s'établit non loin du lobule de l'oreille.

Enfin la petite malade vient de nous être amenée dans l'état suivant : santé générale bonne, gencives fongueuses, épaisses, sans aucun trajet fistuleux actuel; fistule au-dessous et un peu en avant du lobule de l'oreille; un stylet introduit par cette ouverture permet de constater la présence d'un séquestre. La dent canine et les deux incisives du côté droit sont ébranlées, la première dent molaire est tombée; le reste est en bon état.

En résumé, voici deux malades chez lesquels la lésion est le résultat d'une contusion, suite de chute, et est caractérisée par du gonflement, de la rougeur, de la douleur, la formation d'un premier abcès, suivi de temps à autre de poussées inflammatoires, d'abcès successifs, de formation et élimination de séquestres, fistules, etc.

Or la nécrose du maxillaire inférieur, consécutive à une contusion, n'est pas chose très commune. Bien souvent des contusions tout aussi violentes sur d'autres parties du squelette, tibia, clavicule, etc., n'entraînent à leur suite aucun accident de cette nature, aucune nécrose. Sur le maxillaire inférieur on observe, au contraire, plus fréquemment la nécrose d'origine syphilitique ou la nécrose phosphorique, et, dans le cas actuel, syphilis et phosphore n'ont rien à voir ici; j'ajoute, pour le dire en passant, que les nécroses phosphoriques paraissent devenir de plus en plus rares.

En fait de nécrose, je citerai aussi celle qui frappe particulièrement l'enfance, bien qu'on l'observe aussi au commencement de l'âge adulte, c'est-à-dire la nécrose d'origine dentaire, soit qu'elle survienne chez l'enfant à l'époque de la dentition de lait, soit qu'elle se produise à l'occasion de

l'éruption des dents de sagesse chez l'adulte. Enfin, il y a même des nécroses du maxillaire inférieur qui reconnaissent une origine exanthématique et se produisent à la suite de la rougeole, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde.

Quant à celles d'origine traumatique, elles sont beaucoup moins communes, comme je le disais tout à l'heure, et c'est probablement pourquoi on n'a que peu insisté sur leur formation et leur développement.

Mais pourquoi un traumatisme détermine-t-il plus facilement une nécrose sur le maxillaire inférieur que sur les autres os? Si l'on examine l'os de la mâchoire inférieure, on est frappé de son aspect lisse, éburné, dans la plus grande partie de son étendue, et de sa faible vascularité. Il existe bien une artère dentaire, mais elle est plutôt destinée aux dents, au bulbe dentaire. De plus, le maxillaire inférieur est très superficiel, et, par suite, beaucoup plus exposé à une action traumatique quelconque, laquelle est facilement susceptible d'entraîner une ostéopériostite par décollement du périoste. Enfin, l'insertion même des dents, qui peuvent être malades, est encore une cause prédisposante à la nécrose.

Quant au pronostic, il est en raison même de l'étendue et du siège de la lésion. Et ici une question se présente : Peut-on toujours enlever un séquestre du maxillaire inférieur par la bouche? Non; cela dépend des circonstances. Si la nécrose est étendue, si le périoste alvéolaire est déchiré, le séquestre tendra à s'échapper par la voie buccale, et son extirpation par la bouche deviendra facile. Mais si la nécrose siège, par exemple, sur le bord inférieur de la mâchoire, il ne sera plus possible de suivre, dans le manuel opératoire, le même chemin; car, ou l'on ne réussirait pas, ou bien, si l'on réussissait, ce serait au prix de dégâts intra-buccaux considérables.

Chez l'un de mes deux malades, chez le petit garçon, je serai forcé, pour aller à la recherche du séquestre, de faire une incision extra-buccale. C'est un garçon, par conséquent, cela a moins d'inconvénients au point de vue plastique. Chez la petite fille, je ne sais pas encore; je suis moins certain de la façon dont je devrai procéder, parce que l'un de ses abcès a déjà donné issue à un séquestre gingival et que, de ce côté, la fistule est fermée, tandis qu'il y a, au contraire, un trajet fistuleux s'ouvrant au-dessous de l'oreille. D'ailleurs, avant de prendre un parti, la petite malade étant endormie, j'explorerai de nouveau la lésion. Cependant, je crois bien que mon incision sera ici également extra-buccale, à cause de la situation du séquestre, placé du côté du bord postérieur de la mâchoire, non loin de l'oreille.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

La pleurésie et la tuberculose dans la fièvre typhoïde.

Parmi les malades qui étaient dans notre service ces jours derniers, je voudrais appeler votre attention sur cette jeune femme qui était entrée dans nos salles, atteinte d'une fièvre typhoïde de forme adynamique, survenue quatre mois après être accouchée, c'est-à-dire dans des conditions particulières de gravité.

Néanmoins la maladie eut une évolution régulière du 7 au 19 du mois dernier, la température ne dépassant pas 40 degrés. Dès le vingt et unième jour la fièvre commençait à s'abaisser, et la défervescence suivit une marche régulière jusqu'au vingt-huitième jour, date à laquelle tous phénomènes fébriles avaient cessé. La température était aux environs de 37 degrés le matin, et le soir de 38. Cette défervescence avait été un peu hâtée par deux hémorrhagies peu abondantes survenues le vingt-sixième jour et qui avaient paru avoir une heureuse influence sur la température. Bref, la convalescence était proche et la guérison pouvait être espérée.

Malheureusement, d'autre part, des eschares au sacrum s'étaient produites, eschares profondes et d'une étendue assez considérable. Elles se détachèrent péniblement, laissant à leur place un foyer profond de suppuration. Cependant le trente et unième jour la défervescence était accomplie et nous pouvions espérer qu'aucun accident ne surviendrait, lorsque tout à coup la fièvre reparut, la température remontant à 39 degrés, à 40, et même un peu au-dessus; fièvre irrégulière s'accompagnant de temps à autre de quelques petits frissons et semblant nous menacer de quelque résorption septique, d'autant plus que les divers appareils ne présentaient rien de particulier. La suite a malheureusement confirmé nos craintes; la fièvre a continué sa marche irrégulière, la malade s'est plainte à un moment donné d'une vive douleur dans le côté gauche de la poitrine, la respiration se faisait mal, le poumon paraissait s'engouer. Bref, le cinquante et unième jour au matin, l'agonie commençait et le soir la malade était morte.

Nous avons pu faire l'autopsie et voici ce qu'elle nous a révélé : 1° les lésions intestinales de la fièvre typhoïde sont toutes guéries, cicatrisées, à l'exception d'une seule, située près de la valvule iléo-cæcale; 2° un épanchement pleural de nature purulente dans le côté gauche de la poitrine (plus de deux litres de pus); 3° un commencement de tuberculisation pulmonaire.

La pleurésie survenant dans le cours de la fièvre typhoïde est une complication relativement rare, elle l'est beaucoup moins à la suite de cette maladie. Un assez grand nombre de cas ont été observés et Liebermeister, dans sa statistique, montre qu'elle survient *à la suite de la fièvre typhoïde* dans la proportion de 3 1/2 p. 100. Il ajoute, de plus, que dans un quart des cas, le liquide est purement séreux, tandis qu'il est sanguinolent, sanieux ou purulent dans les trois autres quarts des cas.

A quelle cause attribuer ces pleurésies? Dans quelques cas on peut les attribuer à un refroidissement, mais le fait est assez exceptionnel. En effet, à Lyon où la méthode de Brandt — le traitement par l'eau froide — a été expérimentée avec toutes les précautions nécessaires, la proportion des pleurésies a été seulement de 1 1/2 p. 100.

Donc, si la méthode de Brandt n'expose pas davantage à la pleurésie dans le cours de la fièvre typhoïde, cela nous prouve que la pleurésie n'est pas une complication ordinaire de cette maladie, mais bien plutôt une affection secondaire survenant consécutivement à la dothiénentérie, puisqu'elle se produit alors que, la fièvre étant tombée depuis quelques jours déjà, la méthode de Brandt n'est plus appliquée.

Ces pleurésies purulentes secondaires reconnaissent alors bien plutôt pour cause soit des infarctus, des gangrènes pulmonaires ou bien encore surviennent par le voisinage d'une péritonite périhépatique ou périsplénique. Le plus grand nombre d'entre elles sont accompagnées d'une tendance à la suppuration généralisée, d'abcès multiples. Notre malade était aussi dans ce dernier cas en ce sens que, outre ses eschares du sacrum, elle avait eu des abcès furonculeux assez gros dans la région inguinale.

Quoi qu'il en soit, ces pleurésies sont généralement la-

tentes, insidieuses, elles se produisent sans point de côté bien violent, sans accélération notable de la respiration, ni fièvre intense; cette fièvre elle-même se confond souvent avec la fièvre de suppuration des foyers. De là des difficultés de diagnostic. Ajoutons à ce tableau que les typhiques ont souvent déjà un certain degré de congestion de la base des poumons et qu'ils sont généralement, dans ces cas-là, dans un état adynamique, si bien que ces pleurésies augmentent de beaucoup la mortalité, soit de 55 p. 100.

Mais notre malade était dans une situation plus grave encore par le fait d'une tuberculisation pulmonaire. Les rapports entre la fièvre typhoïde et la tuberculose ont beaucoup préoccupé les médecins. Les uns ont considéré la présence des deux affections sur le même malade comme très rare, soutenant qu'il y avait antagonisme entre les deux maladies. Ce qui est vrai, c'est qu'elles peuvent coïncider sur le même sujet, mais dans ces conditions le plus souvent que les tuberculeux atteints de fièvre typhoïde n'en sont encore qu'au début de leur tuberculose quand la dothiénentérie éclate, et que celle-là s'accentue et prend une marche rapide pendant le cours de la fièvre typhoïde qui semble ainsi lui donner un coup de fouet. Aussi, dans ces cas-là, la mortalité est-elle très augmentée : d'après la statistique de Liebermeister, elle serait de 75 p. 100.

Par contre, il est très rare qu'un tuberculeux avéré prenne la fièvre typhoïde. Dans ce cas il semble qu'il y ait antagonisme réel.

D'ailleurs ces constatations sont difficiles à faire à l'hôpital où les malades ne passent qu'un temps plus ou moins limité, et par suite ne peuvent être suivis, tandis qu'en ville vous continuez à les observer et vous vous trouvez ainsi à même de voir la tuberculose se développer. Nous pourrions aussi nous demander si le germe de la tuberculose n'aurait pas été contracté dans nos salles par les typhiques pendant le cours de leur maladie. Je ne le crois guère; d'ailleurs, je le répète, la fièvre typhoïde qui atteint un tuberculeux le frappe généralement au début, alors que les signes de la tuberculisation sont encore souvent difficiles à constater, qu'ils peuvent se confondre avec un commencement de manifestation bronchique ou pulmonaire de la fièvre typhoïde, enfin parce qu'on songe bien plutôt à examiner tout l'appareil de la digestion que celui de la respiration.

En résumé, l'opinion qu'un typhique est sujet à contracter la tuberculose dans les salles de l'hôpital ne me semble pas encore suffisamment établie. Mais ce qui me paraît prouvé, c'est que la fièvre typhoïde atteint rarement le tuberculeux avéré, qu'elle frappe plus souvent le tuberculeux au début et qu'elle accélère la marche de la tuberculose.

Notre malade était atteinte de tuberculose antérieurement à l'apparition de la fièvre typhoïde, bien que nous ne l'ayons pas constatée à cette époque, mais l'état des poumons le démontre suffisamment.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 décembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre par laquelle M. Rivière se désiste de sa candidature à la place récemment déclarée vacante dans la classe des associés libres;

2° Une note relative à l'*application d'une cornée artificielle dans les cas de cécité due à un leucome incurable*;

3° Un mémoire sur le *traitement externe des hernies irréductibles par l'action combinée de l'hyoscyamine et du citrate de caféine*, par M. Mathieu, officier de santé;

4° Un mémoire intitulé : *Contribution à l'étude du traitement du choléra*, par M. le docteur Huguenard, médecin-major de première classe aux ambulances de Toulon;

5° Un deuxième mémoire *sur l'épidémie de rage canine qui a régné dans le département du Var et dans les localités limitrophes en 1884-1885*, par M. le docteur Chassinat, d'Hyères (Var);

6° *Deux nouvelles observations de diphthérie suivies de guérisons*, recueillies par M. le docteur René Couëtoux.

ÉLECTIONS

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection des membres du bureau pour l'année 1886.

M. SAPPEY est élu vice-président par 45 suffrages contre 20 donnés à M. Regnault.

M. PROUST, secrétaire annuel, est prorogé dans ses fonctions par acclamations.

MM. LE FORT et GIRAUD-TEULON sont élus membres du conseil.

LECTURE

Sur la dilatation de l'estomac chez les enfants. — M. BLACHE, candidat à la place vacante dans la classe des associés libres, lit, sur ce sujet, un travail dont voici les conclusions.

« Cette affection reconnaît surtout pour causes les fréquentes gastro-entérites qu'on observe à cet âge, la persistance de ces maladies, dont l'alimentation prématurée et irrégulière, la dentition, le sevrage et la mauvaise hygiène pendant les premières années, sont le plus souvent l'origine; et si cette dilatation de l'estomac trouve dans le mauvais état général et dans la faible résistance de certains sujets un terrain préparé à son installation, un régime sévère dans l'alimentation et longtemps observé, un traitement tonique et réparateur, peuvent, au moment de la croissance de l'enfant, modifier suffisamment l'état des voies digestives, pour en obtenir une guérison plus facilement peut-être que chez l'adulte. »

L'Académie se forme en comité secret.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1886

I

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question : *Des ruptures du canal de l'urèthre chez l'homme et de leur traitement.*

Prix Amussat (1500 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Barbier (2000 francs). — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Henri Buignet (1500 francs). — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix Capuron (1500 francs). — Question : *Valeur relative des*

différents moyens propres à déterminer l'âge de la vie intra-utérine au moment de la naissance. Applications médico-légales.

PRIX CIVRIEUX (1 000 francs). — Question : *La migraine.*

PRIX DESPORTES (1 500 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Des récompenses pourront, en outre, être accordées.

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE (1 600 francs). — Question : *Rechercher quels peuvent être les rapports de la syphilis et du rachitisme dans la première enfance.*

PRIX DAUDET (1 000 francs). — Question : *De l'actinomycose.* « Les auteurs devront présenter des observations originales recueillies en France. »

PRIX FALRET (1 000 francs). — Question : *Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.*

CONCOURS VULFRANC GERDY. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir, près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger, des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours, ouvert chaque année devant l'Académie de médecine. L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1886 (1). Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1887. Une somme de 1 500 francs sera attribuée à chaque candidat.

PRIX GODARD (1 000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie interne.

PRIX HERPIN (de Metz) [1 500 francs]. — Question : *Préciser par une série d'observations s'il existe un traitement abortif de la syphilis confirmée.*

PRIX HUGUIER (3 000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements).

Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé.

PRIX LAVAL (1 000 francs). — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

PRIX LOUIS (3 000 francs). — Question : *Étude de l'action du mercure, du nitrate de potasse et de la digitale.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 décembre 1885. — Présidence de M. VIDAL.

COMMUNICATIONS

Des diverses espèces de concrétions sanguines. — **M. HAYEM** fait une communication sur ce sujet. Il distingue trois espèces de concrétions sanguines : 1° les concrétions hématoblastiques ou par battage; 2° les concrétions par stase, et 3° les concrétions par précipitation.

1° *Concrétions hématoblastiques.* — Lorsqu'on introduit un corps étranger quelconque dans un vaisseau, le sang se coagule autour de ce corps étranger; si on badigeonne avec de l'ammoniaque la moitié de la surface interne de la paroi d'un segment vasculaire, le sang en contact avec la partie badigeonnée se coagule, tandis qu'il reste liquide dans les autres parties du vaisseau. Ces faits sont dus à ce qu'au niveau des corps étrangers, les éléments sanguins que M. Hayem a appelés hématoblastes s'altèrent, adhèrent entre eux, se déposent à la surface de ce corps qu'ils encapuchonnent, et se revêtent peu à peu de nouvelles couches. M. Hayem a vérifié l'exactitude de ce fait à la fois sur le cadavre et sur le vivant, dans le sang en circulation. Il a pu s'assurer que l'altération de la paroi vasculaire jouait absolument le même rôle qu'un corps étranger. Que ce soit sur un corps étranger ou sur une paroi altérée que le sang vienne battre, il se forme immédiatement une concrétion hématoblastique. Toutefois, ces concrétions ne sont pas uniquement constituées par des granulations hématoblastiques. On trouve entre les interstices de ces dernières des globules blancs et rouges qui ont été arrêtés au passage. Ces concrétions hématoblastiques peuvent devenir assez volumineuses pour obturer tout à fait les petits vaisseaux; mais cela n'a jamais lieu dans le cœur ni dans les gros vaisseaux. Elles s'observent dans différentes formes d'endocardites, telles que l'endocardite ulcéreuse végétante, etc., dans toutes les lésions chirurgicales des vaisseaux. Elles sont susceptibles de fragmentation et propres, par conséquent, à produire des embolies.

2° *Concrétions par stase.* — M. Hayem donne ce nom aux caillots résultant de la coagulation en masse du sang contenu dans les vaisseaux, coagulation absolument comparable à celle qui se fait dans un vase. Cette coagulation exige, comme on sait, la stagnation presque complète du sang. Pour que celui-ci se coagule dans un segment vasculaire, on admet qu'il faut, ou que la paroi de ce segment soit modifiée, ou que le sang lui-même soit altéré, ce qui n'est nullement démontré, puisqu'on peut, sur le cadavre, conserver le sang liquide dans les vaisseaux, jusqu'à sa putréfaction complète. Mais, d'autre part, si du sang stagne dans un vaisseau, il n'est pas douteux que les parois de ce vaisseau vont s'altérer et réaliser conséquemment les conditions nécessaires à la production d'une concrétion. Il suffira donc d'un ralentissement de la circulation, d'une compression sur un vaisseau par une tumeur ou un organe quelconque, ou simplement d'une position défavorable pour que le sang stagne ou qu'une concrétion soit formée. Certains auteurs ont prétendu que cette concrétion n'était pas toujours la conséquence d'une altération de la paroi vasculaire et qu'elle pouvait être due à un état particulier du sang, qu'on a désigné sous le nom d'inopexie, mais on n'a jamais pu savoir au juste en quoi consistait cet état. Dans le but d'éclaircir ce point, M. Hayem a eu recours à l'expérience suivante : les deux jugulaires d'un chien ayant été liées à leurs extrémités centrales et périphériques, on injecta dans l'une d'elles quelques centimètres cubes de sérum recueilli sur le même chien ou sur un autre animal de même espèce; le sang de cette jugulaire se coagula immédiatement en masse, tandis que celui de l'autre jugulaire resta liquide. Or, si un liquide organique comme le sérum possède la propriété de déterminer la coagulation en masse du sang, il est permis de supposer que, sous des influences pathologiques encore mal déterminées, un principe analogue au sérum peut être versé dans le sang. En d'autres termes, sous l'influence de certains états pathologiques, le sang peut acquérir un principe analogue à celui que contient le sérum, et il suffit alors de la moindre cause de ralentissement ou de stagnation pour qu'aussitôt sa coagulation en masse ait lieu.

3° *Concrétions par précipitation.* — Dans les cas de mort par hémorrhagies multiples, on trouve des lésions analogues aux infarctus, aux embolies, aux thromboses. On sait que dans du sang en circulation, il peut se produire des concrétions sanguines allant déterminer ensuite des lésions emboliques. Si l'on fait sur un chien une injection de sérum de sang de bœuf, cette injection est douloureuse et est bientôt suivie de frissons, d'un abaissement de la température, de vomissements, de hoquet, de diarrhée, etc., puis le chien succombe en vingt-quatre heures. On trouve à l'autopsie des infarctus en très grand nombre. Le sang présente de petites concrétions. Le sérum de bœuf est donc riche en principes coagulateurs.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire; communication interventriculaire. — **M. DUMONTPALLIER** présente un cœur provenant d'un garçon boucher qui était entré une première fois dans son service pour une affection du cœur, et qui en était sorti en apparence bien rétabli. Il y rentra quelque temps après. M. Dumontpallier constata chez cet homme de la cyanose de la

(1) Un exemplaire du Règlement du concours Vulfranc Gerdy est déposé dans toutes les Facultés et Écoles de médecine et de pharmacie.

face et des extrémités; l'ayant ausculté avec soin, il trouva un fort bruit de souffle systolique dont le maximum d'intensité se trouvait au niveau du bord sternal de la troisième côte. En raison de la cyanose et du siège du souffle, il diagnostiqua une communication entre les deux ventricules. Ce malade étant devenu tuberculeux, M. Dumontpallier pensa qu'il pouvait y avoir un rétrécissement de l'artère pulmonaire; il remarqua, en effet, que le bruit de souffle s'étendait vers la clavicule. L'autopsie confirma pleinement les deux diagnostics successifs portés par M. Dumontpallier.

M. LABBÉ fait observer que, dans ce cas, la cyanose pouvait être rapportée au rétrécissement de l'artère pulmonaire.

M. FÉRÉOL dit que la communication des deux cœurs est ici très nettement établie; mais ce n'est pas là une condition essentielle de cyanose; il y a des cas, en effet, où la cyanose apparaît d'une façon intermittente, selon que la tension du sang rouge et celle du sang noir sont ou non inégales.

M. MOUTARD-MARTIN demande à M. Dumontpallier si c'est sur la localisation du bruit de souffle ou sur la cyanose qu'il s'est basé pour porter le diagnostic de rétrécissement de l'artère pulmonaire.

M. DUMONTPALLIER répond que c'est : 1° sur la cyanose, 2° sur le bruit de souffle maximum au bord sternal de la troisième côte, qu'il a basé le diagnostic de communication interventriculaire. Le malade étant devenu phthisique, il pensa à l'artère pulmonaire, et, ayant constaté un prolongement du bruit de souffle vers la clavicule, il admit l'existence d'un rétrécissement de cette artère. En résumé, c'est la phthisie qui a conduit M. Dumontpallier à admettre un rétrécissement de l'artère pulmonaire, comme c'est la cyanose qui lui a fait accepter la communication interventriculaire.

M. FÉRÉOL dit qu'on peut se demander si, dans ce cas, la lésion de l'artère pulmonaire n'est pas antécédente à la communication interventriculaire. La difficulté du passage du sang dans l'artère pulmonaire peut expliquer la rupture de la cloison interventriculaire.

M. RENDU ajoute qu'avec un rétrécissement aussi marqué, il faut qu'il existe une perforation de la cloison.

Pied-bot tabétique.—M. JOFFROY rappelle, dans une première communication sur le même sujet (voy. *Gaz. des hôp.*, 1885, p. 1060), avoir dit que dans le pied-bot tabétique, les muscles conservaient leur intégrité et leur contractilité électrique. Il revient aujourd'hui sur cette opinion et présente une pièce anatomique sur laquelle on voit très nettement que tous les muscles de la jambe présentent un certain degré d'altération et que deux d'entre eux surtout, le soléaire et le long péronier, présentent une dégénérescence graisseuse très accentuée. Or, dans ce cas, les déformations cadrent très exactement avec les altérations musculaires constatées à l'autopsie. On constate, en effet, que la position du pied était déterminée par une action prédominante des jumeaux sur les autres muscles atrophiés, en particulier sur le soléaire et le long péronier latéral. Le nerf péronier est profondément altéré.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les livres d'étrennes.

A côté des excellents livres publiés par la maison Hachette, nous sommes heureux de présenter à nos lecteurs un des volumes d'une charmante bibliothèque qu'un de nos éditeurs, du goût le plus fin et le plus délicat, vient d'entreprendre.

Sous le nom de « Bibliothèque des chefs-d'œuvre du roman contemporain », M. A. Quantin donne une édition de luxe des œuvres les plus remarquables de nos romanciers, H. de Balzac, Charles de Bernard, Victor Cherbuliez, Jules Claretie, Alphonse Daudet, Alexandre Dumas, Ernest Feydeau, Gustave Flaubert, Ludovic Halévy, Alphonse Karr, Prosper Mérimée, Charles Nodier, George Sand, etc. Nous en passons et des meilleurs, tant l'énumération en deviendrait longue.

Ces chefs-d'œuvre littéraires sont imprimés avec le soin et le goût d'une de nos premières imprimeries de Paris. Ils sont ornés de ravissantes illustrations qui, complétant toutes nos aspirations artistiques, sont une véritable fête pour une intelligence que touche l'art sous toutes ses formes. Et nous pouvons dire combien ces goûts distingués et délicats sont nombreux dans notre chère corporation médicale.

Aujourd'hui nous avons sous les yeux : « Monsieur de Camors (1). » Il n'est pas un de nous qui n'ait gardé le souvenir de cette étude si fine, si vraie, si émouvante.

C'est cette œuvre si distinguée de M. Octave Feuillet que M. A. Quantin nous offre, ornée de onze compositions de S. Rejchan, gravées à l'eau-forte par Mme Louveau-Rouveyre, MM. Daumont et Duvivier. Plaisir de l'esprit et plaisir des yeux, tout est réuni pour faire un régal digne de l'heureuse période des étrennes. Amis des belles et bonnes œuvres, vous voilà donc avertis : inscrivez « Monsieur de Camors » sur vos tablettes, et prenez-le broché, pour conserver la couverture de l'éditeur. Le cachet original, or et couleur, est sur la couverture et non sur le titre; il mérite d'être conservé quand vous lui donnerez son habit définitif, une reliure digne de l'ouvrage.

— Du roman revenons, si vous voulez, à la science; non à celle de tous les jours, mais à une science plus légère, demandant moins de contention d'esprit, où l'auteur s'efforce d'adoucir le chemin. Parmi ces auteurs, il en est un qui, depuis des années, nous a rendu de bien grands services et nous a donné des heures fort agréables. Nous voulons parler de M. Amédée Guillemin, un de nos savants vulgarisateurs les plus estimés. C'est presque avec regret que nous annonçons le cinquième volume du « Monde physique », car ce volume clôt la série, et, si l'auteur écrit avec un certain plaisir le mot *fin* sur son dernier feuillet, il n'en est pas toujours de même du lecteur qui a fini par sentir s'établir entre lui et l'auteur ce certain fluide dont on ne peut se défendre et qui ne tarde pas à faire du lecteur l'ami de l'auteur.

Le sort en est donc jeté, et « Le Monde physique (2) » se termine aujourd'hui par un cinquième et dernier volume consacré à « la Météorologie et la Physique moléculaire ». Nous allons énumérer rapidement ce que contient ce beau livre illustré de 31 grandes planches tirées à part, et dont 9 en couleurs, et de 343 vignettes insérées dans le texte.

Dans une introduction très savante — et très modeste, — M. Guillemin donne une esquisse sommaire de l'objet de la Météorologie, de ses méthodes, de l'état actuel de la science; il nous montre l'étendue de ses lacunes. Puis il aborde son sujet par les notions préliminaires : forme et dimensions de la terre, étendue et distribution des terres et des eaux, relief des continents et profondeur des mers.

Il entre ensuite en matière et consacre un premier livre à l'air et aux météores hygrométriques. L'auteur nous expose la constitution physique et chimique de l'atmosphère; il étudie la pression atmosphérique, la température de l'air, la vapeur d'eau dans l'air, l'hygrométrie, et termine ce livre par les hydrométéores et les glaciers.

Le second livre traite de la chaleur interne du globe terrestre, des volcans et des tremblements de terre.

Le troisième livre étudie la circulation océanique et atmosphérique, les courants marins et les vents.

Un dernier livre nous décrit, sous le titre de « Physique moléculaire » : les forces moléculaires, les phénomènes capillaires, la diffusion entre les liquides, la diffusion entre les gaz, les molécules des corps, leur nombre et leurs dimensions, la vitesse de leurs mouvements et leurs collisions.

(1) Un vol. in-8°. — Prix : 25 francs. — Paris, A. Quantin.

(2) Un magnifique volume grand in-8° jésus. — Prix : 30 francs. — Paris, Hachette et Cie.

Ce dernier volume ne le cède en rien à ses aînés ; c'est toujours la description la plus simple et la plus claire des faits, jointe à celle des instruments ou des procédés à l'aide desquels on les observe ou on les mesure ; l'énoncé des lois ou des rapports que l'observation a constatés entre eux ; l'exposé des théories proposées pour rendre compte, soit de la production, soit de la succession des phénomènes, en les rattachant à leurs causes physiques ou mécaniques. Tel est le programme que M. Guillemin a suivi et qui fait de son ouvrage un livre digne d'être vivement recommandé.

— Chaque année, — et le nombre en est déjà grand, — nous présentons à nos lecteurs, au moment des étrennes, un volume nouveau de l'excellente Géographie de M. Élisée Reclus. Cette année, ce volume ne nous est pas encore parvenu, mais le nom de Reclus ne sera pas, pour cela, absent de cette causerie. Il est, en effet, des familles privilégiées où la science est la grande maîtresse de la vie, et où, chose moins commune, la même science est cultivée avec passion. C'est ainsi qu'en l'absence d'un nouveau volume de M. Élisée Reclus, nous sommes heureux de vous présenter un livre que son frère, M. Onésime Reclus, publie sous le titre : « La Terre à vol d'oiseau (1) .»

On cherche quelquefois à se rendre compte de la manière d'être d'un auteur, en le jugeant sur sa méthode d'écrivain, et que de fois on fait ainsi fausse route. Nous n'avons l'honneur de connaître personnellement ni M. Élisée Reclus ni M. Onésime Reclus, mais, après la lecture de leurs œuvres, nous nous les représenterions volontiers, l'un, bénédictin *civil*, entouré des documents les plus précis, marchant statistique en main et allant lentement mais sûrement à la constitution d'une œuvre qui fait époque dans la science ; l'autre, vif, impatient du joug, aimant les grands sommets, et d'un coup d'œil embrassant les grands horizons. C'est l'impression que nous laisse son livre de « La Terre à vol d'oiseau » et, voyez où peuvent conduire ces appréciations par à peu près, M. Élisée Reclus est peut-être très vif, et M. Onésime Reclus très casanier.

Quoi qu'il en soit, son œuvre est très originale : ce serait un véritable dictionnaire de géographie, — et la table est là pour en servir, — si son livre n'était pas une illustration énorme du monde entier. 616 vues et types gravés sur bois et 10 cartes enrichissent ce volume. Mais on se tromperait si on croyait ces illustrations banales ; leur mérite est d'être faites soit d'après nature, soit d'après une vue photographique. Ceux qui liront ce livre auront, en un seul volume, la jouissance que nous éprouvons en feuilletant le « Tour du monde ».

— Nous avons annoncé, en commençant cette causerie, la « Bibliothèque des chefs-d'œuvre du roman contemporain », signalons encore à nos lecteurs quatre nouveaux volumes de la charmante « Bibliothèque des merveilles (2) » : « La parole », par M. Paul Laffitte ; « L'Œuf chez les plantes et les animaux », par M. Guillaume Capus, docteur ès sciences ; « Le Monde des atomes », par M. Wilfrid de Fonvielle, et « La Navigation aérienne, l'aviation et la direction des aérostats dans les temps anciens et modernes », par M. Gaston Tissandier.

— Nous ne voulons pas terminer cette causerie sans appeler l'attention de nos lecteurs sur la très recommandable publication de MM. Larive et Fleury.

Le « Dictionnaire français illustré des mots et des choses (3) », commencé le 2 octobre 1884, en est arrivé à sa 41e livraison. Il a suivi religieusement son programme, et ce n'est plus un espoir qu'il donne. Aujourd'hui on peut affirmer qu'il est bien devenu, suivant son programme, un dictionnaire encyclopédique des écoles, des métiers et de la vie pratique. Les articles scientifiques y sont traités avec un soin tout particulier, et un de nos agrégés les plus distingués leur donne une empreinte des plus heureuses. Rien n'étant plus mauvais, à notre sens, qu'un article de médecine écrit par un homme médiocre, c'est une bonne fortune pour ce Dictionnaire d'avoir échappé à cet écueil.

Si un dictionnaire ne s'analyse pas, on le juge au feuilleté, et, arrivé à la livraison 41, nous savons, par l'usage, les services qu'il rend. C'est pour cela que nous le signalons, au moment des étrennes. C'est le moment favorable aux petites folies, et si nous rappelons que le prix de la livraison est de 50 centimes, que l'ouvrage complet formera 75 livraisons, nous donnons à chacun les moyens d'apprécier si ce n'est pas pour lui le moment de s'offrir cette excellente publication.

(1) Un magnifique vol. gr. in-8o jésus. — Prix : 20 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(2) In-16. — Prix du vol. : 2 fr. 25. — Paris, Hachette et Cie.

(3) In-4o à 3 col. — Paris, Georges Chamerot.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 décembre 1885, M. le médecin principal de 1re classe Dauvé, directeur du service de santé du 6e corps d'armée, a été promu au grade de médecin-inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire. — Est maintenu dans ses fonctions actuelles.

— Par décision ministérielle, en date du 20 décembre 1885, M. le médecin-inspecteur Védrènes, directeur du service de santé du 18e corps d'armée, a été nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Gaujot.

M. le médecin-inspecteur Gaujot a été nommé membre du comité consultatif de santé, président de la commission des modèles-types et président de la commission de rédaction des archives de médecine et de pharmacie militaires, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Daga, décédé.

— *Concours de l'agrégation.* — Voici les questions données pour la leçon de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation (seconde épreuve) : vendredi 18 décembre 1885, MM. Sarda et Bourcy : Des varioles graves ; — lundi 21, MM. Simon et Lemoine : Des roséoles ; — mardi 22, MM. Netter et Dubreuilh : Hémianesthésie.

— Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux civils de Paris, ne pouvant se terminer que dans le courant du mois prochain, le directeur général de l'Administration de l'Assistance publique vient de prendre un arrêté par lequel les élèves internes et externes des hôpitaux actuellement en exercice sont maintenus en fonctions dans les différents services hospitaliers auxquels ils appartiennent jusqu'au 31 janvier 1886 inclusivement. Les mutations auront lieu seulement le lendemain lundi 1er février 1886.

— M. le docteur Maygrier, médecin-accoucheur à l'hôpital Tenon, passe à la Pitié, dont les salles d'accouchement, dépendant jusqu'à ce jour du service de M. le docteur Audhoui, formeront désormais un service spécial d'accouchements sous sa direction. M. le docteur Maygrier est remplacé à l'hôpital Tenon par M. le docteur Bar, récemment nommé.

— L'Académie des sciences vient de faire une nouvelle perte ; M. Tulasne (Louis-René), membre de la section de botanique dans laquelle il avait remplacé Adrien de Jussieu, est mort mardi 22 décembre 1885, à Hyères.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 décembre 1885, un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'École de médecine de Rennes, s'ouvrira, le 25 juin 1886, à ladite École.

— Un concours s'ouvrira le vendredi 8 janvier 1886, à une heure, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, pour une place d'interne en médecine dans cet établissement. La durée de l'internat sera de deux années. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat des hospices d'Orléans, la veille de l'ouverture des concours au plus tard.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18809.

Nº 150. — SAMEDI 26 ET MARDI 29 DÉCEMBRE 1885. 58e ANNÉE. SAMEDI 26 ET MARDI 29 DÉCEMBRE 1885. — Nº 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SEGOND.

Des exostoses de croissance.

Je vais opérer, dans quelques instants, une petite fille de quatorze ans, qui a toujours été à peu près bien portante jusqu'à présent, malgré des antécédents quelque peu lymphatiques.

Cette enfant souffrait vaguement, depuis quelque temps déjà, au niveau du genou, lorsque, il y a deux mois environ, ces douleurs se sont assez accentuées, non seulement pour l'empêcher absolument de marcher, mais même pour la forcer à garder le lit.

Si l'on vient à examiner la région douloureuse, on constate, au niveau de la tubérosité interne du fémur, l'existence d'une tumeur dure, osseuse, accrochée pour ainsi dire sur cette tubérosité elle-même, un peu au-dessus de l'interligne. Cette tumeur, facilement limitable, affectant la forme d'une sorte d'apophyse coracoïde, est très douloureuse à la moindre pression. Au-dessus d'elle et à l'entour, les tissus sont souples, la peau est saine et ne présente aucun changement de coloration.

Le diagnostic n'offre aucune incertitude, et, d'emblée, nous avons pu dire qu'il s'agissait d'une exostose ostéogénique, d'une exostose de croissance, offrant la consistance d'un os normal et greffée sur le cartilage diaphysaire du fémur. Dans certains cas, on a vu ces tumeurs coiffées d'une bourse séreuse, de sorte que ces caractères physiques ainsi masqués se trouvaient modifiés au point d'en rendre le diagnostic difficile, au point même, parfois, d'entraîner à de véritables erreurs de diagnostic.

Dans le cas présent, nous ne trouvons rien de semblable, et notre diagnostic nous paraît certain et devoir être confirmé par l'opération que nous allons pratiquer.

Ces exostoses de croissance sont bien connues depuis assez longtemps; elles ont été très bien décrites, cliniquement, par Boyer et Velpeau, et l'on sait qu'elles sont caractérisées par leur multiplicité, leur symétrie et leur siège constant. Mais, si, au point de vue clinique, ces tumeurs étaient bien connues, il n'en était pas de même de leur pathogénie, de leur développement, avant Broca. C'est à lui que nous devons une excellente description de ces exostoses, comme l'a parfaitement dit M. Laget dans sa thèse passée en 1876. Après lui sont venus Virchow et d'autres savants allemands qui, dans leurs travaux sur le même sujet, n'ont même pas cité le nom de Broca, quoique sa description date de l'année 1860. Je cite le fait en passant, à seule fin de montrer une fois de plus les procédés dont on est coutumier chez nos voisins.

Les os longs s'accroissent en longueur aux dépens du cartilage diaépiphysaire; et, sur les deux épiphyses, supérieure et inférieure, de tout os long, l'une d'elles est toujours plus *fertile*, selon l'expression de M. Ollier, que l'autre. Or les épiphyses *fertiles* du membre inférieur se trouvent au voisinage du genou, ce sont par conséquent les épiphyses supérieures du tibia et du péroné et l'épiphyse inférieure du fémur. De là des conséquences importantes au point de vue chirurgical.

Broca a donc établi que ces exostoses de croissance étaient une aberration de développement de ces cartilages diaépiphysaires, dont la cause nous échappe. Elles sont comme une sorte d'épiphyse surnuméraire; et, toujours ou presque toujours, c'est au niveau des épiphyses *fertiles* que l'on rencontre ces exostoses, qu'il s'agisse du membre supérieur ou du membre inférieur. Elles poussent donc ainsi sur un os; elles sont indolentes par elles-mêmes et ne cessent de s'accroître que quand la période de croissance est terminée. Mais, tandis que l'individu avance en âge, l'exostose se développe et s'éloigne de l'extrémité de l'os sur lequel elle pousse, si bien qu'à un moment donné on finit par la retrouver sur la diaphyse.

Au point de vue clinique, on divise les exostoses de croissance en deux variétés : la variété solitaire, celle que l'on opère le plus souvent, et la variété multiple et symétrique. Mais, solitaires ou multiples, elles se développent de préférence sur le côté, sur le flanc de l'os, et peu à peu, avec le temps, on voit leur extrémité libre se recourber. Deux explications en ont été données, qui sont bonnes toutes deux : l'une par M. Trélat, qui a considéré cette incurvation comme résultant des tiraillements exercés par les contractions des muscles voisins; l'autre par M. Reclus, qui attribue leur courbure à la résistance de l'aponévrose tendue, contre laquelle elles luttent en vain dans leur période d'accroissement, alors qu'elles sont encore très tendres. Enfin, j'ajoute que ces exostoses offrent quelquefois des formes bizarres, telles, par exemple, que la forme en arcade.

Ceci dit, lorsque l'on se trouve en présence de semblables tumeurs, que doit-on faire? En général, on n'intervient pas

souvent chirurgicalement : d'abord, parce que les exostoses de croissance n'offrent aucun danger par elles-mêmes; ensuite, parce que, souvent, elles ne sont pas douloureuses; enfin, parce que la mort a été quelquefois la conséquence immédiate de l'opération. Cette mort survient, soit : 1° par suite de complications analogues à celles que l'on observe dans le cas de fractures compliquées des os; soit, 2° parce que, quelquefois, ces exostoses sont coiffées d'une bourse séreuse laquelle peut communiquer avec la séreuse de l'articulation voisine. C'est ainsi que, vu les dangers possibles d'une intervention chirurgicale et vu l'état bénin en lui-même des exostoses, il faut conclure, avec M. Gosselin, qui lui a consacré un chapitre dans ses excellentes *Leçons cliniques*, lesquelles sont certainement le meilleur livre de chirurgie pratique que nous possédions, le meilleur bréviaire chirurgical, si je puis m'exprimer ainsi, il faut conclure, dis-je, le plus habituellement, à une non-intervention.

La thèse de M. Laget, écrite sous les inspirations de son maître Broca, dit qu'on doit opérer ces exostoses et les enlever si elles font réellement souffrir les malades; mais il faut que l'indication en soit bien nette. Ainsi, si les douleurs ressenties par le malade font de sa tumeur une véritable infirmité, il faut intervenir, et l'on peut d'autant mieux le faire que l'antisepsie nous donne une sécurité opératoire plus grande.

L'indication est donc réellement *une*, c'est-à-dire l'extrême douleur. Lorsque la tumeur est coiffée d'un hygroma enflammé, M. Gosselin conseille l'opération en deux temps : soigner en premier lieu l'hygroma, en deuxième lieu l'exostose. Pour moi, je crois que, grâce à l'antisepsie, nous pouvons intervenir immédiatement, tant pour l'hygroma que pour l'exostose.

Enfin il est des cas où l'exostose ne fait souffrir le malade que par la distension des muscles, conséquence de son développement. Dans un cas semblable assez récent, M. Le Dentu a pratiqué la section tendineuse. En tous cas, je parle seulement, bien entendu, des exostoses solitaires et de celles seulement aussi qui font réellement souffrir les malades.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1886 (1)

II

Fondation Auguste Monbinne. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale, de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

« Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Prix Orfila (2000 francs). — Question : *Du venin de la vipère*. D'après les intentions du testateur, « la question devait être envisagée au point de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique.

Que devient ce poison après avoir été absorbé? Dans quels organes séjourne-t-il? A quelles époques est-il éliminé et par quelles voies? Quels troubles amène-t-il dans les fonctions? Quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'il provoque? Quelle est son action sur les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang? Quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre ses effets? Enfin, quelle est la marche à suivre pour déceler ce toxique dans les organes ou les liquides de l'économie, soit avant, soit après la mort.

Des expériences seront tentées sur les contrepoisons. Peut-on, par exemple, poursuivre ce toxique jusque dans le sang et dans les organes où il a été porté par absorption, en faisant usage d'un agent chimique qui le rendrait inerte ou beaucoup moins actif? »

Prix Portal (600 francs). — Question : *Le goître exophthalmique*.

Prix Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura produit la tumeur thyroïdienne, à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix Saint-Paul. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérie*. Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans par l'Académie aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense.

Prix Stanski (2000 francs). — Ce prix, qui est bisannuel, sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

Prix Vernois (800 francs). — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Conditions communes à tous les concours. — Les concurrents pour les prix sont prévenus que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages et mémoires envoyés au concours. Les auteurs auront la liberté de faire prendre copie (*à leurs frais*) des manuscrits, au secrétariat de l'Académie.

Les mémoires et les ouvrages pour les prix à décerner en 1886 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet 1886. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Barbier, Godard, Desportes, Buignet, Vernois et Saint-Paul, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exemptés de cette dernière disposition.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 décembre 1885. — Présidence de M. Hanot.

COMMUNICATIONS

Anesthésie par le protoxyde d'azote; glycosurie. — M. **LAFFONT** fait une communication dans laquelle il donne les résultats de nombreuses expériences qu'il a faites sur des chiens, relativement à l'influence de l'anesthésie par le protoxyde d'azote pur sur la production de la glycosurie. Ces expériences l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° L'anesthésie par le protoxyde d'azote pur provoque de l'asphyxie;

2° Cette asphyxie s'accompagne d'hyperglycémie;

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1185, p. 1187.

3° Cette hyperglycémie entraîne de la glycosurie;

4° On constate enfin, pendant cette anesthésie, de nombreux troubles de la respiration et du cœur.

Hypnone et chloroforme. — M. DUBOIS a fait, avec M. Bidot, une série d'expériences relativement à l'influence d'une injection sous-cutanée d'hypnone sur l'anesthésie par les mélanges titrés de chloroforme. Après avoir injecté sur la peau d'un chien 1 centimètre cube d'hypnone, il suffit d'un mélange à 4 p. 100 pour obtenir une anesthésie profonde qu'on ne [produit habituellement qu'avec un mélange à 8 p. 100.

Autre particularité intéressante : Quand un chien est endormi dans ces conditions, on le voit se réveiller en présence de l'agent anesthésique, alors que, dans les conditions ordinaires, si l'on continue l'anesthésie, il marche fatalement vers la mort. Quand il est ainsi réveillé, on lui fait une nouvelle injection d'hypnone, et il reprend une heure d'anesthésie.

Résultats de l'extirpation de la glande thyroïde chez le singe. — M. HORSELEY (de Londres) a fait une série d'expériences chez le singe, relatives à l'extirpation de la glande thyroïde. Il a toujours fait cette opération avec la plus rigoureuse antisepsie et a toujours obtenu la réunion par première intention. Les singes auxquels on enlève la glande thyroïde meurent après cinq ou six semaines. On constate un accroissement considérable de la mucine dans le tissu conjonctif; ils offrent tous les caractères de la maladie décrite par M. Charcot sous le nom de mixœdème; ils présentent un tremblement analogue à celui que l'on constate dans certains cas de maladie de Basedow ou de Graves; ils deviennent hémiplégiques, leurs paupières se gonflent; leur température va s'abaissant jusqu'à la mort.

Ceux de ces animaux qui sont réchauffés artificiellement peuvent survivre jusqu'à quatre mois. Ils présentent tous les caractères du crétinisme et d'une sorte d'atrophie sénile. En résumé, à la suite de l'ablation de la glande thyroïde on constate chez les singes trois états successifs qui peuvent être ainsi divisés :

1° État névrotique;
2° État de mixœdème;
3° état atrophique.

M. LABORDE fait observer qu'il semble y avoir une contradiction entre les faits observés par M. Horseley et les faits généralement connus, relativement à la coexistence du goître et du crétinisme. M. Horseley enlève la glande thyroïde à des singes qui deviennent ensuite crétins. Comment concilier ce fait avec ce que l'on observe chez les crétins qui sont presque tous goîtreux?

M. HORSELEY répond que l'explication de ces faits est facile : chez les crétins goîtreux, la glande thyroïde est atrophiée et a perdu toutes ses fonctions en raison même du goître qui la comprime.

Hyperostose professionnelle. — M. PONCET (de Lyon) met sous les yeux de la Société la voûte cranienne d'un scieur de long sur laquelle on constate la présence, au niveau de la suture sagittale, une hyperostose considérable provenant des frottements répétés du périoste, par suite de l'habitude que cet homme avait depuis plus de dix ans de soulever des poutres avec sa tête. C'est là une déformation caractéristique qui, pour le médecin légiste, peut servir de signe d'identité.

Obstruction du canal cholédoque, passage de la bile dans le sang. — M. LÉPINE a fait, avec M. Aubert, une série d'expériences qui lui permettent de conclure qu'après l'obstruction du canal cholédoque, sous l'influence d'une pression suffisante, on peut faire passer directement la bile dans le sang.

ÉLECTION

La Société procède au renouvellement du bureau pour l'année 1886. (Voir aux Nouvelles, p. 1198.)

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 décembre 1885. — Présidence de M. DUPLAY.

COMMUNICATIONS

Généralisation des tumeurs kystiques de l'ovaire. — M. TERRIER communique un cas de tumeur kystique de l'ovaire récidivée et généralisée.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt ans, qui fut opérée, en octobre 1883, d'une tumeur pesant plus de 6 kilog. et formée de plusieurs lobes contenant une certaine quantité de cavités kystiques. L'examen pratiqué par M. Malassez démontra que cette tumeur était de nature maligne et pouvait être comparée aux tumeurs mixtes du testicule. La malade quittait le service en janvier 1884, en apparence guérie; mais en 1885 elle fut prise de quelques accidents péritonéaux, puis vit apparaître une nouvelle tumeur. M. Terrier pratiqua une nouvelle opération qui fit reconnaître l'existence de tumeurs disséminées en plusieurs points du péritoine et analogues à la première. La malade succomba trois jours après. A l'autopsie, on découvrit une généralisation étendue à tous les ganglions pelviens et abdominaux et à la plève du côté droit. Toutes les tumeurs secondaires ne présentaient pas le même caractère histologique.

Observations diverses. — M. LE DENTU fait un rapport sur plusieurs observations adressées par M. Bruch (d'Alger):

1° Hernie inguinale gauche congénitale étranglée avec ectopie du testicule. Opération. Mort. L'étranglement siégeait à l'orifice profond. M. Le Dentu a eu récemment l'occasion de pratiquer avec succès la même opération;

2° Kyste ovarique multiloculaire. Il s'agit d'un kyste ponctionné au cinquième mois d'une grossesse, qui put, grâce à l'opération, évoluer favorablement;

3° Calcul vésico-prostatique. Taille. Guérison.

Le calcul était très gros et s'étendait de la vessie à la prostate. M. Bruch eut recours à la taille bilatérale périnéale. M. Le Dentu fait remarquer que, dans ce cas, il eût été peut-être préférable de recourir à la taille hypogastrique;

4° Papillo-adénome de la voûte palatine. Il s'agit d'une variété très rare de tumeur de la voûte palatine; l'intérêt de l'observation réside dans les détails d'un examen histologique très soigné;

5° Bec-de-lièvre commissural caractérisé par une simple prolongation de la commissure labiale;

6° Un travail complet sur le traitement des chutes de matrice. M. Bruch donne la préférence au procédé de Hégar, qui lui a donné un excellent résultat dans un cas de chute de matrice très accentuée.

M. POZZI demande à M. Le Dentu si, dans ce cas, la chute de l'utérus était une chute simple ou une chute par allongement hypertrophique de la partie sus-vaginale du col utérin (*maladie de Huguier*). Le cathétérisme utérin a-t-il été fait?

Cette remarque a une grande importance. En effet, la colpopérinéorrhaphie, suffisante pour les chutes simples de la matrice, ne l'est pas quand cette chute est produite par l'hypertrophie sus-vaginale. En pareil cas il faut pratiquer d'abord l'amputation conoïde du col, puis faire la colpopérinéorrhaphie si elle est nécessaire. A ce prix seul on a un succès durable. M. Pozzi possède plusieurs observations qui prouvent cette proposition, qui a été développée dans sa thèse cette année par un de ses élèves, M. Loghiades.

Anévrysme diffus, ouverture, tamponnement, guérison. — M. TILLAUX lit un rapport sur une observation de M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer).

Il s'agit d'un anévrysme de la sous-clavière qui fut pris pour un abcès et traité par l'incision. Il y eut une hémorrhagie considérable, qui fut arrêtée par un tamponnement énergique. Le malade guérit; mais M. Tillaux pense qu'il eût mieux valu pratiquer la ligature des deux extrémités de l'artère.

M. VERNEUIL fait remarquer que le jeune âge du sujet et le milieu aseptique de la campagne ont été pour beaucoup dans l'heureux résultat de l'expectation.

Sur une forme rare d'épididymite syphilitique. — M. RECLUS communique l'observation d'un jeune étudiant chez lequel il eut l'occasion de voir une tuméfaction progressive de l'épididyme constituée par une masse bosselée qui englobait le canal déférent. L'amaigrissement du malade, l'existence d'une tuméfaction monoliforme du canal déférent, la marche insidieuse et l'indolence de la maladie firent penser à une lésion tuberculeuse. Le traitement qui fut institué améliora l'état général, mais la tumeur augmenta notablement en même temps qu'il se produisait une exostose au tibia droit. La suppuration d'une gomme au niveau de la tumeur épididymaire vint compléter le diagnostic de lésion tertiaire de l'épididyme. Le traitement ioduré amena la disparition rapide des accidents.

Le cas est intéressant, car il est rare de voir les altérations syphilitiques envahir d'abord l'épididyme. M. Reclus fait remarquer à ce propos que, dans les cas de Dron, Fournier et Balme, les lésions, loin d'être généralisées comme dans le cas actuel, sont au contraire très circonscrites.

De plus, les accidents se sont développés, chez ce jeune homme, sept mois après un coït suspect qui n'avait été suivi d'aucun signe bien net de syphilis; il s'agit donc d'un cas de syphilis larvée dans lequel, contrairement à l'opinion des anciens, l'apparition des gommes a été très précoce.

Étranglement interne. — M. QUENU lit une observation de laparotomie pour étranglement interne suivie de guérison.

Calcul enchatonné. — M. POLAILLON présente les pièces d'un malade atteint de calcul enchatonné de la vessie, chez lequel la taille hypogastrique a échoué.

La séance est levée.

Séance du 23 décembre 1885. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Cancer du corps thyroïde. — M. HUMBERT fait un rapport sur une observation communiquée par M. Peyrot, et ayant pour titre : *Cancer du corps thyroïde développé dans un ancien goître. Ablation. Résection de la carotide externe, de ses branches et du nerf pneumogastrique dans toute la hauteur du cou. Guérison de la plaie. Récidive rapide. Mort.*

Il s'agissait d'une femme portant depuis sept ans une tumeur thyroïdienne gênant un peu la respiration, et qui avait acquis, il y a un an, le volume d'une pomme. Elle grossit rapidement depuis cette époque, et d'autres tumeurs se développèrent dans son voisinage en même temps qu'apparaissaient des troubles de la déglutition des liquides et des douleurs.

A son entrée, cette femme, anémique, mais non cachectique, avait une tumeur grosse comme une tête de fœtus avec envahissement des ganglions sous-sterno-mastoïdiens, mais sans aucune trace de généralisation viscérale, douleurs violentes, déglutition très difficile, troubles respiratoires assez accusés.

Quoique craignant l'envahissement des ganglions du médiastin, M. Peyrot se décide à l'opération, qu'il pratique le 8 août. Il fait une incision en U dont la branche droite, plus haute, suit le bord postérieur du sterno-mastoïdien tandis que la gauche suit le bord antérieur de celui du côté opposé. En séparant la tumeur de la trachée, un accès violent de suffocation le force à ouvrir celle-ci, qui est déformée en fourreau de sabre et où l'on ne peut entrer qu'une petite canule. En enlevant les ganglions il voit que la carotide et la jugulaire interne y sont intimement adhérentes; après avoir lié la carotide primitive en bas, la carotide interne en haut et les premières branches de la carotide externe, il résèque les vaisseaux avec la portion cervicale du nerf pneumogastrique.

Aucun trouble respiratoire n'apparaît le soir, non plus que les jours suivants : la malade ne dépasse pas 38°,6, le soir. Le 18 août, la guérison de la plaie est à peu près complète, et la canule trachéale est enlevée. Le 22, la malade se lève, mais on constate sous l'apophyse mastoïde droite un léger gonflement qui augmente bientôt et est évidemment une récidive locale. Le 28 apparaît de la dyspnée; l'affaiblissement fait alors des progrès rapides, et la mort survient dans le coma le 2 septembre.

A l'autopsie, on trouve une masse néoplasique cervicale envoyant un prolongement dans le médiastin et dans le poumon droit. En outre, des nodules cancéreux sous-pleuraux existent à droite et à gauche. Les autres organes sont sains, et la trachée a repris sa forme normale.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma et que le pneumo-gastrique enlevé était dégénéré, ce qui explique l'absence des symptômes spéciaux qui accompagnent habituellement sa section.

Inversion utérine, ligature élastique. — M. TERRIER fait un rapport sur une observation adressée par M. Defontaine (du Creuzot). Il s'agit d'une inversion utérine datant de treize ans et opérée avec succès par la ligature élastique. Un médecin, ayant cru avoir affaire à un polype appliqua une chaîne d'écraseur. M. Defontaine vit la malade pour la première fois, en juin 1885; il reconnut l'inversion utérine et après en avoir tenté la réduction par tous les moyens, pessaire de Gariel, etc., n'ayant obtenu aucun résultat, il se décida pour l'ablation par la ligature élastique, selon le procédé de M. Périer. La tumeur tomba vingt et un jours après l'opération. Au toucher on sent un col normal. L'examen de la pièce a montré que la surface péritonéale de l'utérus était absolument intacte, même après treize ans. La malade est complètement guérie.

M. TILLAUX a opéré l'année dernière une malade, dans un état d'épuisement des plus graves, d'un utérus inversé à la suite d'un accouchement par la ligature élastique; il a obtenu un résultat des plus satisfaisants.

M. POLAILLON ayant également affaire à une inversion complète de l'utérus, en a pratiqué l'ablation totale par la ligature élastique. Il communiquera cette observation ultérieurement. Il a un autre fait analogue à celui de M. Tillaux; il s'agissait aussi d'une inversion utérine complète à la suite d'un accouchement. M. Polaillon eut recours au procédé de M. Périer; la tumeur formée par l'utérus inversé se détacha après quinze jours. Ensuite le col se reforma complètement, et aujourd'hui, au toucher, on le sent très nettement. Les règles ont continué; la malade a bien guéri et ne constate aucun changement au point de vue des rapports sexuels.

M. DELENS fait observer que quinze jours et trois semaines lui paraissent être une époque bien éloignée pour la chute de la tumeur. Dans d'autres cas où l'on se sert de la ligature élastique, c'est habituellement après huit jours environ que cette chute est obtenue.

M. TRÉLAT a fait l'ablation d'un utérus inversé par le procédé de M. Périer, il y a quatre ans, et depuis sa malade a singulièrement engraissé et n'a plus ses règles.

M. POZZI cite un cas analogue.

M. TERRIER dit qu'il y a des espèces animales que l'on châtre et qui n'engraissent pas, et qu'il y en a d'autres, au contraire, qui après cette opération engraissent très bien. Par exemple, il y a des vaches inféconde et maigres; on les châtre et elles engraissent; mais il n'en est pas de même pour toutes les races animales. De même pour les femmes, il en est qui engraissent, d'autres qui ne changent pas après l'ablation des deux ovaires. C'est une question, non seulement de race, mais aussi d'individus.

De la tension dans les abcès tuberculeux. — M. LANNELONGUE fait une communication sur la tension dans les abcès tuberculeux et les modifications de cette tension dans le traitement des coxalgies par l'extension continue. Il termine par cette conclusion que l'extension continue augmente la tension des abcès symptomatiques dans les coxalgies tuberculeuses.

Calcul vésical. — **M. GUERLAIN** (de Boulogne-sur-Mer) présente un gros calcul vésical qu'il a opéré chez un enfant de huit ans par la taille hypogastrique. (Comm. : M. Nepveu.)

Fibro-sarcome de la paroi abdominale. — **M. TERRILLON** présente une malade, âgée de vingt-sept ans, qui portait un énorme fibro-sarcome de la paroi abdominale, mais proéminent surtout du côté du bassin. Cette tumeur pesait 5 kilogrammes. Il fallut décortiquer le péritoine aminci sur une étendue considérable. En outre, la tumeur se prolongeait dans le voisinage de l'arcade crurale. Le péritoine ne s'est pas sphacélé; la guérison a été parfaite et date aujourd'hui de cinq mois.

Uranoplastie. — **M. POULET** présente un militaire auquel il a pratiqué, avec succès, une uranoplastie par le procédé à doubles ponts latéraux de Langenbeck.

ÉLECTIONS

La Société procède au renouvellement du bureau pour l'année 1886. (Voir aux Nouvelles, p. 1198.)

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les livres d'étrennes (1).

II

Le jour même où paraissait notre causerie sur les livres d'étrennes, nous recevions le nouveau volume de la Géographie de M. Élisée Reclus, et, comme un bonheur n'arrive jamais seul, la librairie Quantin nous adressait une collection des plus intéressantes. Nous allons présenter rapidement ces divers ouvrages à nos lecteurs.

Pour la onzième fois nous attirons l'attention sur l'œuvre considérable que M. Élisée Reclus publie sous le titre de « Nouvelle Géographie universelle, la Terre et les Hommes (2) ». Ce onzième volume est consacré à l'histoire de l'Afrique septentrionale. L'auteur nous promène de la Tripolitaine au Maroc, en passant par la Tunisie et l'Algérie. Il termine son étude par le Sahara. C'est, comme on le pense bien, une lecture des plus attachantes pour un Français : la Tripolitaine, qui nous sépare de l'Égypte ; la Tunisie, qui appuie si heureusement un des côtés de notre grande colonie algérienne; le Sahara qui, aujourd'hui limite, sera peut-être demain notre grande route pour l'Afrique centrale ; le Maroc, enfin, qui nous sépare de l'Océan.

Nos lecteurs connaissent la méthode de M. Élisée Reclus. Détails précis, cartes nombreuses, analyses consciencieuses de tous les documents statistiques, anthropologiques, ethnologiques, c'est là tout le secret du succès de ce grand ouvrage. Le onzième volume ne le cède en rien à ceux qui l'ont précédé, 4 cartes en couleurs tirées à part; 160 cartes intercalées dans le texte et 85 vues ou types gravés sur bois en font un volume non seulement d'une haute expression scientifique, mais d'un vif intérêt artistique.

— « Le Vicaire de Wakefield (3) » ouvre la série des livres de la maison A. Quantin.

Il n'est pas un de nous qui n'ait lu cette charmante création d'Oliver, Goldsmith. Ceux qui ont pu le lire dans le texte original ont goûté le charme de cette œuvre calme, honnête, où joie et tristesses ont leurs heures, se succédant avec les imprévus de la vie humaine.

C'est sur cette jolie page de la littérature anglaise que M. A. Quantin a voulu continuer l'essai si curieux d'illustration coloriée, à laquelle il se consacre avec tant de courage depuis quelques années. A la gravure sur bois, qui a fait des progrès si considérables, M. Quantin a voulu substituer le charme de la couleur, et il faut connaître les difficultés matérielles de l'entreprise pour comprendre tout ce que les essais ont demandé de peines, de tâtonnements et de persévérance. Un labeur si énergique méritait le succès et certes « le Vicaire de Wakefield » est là pour montrer ce qu'on peut attendre de cette nouvelle manière.

Tout en lisant la très agréable traduction de M. Gausseron, on voit se dérouler une suite de ravissants tableaux. C'est la vie anglaise, c'est la campagne, ce sont des intérieurs où le crayon et le pinceau de l'artiste se disputent la prééminence et se complètent de la plus harmonieuse façon. Mais ce qui a une importance considérable, en ce temps de diffusion, c'est le bon marché relativement extraordinaire auquel l'éditeur peut donner un livre si curieux au point de vue de l'art.

C'est en toute confiance que nous recommandons une œuvre qui datera dans l'histoire de notre imprimerie française.

— Et maintenant, laissons approcher nos enfants de cette collection que M. Quantin leur dédie sous le titre général d'Encyclopédie enfantine.

Voici d'abord les albums en couleurs (1) : « les Jardins de Paris » et « la Journée de Bébé ».

Le premier de ces livres nous montre les enfants se livrant à leurs jeux dans nos jardins publics. Tous ces croquis ont été exécutés d'après nature par M. Grigny, et M. Bonhomme en a écrit gaiement le texte.

Avec « la Journée de Bébé » nous assistons à toutes les scènes d'une vie d'enfant. M. Bouisset les a illustrées avec délicatesse et M. Arnaud les a contées avec grâce et originalité.

Ces albums contiennent 32 pages, ornées de gravures en 6 et 7 couleurs.

— Si « le Vicaire de Wakefield » s'adresse aussi bien aux parents qu'aux enfants d'un certain âge, voici un livre qui a été écrit pour les enfants et que les parents leur disputeront assurément.

« Les Légendes de France (2) » font partie de la « Bibliothèque des familles », de Quantin. Ces légendes, écrites avec simplicité par M. Carnoy, et illustrées avec esprit par M. Zier, forment un ensemble des plus agréables et les enfants les dévorent.

— M. Mélandri nous raconte, sous le titre « les Farfadets (3) » une légende bretonne, que M. Henri Rivière enrichit des illustrations les plus étonnantes. Crayon et couleurs font assaut et certaines planches ont des effets surprenants de demi-teintes, de brouillards ou d'effets de lune tout à fait en situation avec le sujet et le beau pays de Bretagne. Que l'on se figure 36 dessins d'une composition fantastique, tous imprimés en couleurs différentes; ici, un beau vert foncé pour le vaisseau-fantôme perdu dans la tempête: là, une sanguine nuançant la bataille des farfadets de son rouge sanglant; plus loin, un bas-relief allégorique tiré en ton de pierre, etc.

A ces illustrations d'une verve fantaisiste très originale, s'ajoutent les charmes d'une mise en pages toute particulière et faite avec beaucoup de goût.

— Les « Récits de l'oncle Paul » et l'« Histoire de Germaine » font partie de la Bibliothèque de l'éducation maternelle (4).

Les « Récits de l'oncle Paul », écrits par M. Bonhomme et illustrés par Kauffmann, apprennent à l'enfant à aimer le travail et le bien.

L'« Histoire de Germaine », illustrée par M. Kauffmann, a été écrite par M. A. Quantin. C'est la vie au jour le jour d'une petite fille qui n'était pas exempte de défauts, mais qui sut s'en corriger et devint un modèle pour tous.

---

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1885, p. 1189.
(2) Un fort vol. gr. in-8° jésus. Prix : 30 fr. — Paris, Hachette et Cie
(1) Un vol. in-8°. Prix : 20 francs. — Paris, A. Quantin.

(1) In-16. Prix broché avec couverture en couleurs : 2 fr. 25. — Paris, A. Quantin.
(2) In-4°. Prix broché : 5 francs. — Paris, A. Quantin.
(3) In-4°. Prix : 4 francs. — Paris, A. Quantin.
(4) Gr. in-8°. Prix : 3 fr. 25. — Paris, A. Quantin.

— La « Bibliothèque enfantine (1) » nous offre deux ouvrages : les Scènes enfantines, par Mme Marie de Bosguérard, et les Contes aux tout petits, par M. Andriveau. Ces deux volumes renferment des historiettes courtes et simples, accompagnées de nombreuses gravures bien à la portée de tous jeunes enfants. On peut s'en servir comme de premières lectures, à la suite des alphabets.

Mais quels alphabets! et les enfants se plaignent d'apprendre à lire. C'est qu'ils n'avaient pas encore les alphabets illustrés de M. Quantin. Qu'ils ouvrent l'A B C du premier âge (2), ou l'Alphabet usuel (3), ou l'Album-alphabet (4), et ils ne connaîtront plus les amertumes des premiers ânonnements.

Comme ils passeront alors avec bonheur à cette série d'albums où l'imprimeur a vaincu toutes difficultés, et d'exécution et de prix. Comme ces albums sont bien français et quel succès les attend. Cinq séries s'échelonnent du prix de 0,15 à 0,25, 0,40, 0,75 et 1,25; allant du petit in-8, avec 6 gravures en couleurs, au grand in-4, avec 8 gravures en couleurs! Et jusqu'à de la musique!

Décidément on gâte trop nos enfants, et M. Quantin leur rend la tâche trop facile.

— Nous ne voulons pas terminer cette causerie sans signaler à nos lecteurs une touchante histoire qui nous arrive de Verdun. Elle est due à la plume distinguée d'un confrère, et ceux qui aiment à voir le médecin se reposer des travaux de la profession par le culte littéraire nous sauront gré de leur signaler « Bérangère de Chaudoré (5) ».

Cette étude psychologique est, comme on dit aujourd'hui, *vécue* : c'est un document. Elle fait honneur à son auteur, M. le docteur C.-Ernest Rignier, qui sept fois déjà avait, avec succès, publié d'intéressantes nouvelles ou des monographies consciencieuses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A la suite de la première épreuve du concours de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris, seuls ont été reconnus admissibles les 123 candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique :

MM. Aldibert, Alexandre, Ardouin, Arnaud (Léon), Arnauld, Aubert, Bataille, Baudouin, Baumgarten, Bellanger, Bernheim, Bezançon, Bouchut, Bouffe, Bouisson, Boulay, Bourges, Bruhl, Caussade, Cazals, Charier (Charles), Charrier (Paul), Chevalier, Coffin, Cohen, Conzette, Couder, Courtois-Suffit, Cousin, Dagron, Dautigny, de Fleury, de Grandmaison, Delagenière (Henri), de Lostalot-Bachoué, Deroche, Despaigne, Drouet, Dufestel, Dupré (Ferdinand), Dussaud (Louis), Enriquez, Évrain, Garnier, Gauthier (Jean), Gauthier (Henri), Gibotteau, Gommier, Grandhomme, Hamon (Émile), Hautecœur, Hudelo, Iavorowski, Isch-Wall, Iscovesco, Jacquinot, Janet, Jondeau, Jonnesco, Mlle Klumpke, MM. Laffite, Lamotte, Laskine, Lefebvre (Albert), Legrand (Ch.), Legros, Legry, Lequen, Le Noir, Lion (Camille), Lyon (Raphaël), Macaigne, Macon, Macry, Mantel, Marty, Mathieu-Sicaud, Mauclaire, Mauny, Maurin, Melchior-Robert, Mordret, Mosny, Mouls, Mullot, Nicolle, Nodot, Oustaniol, Pallier, Parelle, Parmentier, Pfender, Pilliet, Pinel-Maisonneuve, Poiret, Prioleau, Raoult, Reblaud, Reboul, Regnault, Roques de Fursac, Rollin, Roussan, Sallard, Sardou, Sollier, Souplet, Souques, Springer, Témoin, Thibault (Arsène), Thierry (Adrien), Thierry (Frédéric), Thiery (Paul), Thomas, Thouvenet, Tissier, Vignalou, Vignard, Vimont, Wassilieff, Wickham et Willemin.

— Par décret, en date du 23 décembre 1885, M. le docteur Leloir, est nommé professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille (chaire nouvelle).

— Par décret, en date du 23 décembre 1885, ont été nommés dans le cadre des pharmaciens de l'armée territoriale :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe : MM. les pharmaciens diplômés de première classe Bataille, Pâquet, Bremant, Pasturaud, Quentin, Prévost, Jonart et Millet.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 décembre 1885, les diplômes d'officier de santé et de pharmacien, de sage-femme et d'herboriste de deuxième classe, obtenus devant l'École de médecine de Besançon, pour le département de la Haute-Saône, sont également valables pour l'exercice de la médecine et de la pharmacie, dans l'étendue du territoire de Belfort.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 décembre 1885, le concours qui devait s'ouvrir le 3 février 1886 devant la Faculté de médecine de Montpellier pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine d'Alger, est reporté au 15 mars 1886.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 décembre 1885, un concours s'ouvrira le 1er juillet 1886, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris pour un emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à l'École de médecine de Rouen.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Roth, décédé à Paris, le 25 décembre 1885, dans sa soixante-dix-huitième année; de M. le docteur Vignard (de Fleury) et de M. le Dr Parise, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lille.

— Le bureau de la Société de biologie est ainsi composé pour l'année 1886 :

Président perpétuel : M. Paul Bert; vice-présidents, MM. Bouchereau et Gréhant; secrétaire général, M. Dumontpallier; secrétaire général adjoint, M. Franck; secrétaires annuels, MM. Blanchard, Vignal, Beauregard, Bloch; trésorier, M. Chatin; archiviste, M. Hardy.

— Le bureau de la Société de chirurgie est ainsi constitué pour l'année 1886 : Président, M. Horteloup; vice-président, M. Lannelongue; secrétaire général, M. Chauvel; trésorier, M. Berger; archiviste, M. Terrier; secrétaires des séances, MM. Delens et Terrillon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1886, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*; — 2° *Mémorial obstétrical*; — 3° *Formulaire magistral*; — 4° *Code médical et professionnel*; — 5° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*; — *Plus, un calendrier à deux jours par page*, la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins inspecteurs des eaux minérales, maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; *les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France; les Écoles de médecine militaire et navale*, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; des modèles de rapports et certificats; le tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en cinq cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; n° 2, — l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; n° 3, — et petite trousse en soie, 5 fr.; n° 4, — en maroquin, 7 fr.; n° 5, — avec fermoir en maillechort, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

(1) Petit in-16 broché avec couverture en couleurs. Prix : 1 franc. — Paris, A. Quantin.
(2) Gr. in-8°. Prix : 60 centimes. — Paris, A. Quantin.
(3) Petit in-4°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, A. Quantin.
(4) Gr. in-4°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Quantin.
(5) In-12. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Chasles, 6, rue de Seine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18825.

N° 151. — JEUDI 31 DÉCEMBRE 1885. 58e ANNÉE. JEUDI 31 DÉCEMBRE 1885. — N° 151.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Galezowski vient d'enrichir l'histoire clinique de l'épilepsie par le récit d'un nouveau fait de guérison de cette terrible maladie par la suppression de sa cause.

Les faits analogues se comptent dans la science. On connaît notamment celui de Fabrice de Hilden qui, en retirant un corps étranger dont l'introduction dans l'oreille avait été l'origine des accès convulsifs, fit disparaître ces accès. On connaît également celui du professeur hollandais Schræder van der Kolk qui, ayant vu une jeune fille devenir épileptique pour s'être enfoncé un morceau de verre dans la paume de la main, put, après de nombreux accès, la guérir définitivement par l'extraction de ce morceau de verre.

L'observation de M. Galezowski est plus curieuse encore peut-être. En effet, après un accident qui avait amené la perte d'un œil, ce fut seulement au bout de huit ans que l'épilepsie se produisit, sous l'influence d'altérations secondaires survenues dans le moignon. Ces altérations secondaires avaient aussi un fâcheux retentissement sur l'autre œil, et en dehors même des crises convulsives, l'extirpation totale du moignon se trouvait indiquée. Elle fit disparaître définitivement, et à partir du moment où elle fut pratiquée, les crises d'épilepsie, jusqu'alors très fréquentes et se renouvelant chaque jour plusieurs fois. Quant à la névro-rétinite sympathique, son développement ultérieur fut arrêté, comme elle le fut en cas semblable chez un de nos plus grands orateurs, par l'ablation partielle de l'œil jadis blessé.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Conjonctivite blennorrhagique spontanée.

I

Il m'est arrivé, ces derniers jours, de faire en votre présence un diagnostic très simple, qui a paru surprendre quelques-uns d'entre vous et qui est, en effet, de nature à paraître étrange pour qui n'en a pas le secret.

M'approchant du lit d'un malade que je ne connaissais pas, puisque le fait se passait lors de ma première visite à mon retour de vacances, je l'examinai un instant sans le découvrir et lui dis : — Mon ami, vous avez la chaudepisse. — Non, me répondit-il.

Examinant alors de tout près ce malade, toujours sans le découvrir : « Vous avez la chaudepisse », repris-je avec plus d'assurance. Et alors le découvrant, je lui pris la verge, j'exerçai une légère pression sur l'extrémité terminale de l'urèthre et amenai au méat une goutte jaune, purulente, absolument caractéristique. Du reste, examen fait plus amplement, cet homme avait bel et bien une blennorrhagie typique, restée méconnue de lui en raison de sa négligence, de son inexpérience et de son inattention d'abord, comme aussi en raison d'autres accidents qu'il portait à la verge et que je passe sous silence parce qu'ils n'ont rien à voir avec le sujet actuel.

Somme toute, j'avais diagnostiqué une blennorrhagie sans examiner la verge, je l'avais vue à travers les draps. Voilà certes, d'après ce simple et très véridique énoncé des faits, un diagnostic qui a moins les allures d'un acte clinique que d'un tour de passe-passe ou d'une sorcellerie.

Eh bien, rassurez-vous, il n'y a rien là qui touche au surnaturel. Pour tout sortilège, il n'y a là qu'un fait clinique, d'appréciation facile dès qu'on le connaît, et dans quelques minutes, vous serez tout aussi habiles que moi, si vous voulez me prêter attention, pour réaliser, dans des conditions propices, cet acte divinatoire ou pseudo-divinatoire qui consiste à diagnostiquer une blennorrhagie sans la voir.

Venons au fait. Comment sur ce malade qui, je le répète, était couché dans son lit et recouvert de ses draps, ai-je reconnu sur lui une blennorrhagie? Tout simplement en constatant chez lui une ophthalmie visible à distance, et une ophthalmie absolument spéciale, typique, une variété d'ophthalmie qui, pour le dire immédiatement, s'appelle la conjonctivite séro-vasculaire.

Cette conjonctivite, quand elle est très caractérisée, est tellement spéciale qu'elle révèle la blennorrhagie, qu'elle en constitue un signe accusateur par excellence, si bien que, étant donnée une conjonctivite de ce genre, on peut presque à coup sûr diagnostiquer de par elle une blennorrhagie avant d'avoir examiné l'urèthre.

Eh bien, c'est de cette ophthalmie que je me propose de vous entretenir en reprenant le cours de mes leçons.

A l'avance, vous avez compris que l'intérêt du sujet que nous allons aborder n'est certes pas dans ce fait que cette

ophthalmie peut servir de signe pour reconnaître la blennorrhagie. Ceci, pour être le côté pittoresque, drôle de la question, n'en est que le petit côté; car, pour diagnostiquer une chaudepisse, il y a quelque chose de très simple et de plus sûr que d'examiner l'œil, c'est d'examiner l'urèthre. L'intérêt du sujet, très évidemment, est ailleurs. Il est dans l'étude de cette ophthalmie spéciale, dans la relation de cette ophthalmie avec le rhumatisme blennorrhagique, dans le diagnostic différentiel de cette ophthalmie et d'une autre ophthalmie qui réalise encore la blennorrhagique, et finalement, au point de vue pratique, dans les indications thérapeutiques, essentiellement différentes qui relèvent de chacune de ces deux espèces morbides.

C'est là, et là seulement, ce que j'aurai en vue dans l'exposé qui va suivre.

Rappelons d'abord quelques notions générales qui n'auront besoin que d'être énoncées. La dénomination d'ophthalmie blennorrhagique rapproche deux maladies que distancent et séparent des différences radicales, à savoir: 1° l'ophthalmie blennorrhagique accidentelle ou de contagion; 2° l'ophthalmie blennorrhagique rhumatismale, dite encore ophthalmie irritative de cause interne, ophthalmie sympathique, ophthalmie de métastase.

Ces deux maladies ne sont ni des degrés ni des formes d'un même état morbide; ce sont deux affections à part, deux types pathologiques différents à tous égards et n'ayant de commun que la dénomination générique qui en entretient la confusion.

La première, l'ophthalmie de contagion, reconnaît pour cause, et pour cause unique, une contagion, un transfert à l'œil de la matière blennorrhagique. C'est l'ophthalmie des gens qui ayant ou n'ayant pas une blennorrhagie se touchent l'œil avec les doigts imprégnés de pus blennorrhagique, se lavent l'œil dans une eau ou avec une urine chargée de pus blennorrhagique, c'est aussi l'ophthalmie des médecins qui reçoivent dans l'œil une goutte de pus uréthral, etc.

Il est inutile de dire que c'est une ophthalmie formidable comme gravité, que c'est le prototype des ophthalmies purulentes, qui compromet l'œil à brève échéance, qui le crève en quelques jours si l'on n'intervient pas à temps et énergiquement pour le dompter, etc.

La seconde, l'ophthalmie de cause interne, reconnaît pour cause unique la blennorrhagie. Elle ne se produit, à l'inverse de la précédente, que sur les sujets affectés de blennorrhagie. Elle ne dérive jamais d'une contagion. Elle résulte directement de l'influence blennorrhagique exactement comme une arthrite, une hydarthrose, une sciatique blennorrhagique.

Comme symptômes, elle se différencie et se sépare de la précédente, autant qu'une fièvre éphémère se différencie et se sépare d'une fièvre typhoïde. Par rapport à l'ophthalmie de contagion, on peut la dire extrêmement bénigne. Elle guérit seule et sans traitement. Elle ne comporte aucun pronostic sérieux.

Ajoutons, pour achever la caractéristique, qu'elle coïncide fréquemment avec telles ou telles des manifestations qui composent ce qu'on appelle le rhumatisme blennorrhagique; qu'elle récidive souvent à propos de plusieurs blennorrhagies successives.

Cette dernière ophthalmie, remarquons-le immédiatement, est l'ophthalmie blennorrhagique par excellence, parce qu'elle résulte directement d'une influence blennorrhagique. Elle est bien plus blennorrhagique que l'ophthalmie de contagion qui, elle, n'est qu'un accident de blennorrhagie, qu'un fait de transport accidentel du pus à la muqueuse oculaire et qui peut se montrer tout aussi bien sans blennorrhagie qu'avec blennorrhagie sur les sujets qu'elle affecte. Aussi est-elle infiniment plus fréquente que celle-ci. Elle compte environ, d'après une statistique qui m'est personnelle, cinquante ophthalmies rhumatismales contre une ophthalmie de contagion. La première serait donc cinquante fois plus fréquente que la seconde.

En second lieu, ce qui n'est pas moins connu et ce que vous trouverez indiqué partout, c'est que l'ophthalmie blennorrhagique rhumatismale comporte divers types cliniques, comme localisations. Elle en comporte trois, à savoir: 1° tantôt elle affecte la membrane Descemet et constitue l'aquo-capsulite; 2° tantôt elle se localise sur l'iris, c'est l'iritis blennorrhagique rhumatismale; 3° tantôt enfin elle affecte la conjonctive.

C'est ce dernier type qu'a offert le malade de mon service, et c'est le seul que j'aurai en vue dans cette première leçon. Je tiens d'autant plus à profiter de l'occasion qui m'est offerte de vous décrire *de visu* le type en question, qu'il est à peine indiqué dans les livres classiques ou même très incomplètement décrit dans les traités spéciaux d'ophthalmologie. Il ne laisse pas cependant d'être assez commun, plus commun même que je le croyais quand je l'ai décrit dans l'article Blennorrhagie du dictionnaire de M. Jaccoud.

En quoi consiste-t-il? C'est une conjonctivite purement et simplement, mais une conjonctivite quelque peu spéciale. Au point de vue des lésions objectives nous pouvons la caractériser en disant que c'est une conjonctivite séro-vasculaire, c'est-à-dire une conjonctivite constituée par ces deux éléments: 1° une injection vasculaire; 2° un chémosis séreux sous-conjonctival.

1° Comme dans toutes les conjonctivites, l'œil se présente rouge, vascularisé et si vous examinez à la loupe cette vascularisation, vous la trouvez constituée par des lacis de vaisseaux de nouvelle formation, la plupart disposés en rayons autour de la cornée.

2° En outre, la muqueuse du globe oculaire est comme soulevée, boursouflée, épaissie, par une sorte d'infiltration œdémateuse. Quelquefois, comme chez notre malade, l'œdème est assez accusé pour que la membrane constitue une sorte de bourrelet autour de la circonférence cornéale. Ce bourrelet mesure exactement le degré d'épaississement œdémateux subi par la conjonctive.

Ces deux lésions sont en général assez fortement accentuées, si bien que, au total, l'œil se présente avec l'aspect d'une conjonctivite assez intense. Or, chacun sait les symptômes ordinaires des conjonctivites et la plupart d'entre vous les connaissent par expérience personnelle, la conjonctivite étant de ces maladies courantes auxquelles il est bien rare qu'on n'ait pas payé son tribut. Chacun sait aussi que, pour peu qu'elle soit un peu intense, la conjonctivite ordinaire a pour résultat constant, inévitable, de déterminer un éréthisme oculaire des plus pénibles qui se traduit par les cinq symptômes suivants : 1° douleur oculaire, douleur moins intense qu'agaçante, énervante; chaleur et cuisson, prurit, sensation de gravier dans l'œil affecté; 2° semi-occlusion de l'œil, voire même occlusion presque complète si les symptômes sont un peu intenses; 3° clignement spasmodique des paupières; 4° photophobie, surtout à une lumière un peu vive; 5° larmoiement, épiphora.

Or, ces divers symptômes ne se rencontrent pas ou, s'ils se rencontrent, ils sont plus ou moins atténués dans la conjonctivite qui nous occupe. Ainsi cette ophthalmie est si peu douloureuse que l'on peut dire que la douleur n'existe pas; une légère cuisson, un peu de prurit oculaire et c'est tout. Il en est de même de la photophobie; il n'y a qu'une légère sensibilité de l'œil à une grande lumière. Par suite de l'absence de ces deux symptômes : douleur et photophobie, l'œil n'est pas entraîné à se fermer et les paupières ne clignent pas. De même encore, la sécrétion lacrymale n'est exagérée que dans un degré minime; elle est insuffisante pour constituer ce qu'on appelle le larmoiement, mais elle suffit cependant pour imprimer à l'œil un aspect quelque peu particulier, brillant, un éclat spécial. Et c'est tout.

C'est ainsi, qu'en raison de l'absence de troubles fonctionnels, le malade ne prend guère souci de cette curieuse ophthalmie qui ne le fait pas souffrir. Il continue à aller et venir, à vaquer à ses occupations, à lire, à écrire. Quelquefois même, venant consulter un médecin pour sa blennorrhagie, il ne songe même pas à lui parler de son ophthalmie, tant il s'en inquiète peu. J'en ai eu maintes fois la preuve. Ceci est tout à fait topique et montre bien le peu de réaction sympathique qu'éveille cette ophthalmie.

Sans que la maladie atteigne toujours ce degré extrême de bénignité et d'indolence, elle n'est pas moins remarquable dans la plupart des cas par ce fait qu'elle n'entraîne que de très légers troubles fonctionnels, qui sont tout à fait disproportionnés avec l'intensité des lésions objectives. Si bien que le plus souvent les malades affectés de cette ophthalmie ne se présentent pas avec l'attitude, l'habitus de gens qui ont une ophthalmie aiguë. Ce sont, chose curieuse, des gens qui avec un œil rouge, très rouge même parfois, se présentent l'œil ouvert et regardent en face sans cligner, sans avoir peur du jour; ce sont des gens qui ont l'aspect objectif d'une inflammation oculaire sans en avoir les troubles fonctionnels. C'est précisément ce contraste singulier qui devient, dans l'espèce, un élément diagnostique révélateur, qui dénonce la spécialité d'origine de cette ophthalmie. Et tel est le signe, je le répète, par lequel on arrive parfois à diagnostiquer une blennorrhagie de par le seul aspect de l'œil comme chez le malade qui a été l'occasion de cette leçon. Diagnostiquer une blennorrhagie sans la voir est donc un tour de force clinique à la portée de tout le monde et qu'à l'occasion vous réaliserez aussi facilement et aussi sûrement que je l'ai fait sur le malade en question.

Mais cela, en réalité, n'est qu'une curiosité clinique. En revanche, il importe de bien connaître la variété d'ophthalmie en question, parce qu'il est à cela un intérêt de pathologie et de pratique. Après vous avoir dit les lésions et les symptômes de cette conjonctivite il me reste à vous en faire connaître la marche, l'évolution, la terminaison, les coïncidences morbides, les variétés possibles, etc.

Comme marche, elle offre essentiellement l'allure d'une affection aiguë. Elle débute insidieusement et s'établit sans phénomènes de réaction générale ou locale et elle atteint son apogée en quelques jours; puis elle reste alors stationnaire sans modifications appréciables et finalement se résout, après avoir duré un temps variable dont la moyenne la plus habituelle oscille entre dix et vingt jours. Comme particularité de la période régressive, c'est que parfois la résolution se fait d'une façon très hâtive, à la façon de ce qu'on appelle la délitescence de certaines manifestations rhumatismales.

L'affection est le plus souvent monoculaire au début et peut rester telle. Mais bien plus souvent elle devient double, atteignant successivement les deux yeux. Il est même assez fréquent qu'après avoir envahi un œil puis l'autre, elle fasse un retour offensif sur le premier et quelquefois aussi sur le second. Elle semble ainsi passer d'un œil à l'autre et n'envahir le second qu'en quittant le premier. Cette mobilité des phénomènes rappelle ce qui se produit souvent dans le rhumatisme articulaire aigu, où l'on voit une jointure se prendre pendant qu'une autre se délivre, puis celle-là se délivrer aux dépens d'une troisième. De là les épithètes d'ophthalmie migratrice, ambulante, métastatique, qui ont été données à la maladie.

Mais ce qui est bien plus remarquable encore et ce qui confère à cette ophthalmie un cachet tout particulier, c'est sa corrélation très habituelle avec les diverses manifestations qui composent ce qu'on appelle le rhumatisme blennorrhagique : arthropathie, sciatique, etc. A coup sûr cette corrélation, cette coïncidence n'est pas absolument constante, il est des cas où elle se produit seule sans aucune manifestation coïncidente, antérieure ou postérieure, de rhumatisme. Mais, bien plus souvent, cette ophthalmie fait partie d'un ensemble, d'une scène morbide qui est celle du rhumatisme blennorrhagique. Et alors tantôt elle précède les manifestations articulaires ou autres de ce rhumatisme, et tantôt elle leur succède.

La variété de conjonctivite qui nous occupe ne comporte qu'un seul mode de terminaison : la résolution et la guérison, la guérison complète, absolue, sans vestiges ultérieurs, sans reliquats. Seulement, il faut savoir que la fin d'une crise n'est pas toujours, tant s'en faut, la fin de la maladie. Sans parler même des recrudescences qui sont communes, les récidives véritables sont loin d'être rares. Dans nombre de cas, on voit au cours d'un rhumatisme blennorrhagique une affection oculaire se manifester et disparaître pour récidiver sur un œil ou sur les deux yeux, et cela non pas une fois seulement, mais deux et trois fois. Il est même des cas de rhumatisme blennorrhagique rebelles, prolongés, où les malades restent sujets à de continuelles recrudescences ou récidives d'ophthalmie. Tel a été celui d'un malade qui, pendant les quatre mois qu'a duré son rhumatisme, n'a pas cessé d'être en proie à de continuels assauts, presque subintrants de conjonctivite blennorrhagique.

Ces recrudescences et ces récidives rappellent ce qui se produit parfois au cours de certains rhumatismes vulgaires où l'on voit telle articulation se fluxionner, se délivrer, puis se reprendre à plusieurs fois de suite.

Tel est le tableau usuel de cette curieuse variété d'ophthalmie blennorrhagique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 décembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un mémoire intitulé : *De la maladie de Dupuytren*, par M. le docteur Charles Amat, médecin-major;

2° Une note de M. le docteur L. Soudras, sur les dernières expériences qu'il a faites relativement à la production et à la guérison des enrouements et des rhumes par les inhalations;

3° *Une étude sur les causes particulières du choléra chez les enfants*, par M. Pigeon (de Fourchambault);

4° Une série d'observations intitulées : *Triomphe de la saignée*, par M. le docteur Dechaux (de Montluçon);

5° Un mémoire ayant pour titre : *Contribution à l'étude clinique des anévrysmes de l'aorte au point de vue de leur traitement par la méthode romaine ou la méthode du docteur Guido Baccelli*, par M. le professeur Saboia (de Rio-Janeiro), membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris, etc.

RAPPORTS

M. BOUCHARDAT, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur deux demandes en autorisation d'exploiter des eaux minérales pour l'usage médical. Les conclusions de la commission sont adoptées.

M. MÉHU lit, sur des remèdes secrets, une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées.

ÉLECTIONS

L'Académie procède au renouvellement partiel de ses commissions permanentes :

Épidémies. — MM. Dujardin-Beaumetz et Besnier.

Eaux minérales. — MM. Bourgoin et Empis.

Remèdes secrets. — MM. Milne-Edwards, Gautier et G. Bouchardat.

Vaccine. — MM. Leblanc, Colin (L.) et Guéniot.

Hygiène de l'enfance. — MM. Vallin et Lagneau.

LECTURE

De l'épilepsie et d'une néerite optique guérie par l'énucléation d'un œil blessé.—M. Galezowski raconte l'observation d'un malade opéré par lui le 3 octobre 1883, en présence de M. Noël Gueneau de Mussy, à la suite d'une consultation à laquelle avaient également pris part MM. Vulpian et Legrand du Saulle.

Il s'agit, dit-il, d'un cas très grave, d'une épilepsie des plus violentes survenue chez un homme jeune encore et chez lequel un œil était perdu depuis six ans par suite d'un accident de chasse. Cet œil avait été réduit à l'état de moignon après une amputation de l'hémisphère antérieur. Six ans après, l'autre œil devenait trouble par suite d'une névrite optique qui coïncidait avec l'apparition des accidents épileptiques.

Il paraît probable qu'il s'agissait d'une épilepsie réflexe, d'accidents sympathiques dont le point de départ devait être dans l'œil blessé. Le malade fut endormi et l'opération fut exécutée sans aucun accident. Les suites en furent des plus simples, et à partir de ce moment, les crises épileptiques cessèrent, tandis que jusqu'alors elles se renouvelaient chaque jour deux ou trois fois. La vue de l'autre œil, qui paraissait très compromise, s'améliora progressivement. La santé générale se modifia aussi d'une façon rapide. Actuellement, le malade déclare qu'il ne s'est jamais mieux porté.

M. Galezowski rappelle à cette occasion un autre fait signalé déjà dans son atlas d'ophthalmoscopie (figures 1 et 2, planche XX). Ce fait est relatif à un homme qui, ayant perdu la vue de l'œil droit par suite d'une blessure, vers l'âge de huit ans, était menacé de la perdre aussi de l'œil gauche, par suite d'une névro-rétinite sympathique, à l'âge de quarante-sept ans. L'énucléation de l'œil blessé amena une guérison complète.

M. Galezowski ajoute : « Ces deux faits me paraissent donner d'une manière irréfutable l'explication du mode de transmission des ophthalmies sympathiques, le long des parois vasculaires, probablement par l'intermédiaire des nerfs vasomoteurs, d'où les thromboses et les endartérites sympathiques avec leurs conséquences.

Les accidents épileptiques ont dû être provoqués aussi par une irritation des nerfs vasomoteurs dans le trajet des bandelettes optiques et peut-être plus loin, à la surface même des corps genouillés et des couches optiques, qui disparaît dès que la cause d'irritation a été enlevée. »

L'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Les questions mises au concours par l'Académie des sciences pour les prix à décerner, en ce qui concerne les sciences médico-chirurgicales et naturelles, sont les suivantes :

1° POUR L'ANNÉE 1886

STATISTIQUE. — *Prix Montyon.*

CHIMIE ORGANIQUE — *Prix Jecker.*

GÉOLOGIE. — *Prix Vaillant.* — Étudier l'influence que peuvent avoir sur les tremblements de terre l'état géologique d'une contrée, l'action des eaux ou celle de causes physiques de tout autre ordre.

BOTANIQUE. — *Prix Barbier.* — Décerné à celui qui fera une découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique, et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir.

Prix Desmazières. — Décerné à l'auteur de l'ouvrage le plus utile sur tout ou partie de la cryptogamie.

Prix de La Fons Mélicocq. — Décerné au meilleur ouvrage de botanique sur le nord de la France.

Prix Thore. — Décerné alternativement aux travaux sur les cryptogames cellulaires d'Europe, et aux recherches sur les mœurs ou l'anatomie d'une espèce d'insectes d'Europe.

Prix Montagne. — Décerné aux auteurs de travaux importants ayant pour objet l'anatomie, la physiologie, le développement ou la description des cryptogames inférieurs.

ANATOMIE ET ZOOLOGIE. — *Prix Savigny.* — Fondé par Mlle Letellier. — Décerné à de jeunes zoologistes voyageurs.

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *Prix Montyon.* — Médecine et chirurgie.

Prix Bréant. — Décerné à celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique.

Prix Godard. — Sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

Prix Lallemand. — Destiné à récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots.

PHYSIOLOGIE. — *Prix Montyon.* — Physiologie expérimentale.

PRIX GÉNÉRAUX. — *Prix Montyon.* — Arts insalubres.

Prix Trémont. — Destiné à tout savant auquel une assistance sera nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France.

Prix Gegner. — Destiné à soutenir un savant qui se sera distingué par des travaux sérieux poursuivis en faveur du progrès des sciences positives.

Prix Delalande-Guérineau. — Destiné au voyageur français ou au savant qui, l'un ou l'autre, aura rendu le plus de services à la France ou à la science.

Prix Jean Reynaud. — Décerné au travail le plus méritant qui se sera produit pendant une période de cinq ans.

Prix Jérôme Ponti. — Décerné à l'auteur d'un travail scientifique dont la continuation ou le développement seront jugés importants pour la science.

2° POUR L'ANNÉE 1887

CHIMIE. — *Prix L. Lacaze.* — Décerné à l'auteur du meilleur travail sur la physique, sur la chimie et sur la physiologie.

GÉOLOGIE. — *Prix Delesse.* — Décerné à l'auteur d'un travail concernant les sciences géologiques, ou, à défaut, les sciences minéralogiques.

ANATOMIE ET ZOOLOGIE. — *Grand prix des sciences physiques.* — Étudier les phénomènes de la phosphorescence chez les animaux.

Prix Bordin. — Étude comparative des animaux d'eau douce de l'Afrique, de l'Asie méridionale, de l'Australie et des îles du grand Océan.

Prix Bordin. — Étude comparative de l'appareil auditif chez les animaux vertébrés à sang chaud, mammifères et oiseaux.

Prix Serres. — Sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine.

Prix Chaussier. — Décerné à des travaux importants de médecine légale ou de médecine pratique.

Prix Petit d'Ormoy. — Sciences naturelles.

3° POUR L'ANNÉE 1888

Anatomie et zoologie. — *Prix da Gama Machado.* — Sur les parties colorées du système tégumentaire des animaux ou sur la matière fécondante des êtres animés.

Prix Cuvier. — Destiné à l'ouvrage le plus remarquable soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

4° POUR L'ANNÉE 1890

Médecine. — *Prix Dusgate.* — Décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

LXI

Pour compléter ces notions de thérapeutique thermale quant à la région sub-pyrénéenne occidentale, je dois mentionner les eaux minérales de quelques localités de la Gascogne :

1° A cinq lieues de Saint-Sever, les eaux de Saint-Loubouer (Eugénie-les-Bains), situées au fond d'une vallée fort triste parcourue par le Bahus; à la *grande maison*, tout près du ruisseau, il y a dix cabinets avec des baignoires en bois; l'eau, qui n'a pas de chaleur sensible, n'a pas la fraîcheur des sources ordinaires, limpide, odeur prononcée d'œufs durs, saveur non désagréable : elle dépose sur la pierre qui reçoit l'eau de dégorgement une matière onctueuse, blanchâtre, bourbeuse; on est obligé de chauffer l'eau dans une chaudière pour le bain; aussi, l'eau du bain ne conserve presque pas l'odeur hépatique. La *maison du bois* a cinq baignoires et une buvette; cette eau est réputée ferrugineuse, mais l'analyse, faite par un pharmacien de Bayonne, n'a pas constaté le principe ferreux, elle est sulfureuse à un moindre degré que la source de la grande maison; la Maison du bois et la *source de Nicolas* sont placées sur la rive droite du Bahus.

2° A Dax (*Aquæ Tarbellicæ*), dont la fontaine chaude (70° centigrades) n'est employée qu'à des usages domestiques, il y a l'établissement des *Baignots;* bains, douches, boues thermales, température de 25 à 49° R. La principale saison est le printemps; on les recommande pour la cure des rhumatismes chroniques, des paralysies, des vieilles plaies, etc.

3° Préchac, au voisinage de la petite ville de Tartas. J'ai visité cette localité en septembre 1829 ; l'établissement est situé à peu de distance de la rive droite de l'Adour, dans un bois souvent inondé par les crues du fleuve : il consistait alors en une seule maison traversée par le canal de l'eau chaude; ce canal, abrité par un hangar, sert de piscine ou de baignoire commune. Sur les bords de ce canal, sont des baignoires en bois à découvert, que l'on remplit avec des seaux. La source, très voisine de la maison, est fumante et a plusieurs mètres d'étendue, 44° R. : on peut à peine y tenir la main pendant quelques secondes; eau limpide, inodore, sans saveur appréciable. D'après l'analyse de M. Meyrac père, cette eau serait saline, muriate de soude, de chaux, sulfate de chaux, etc. Les baigneurs assurent qu'elle produit sur la peau une sensation douce, onctueuse : à la main, je n'ai pas perçu cette sensation ; pour les bains de boues thermales, il y a trois fosses où l'on transporte la fange du voisinage et où l'on fait arriver l'eau chaude. Ces fosses à boue sont abritées sous un hangar auprès de trois autres fosses remplies d'eau plus ou moins pure, destinée au lavage du corps après l'émersion du limon minéral. A peu de distance de la source thermale, on a découvert une source d'eau sulfureuse froide.

4° Barbotan, près Cazaubon (Gers); il y a des sources minérales qui ont été fréquentées de temps immémorial; en 1567, les médecins du maréchal de Montluc lui ordonnèrent d'aller aux Bains de Barbotan pour une douleur, suite de blessure à la cuisse, voyage qu'il entreprit avec l'évêque de Condom, les sieurs de Saint-Orens et de Tilladet.

M. Dufau (de Mont-de-Marsan), le père de mon condisciple, inspecteur de ces eaux, consigna, dans un ouvrage publié en 1784, le résultat de ses études : les maladies les plus efficacement modifiées par l'usage de ces bains et boues thermales, sont le rhumatisme non aigu, les névralgies, les ankyloses incomplètes, les engorgements viscéraux, la paralysie essentielle, etc. L'installation balnéaire a été récemment l'objet de notables perfectionnements.

Membre du jury médical de mon département, j'ai été chargé, à diverses époques, de procéder avec deux pharmaciens à des tournées d'inspection des officines, dans les diverses localités de chacun des arrondissements de Saint-Sever. Nous avons été généralement satisfaits de la bonne tenue des pharmacies aux chefs-lieux d'arrondissement ou de canton ; nous visitions aussi les principaux magasins d'épicerie qui parfois débitent illégalement des substances médicinales. Le service des épidémies était confié à l'un de mes confrères, et je fus appelé rarement à la collaboration pour ce service, qui est ordinairement peu actif, à cause de la salubrité habituelle de notre contrée.

En 1821, lorsque la fièvre jaune, importée des Antilles, se manifesta sur quelques points de la Péninsule, en particulier à Barcelone, j'adressai au ministre de l'intérieur une demande, à l'effet d'être envoyé en Espagne pour y étudier cette redoutable affection ; mais le conseiller d'État chargé de l'administration générale des services sanitaires, me fit informer que les médecins déjà envoyés en Espagne étaient assez nombreux pour remplir la mission qui leur était confiée, et que les médecins des départements limitrophes suffisaient actuellement pour les éventualités du service sanitaire ; on m'assurait du reste que, si les circonstances exigeaient un supplément de personnel médical, mon nom serait désigné au choix du ministre. La fièvre jaune ne passa pas les Pyrénées.

En 1832, dans le mois d'août, le choléra-morbus ayant éclaté à Bordeaux, je priai mes confrères de l'hôpital Saint-André de me prévenir aussitôt que le nombre des cas serait assez considérable pour devenir l'objet d'une étude. Le 30 août, je reçus l'avis de l'occasion favorable, et le lendemain je partis pour faire la connaissance personnelle du terrible fléau. Je ne voulais pas être pris au dépourvu s'il venait se manifester dans nos contrées. Je séjournai une semaine à Bordeaux, suivant chaque matin la visite des médecins chargés du service des cholériques; je pus ainsi étudier les diverses phases de nombreux cas, et assister à l'examen nécroscopique qui révèle si peu de lésions organiques. La psorentérie intestinale et l'altération du sang dans tous les viscères sont les traits les plus saillants de l'anatomie pathologique de cette maladie originaire de l'Inde. L'épidémie n'envahit ni les Landes, ni le Gers, pas plus en 1849 qu'en 1832. L'une des plus illustres victimes du choléra de 1832 à Paris fut notre compatriote, mon ami le général Lamarque, dont je parlerai plus tard; par une coïncidence bien singulière, fort peu de temps après la mort du général Lamarque, dont le corps fut transporté à Saint-Sever, sa sœur, Mme D..., mourut d'une atteinte de choléra dans sa maison de campagne, à quelques lieues de Saint-Sever.

Pour terminer ce chapitre de ma pratique médicale, que je dédie à mes fils, devenus mes confrères, j'exhume des feuillets jaunis d'une statistique inédite de l'arrondissement de Saint-Sever, quelques notes relatives à l'étude si importante des grands phénomènes météorologiques tels que le tonnerre, les ouragans, les trombes, les pluies considérables, la grêle, le froid intense, la chaleur excessive, qui de tout temps ont frappé, effrayé la multitude. Le médecin, familiarisé avec l'observation des phénomènes

(1) Suite. — Voir le numéro du 15 décembre 1885.

morbides de l'organisme humain, habitué à démêler au milieu des fonctions vitales un ordre dans le développement et la succession des symptômes, est aussi tout spécialement préparé à l'étude de ces grandes perturbations de notre planète. Il peut, sans sortir du cercle habituel de ses investigations, considérer ces troubles atmosphériques comme un état anormal, et, tranchons le mot, comme une maladie du globe. Ce parallèle me paraît facile à justifier. Ne peut-on pas, sans dépasser la portée de nos sens, s'élever, comme dans la pathogénie humaine, à la découverte des causes prochaines ou éloignées de ces états tumultueux de l'atmosphère? Ne peut-on pas en saisir les signes précurseurs, en énumérer les symptômes durant les crises ou paroxysmes, en pronostiquer la terminaison, constater tous les effets, et signaler les moyens curatifs ou préservatifs? Rappelons-nous que l'immortel Franklin est parvenu à maîtriser les feux du ciel, *eripuit cælo fulmen.* Le paratonnerre a été le précurseur du paragrêle qui, malheureusement, faute d'un fonctionnement suffisant, est impuissant à conjurer ce terrible fléau de nos campagnes. Je suis convaincu que si dans l'étude statistique d'un pays habituellement en butte aux fléaux météorologiques, on alliait à un esprit rigoureux d'observation, un ardent amour pour le bien, on parviendrait non seulement à découvrir les causes de cette espèce de prédisposition locale, mais à combattre l'influence de ces causes avec plus ou moins de succès : tantôt la plantation d'une forêt dans une direction et à une distance convenables; tantôt au contraire le déboisement d'un ou de plusieurs points déterminés; ici l'exhaussement d'un terrain, ailleurs l'abaissement d'une butte ou d'un promontoire. Ces divers moyens agricoles pourraient changer les courants aériens, s'opposer aux phénomènes de l'électricité atmosphérique, et modifier avantageusement la constitution météorologique, le tempérament de la localité, de même que l'exécution des préceptes d'une hygiène bien entendue peut retremper en quelque sorte le corps humain.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1885.

365. M. Béhier. Étude sur les méningites spinales chroniques. — 366. M. Maron. Des lésions du rein produites par l'oblitération des artères rénales. — 367. M. Hervé de Lavaur. De la dyspepsie nerveuse; traitement des vomissements alimentaires par le lavage de l'estomac et l'alimentation artificielle. — 368. M. Raspail. Contribution à l'étude de la sitiophobie et de son traitement par le lavage de l'estomac. — 369. M. Duflocq. Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital Saint-Antoine en 1884. — 370. M. Hamonic. De la rectite proliférante vénérienne et non vénérienne. — 371. M. Francon. De l'ostéomyélite insidieuse, ou premier stade de l'ostéomyélite tuberculeuse. — 372. M. Hénocque. Contribution à l'étude du favus de la peau et des muqueuses. — 373. M. Gilles de La Tourette. Études cliniques et physiologiques sur la marche. La marche dans les maladies du système nerveux, étudiée par la méthode des empreintes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 28 décembre 1885, ont éte promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Rouvier, médecin en chef de la marine; Geoffroy, médecin de première classe de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine, Barret, Orhond, Barrallier, Debrieu, Rangé; M. Pichon, médecin de deuxième classe de la marine; M. Léonard, pharmacien principal de la marine.

— Le concours pour la nomination à deux places de pharmacien en chef des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé hier, par la nomination de MM. Léger et Grimbert.

— Les questions données jusqu'à ce jour au concours de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris, pour la deuxième épreuve, épreuve orale d'anatomie et de pathologie, sont :

1° vaisseaux sanguins de l'estomac; symptômes de l'ulcère simple de l'estomac; 2° rapports de l'utérus; mécanisme de l'accouchement dans la présentation de la face; 3° articulation huméro-cubitale, symptômes et diagnostic de la luxation du coude en arrière; 4° nerfs de la main, étiologie et symptômes du tétanos traumatique; 5° artères pulmonaires; symptômes de la pneumonie franche; 6° rapports et configuration du cœcum, symptômes et marche de la fièvre typhoïde régulière.

— Les questions données au concours de l'externat des hôpitaux civils de Paris, pour la deuxième épreuve orale, épreuve de pathologie, sont :

1° La rougeole; 2° signes et diagnostic de la pleurésie aiguë; 3° les brûlures; 4° de l'ascite; 5° fièvre typhoïde; 6° scarlatine; 7° épistaxis et tamponnement des fosses nasales; 8° péritonite aiguë; 9° entorse tibio-tarsienne; 10° fractures de l'extrémité inférieure du radius; 11° fractures de la clavicule.

— *Faculté de médecine de Paris.* — (Prix Corvisart.) Question proposée pour le concours de l'année scolaire 1885-1886 : « Des causes de la mort dans les maladies infectieuses. »

Les mémoires doivent être déposés au secrétariat le 31 août 1886 au plus tard.

— La Société médicale d'Indre-et-Loire décernera, à la fin de l'année 1886, un prix sur le sujet de pathologie interne suivant : « Des localisations cérébrales au point de vue pathologique. »

La valeur du prix est de 200 francs. Les mémoires écrits en français et non signés devront être adressés au secrétaire de la Société, 42, rue de la Préfecture, à Tours, avant le 1er décembre 1886, et accompagnés d'une devise reproduite sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur; ils ne seront pas rendus.

— La Société de médecine légale vient de procéder au renouvellement de son Bureau qui, pour l'année 1886, est composé comme il suit :

Président, M. le docteur Blanche; vice-présidents, MM. Horteloup, magistrat, le docteur Polaillon; secrétaire général, le docteur Gallard; secrétaire des séances, MM. les docteurs Le Blond et Socquet; archiviste, M. Joseph Lefort, avocat, docteur en droit; trésorier, M. Mayet, pharmacien.

— La Société de médecine de Paris a renouvelé son bureau pour 1886 de la manière suivante :

Président, M. Gillebert d'Harcourt père; vice-président, M. Fraigniaud; secrétaire-général, M. Thorens, et par *intérim*, M. Christian; secrétaires annuels, MM. Dehenne et Pellier; trésorier, M. Perrin; archiviste, M. Rougon.

Conseil d'administration : MM. de Beauvais et Le Blond. Comité de publication : MM. Christian, Deligny, Dehenne et Pellier.

— *Prix Duparque.* — Dans sa séance du 12 décembre, la Société de médecine de Paris, sur le rapport de M. Le Blond, a décerné le prix Duparque pour 1885, à M. Dalché, interne des hôpitaux de Paris, pour son mémoire intitulé : *de l'Ovarite.* Le prix était de la valeur de 1 200 francs, plus une médaille d'or de 100 francs.

— M. le professeur Mathias-Duval commencera le cours d'histologie le samedi 9 janvier 1886, à cinq heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardi, jeudi et samedi suivants, à la même heure, dans le petit amphithéâtre. Le cours aura pour objet cette année : « De la cellule en général, des épithéliums, des cellules et des glandes. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 18829.

TABLE DES MATIÈRES

1885

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

P

Q

R

T

U

V

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1885

PARIS. — TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT, 19, RUE DES SAINTS-PÈRES. — 18829.

